

Revista FASGO



Volumen 25
Nº 1 – Marzo de 2026

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Contenidos

Volumen 25 | N° 1 – Marzo de 2026

Página 3 Editorial. Prof. Dr. Omar Latino

Página 5 Autoridades

Trabajos Originales

Página 10 Impacto de la Infección por VIH en Lesiones Intraepiteliales de Cuello Uterino
Villalba Natalia, Farias Miño Guido, Grimaldi Úrsula, Cora Eliseth Martha, Fleider Laura

Página 36 Evaluación de la Variación de los Síntomas más Frecuentes en la Perimenopausia y Posmenopausia con el Uso de Testosterona
Báez Gabriel, Britez Juliana, Fochesatto Noelia, Kule Alicia, Kachuk Mariela, Wimer Pamela

Página 51 Evaluación Basal de Conocimientos y Comportamientos sobre Salud Vaginal y Microbioma en Mujeres Fértiles
Barrionuevo Vanesa Silvina

Página 61 Microalbuminuria como Valor Predictivo Precoz para Preeclampsia en Gestantes con Factores de Riesgo
María De Luz Goncalves Pereira, Marien Coromoto Vargas Valbuena.

Página 71 Asesoramiento Genético Preconcepcional como oportunidad de detección de Factores de Riesgo No Genético para Anomalías Congénitas
Armentano Viviana, Royo Ada María, Ojeda Leticia Irma

Página 81 Calidad de Atención Médica Percibida por las Pacientes en el Internado del Servicio de Ginecología en Hospital Público Materno Infantil durante el Año 2024/2025.
Bonini María Fernanda, Tolaba Fátima Andrea, Miranda Camila, Rivas Hugo

Página 92 Sífilis Gestacional y sus Complicaciones Perinatales en el Hospital Público Materno Infantil entre el Periodo de enero 2020 a diciembre 2024.
Dra Ruiz Mauger, Milagros; Dra Ortiz, Bryanna Belén; Dra Méndez, Macarena Inés; Dra Paredes, Noelia; Dr Rizzotti, Carlos..

Abrstracts

Página 106 Prophylactic oxytocin dose following vaginal birth to prevent postpartum hemorrhage: a systematic review and dose-response meta-analysis
Hébert, V.; D'Souza, R.; Santesso, N.; Zeraatkar, D.; Oltean, I.; Furnivall, M.; Sadeghirad, B.; Darling, E.K.

Comité de Violencia

Página 108 After Hours.
Dr. Luis Daniel Flores

Editorial

Queridos colegas, amigos, asociaciones federadas y adherentes de la Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

Es un honor para mí volver a contactarlos a través de las páginas de Revista FASGO, pero esta vez como Presidente de la Federación. El 27 de noviembre de 2025, asumimos con el nuevo Consejo Directivo Nacional el compromiso de conducir a nuestra Federación hacia un nuevo nivel de impacto en la comunidad médica y social, priorizando la unión y desarrollo profesional a lo largo del país.

Al asumir nuevas autoridades se terminan las “listas” y todos los miembros de FASGO deben honrar los deberes y obligaciones de colaboración hacia la Federación que asumieron frente a las demás Asociaciones miembros al ser aceptadas sus solicitudes para federarse.

Este Consejo Directivo Nacional, junto a la Comisión Revisora de Cuentas y los miembros del Tribunal de Honor tenemos un proyecto y el claro objetivo de propiciar con acciones concretas el crecimiento, desarrollo, perfeccionamiento y defensa de nuestras 26 sociedades federadas en cada rincón del país, principios que constituyen la esencia de FASGO.

Hemos reestructurado los Comités con un proceso de postulaciones a través de las Asociaciones federadas para que esté representado todo el país. Fortaleceremos los lazos y colaboración con FIGO y FLASOG.

Una de las iniciativas más trascendentes que ya estamos implementando es la creación del “Libro de los Consensos”, un proyecto que unificará las voces de las sociedades científicas, que constituirá un pilar de referencia científico, pero también legal en los eventuales casos de mala praxis a los que se enfrente la comunidad toco ginecológica.

Paralelamente, lanzamos “FASGO 2026”, un programa de educación médica continua con ocho fascículos, cuatro de ginecología y cuatro de obstetricia, que junto con un curso anual de capacitación permitirá certificar y recertificar a nuestros colegas.

Además, me complace anunciar que los días 24 y 25 de abril se desarrollará en la provincia de San Juan la jornada de FASGO región Cuyo, junto a las sociedades de San Luis, Mendoza y La Rioja. Este es el inicio de un plan ambicioso: tres jornadas regionales este año y tres el próximo, de modo que, en el plazo de la gestión 2025-2027, se hayan celebrado jornadas regionales en las seis regiones de Argentina en que está dividida la Federación. Y no nos detenemos allí: ya estamos organizando el cuadragésimo Congreso Anual de FASGO, que se llevará a cabo en Santiago del Estero entre el 3 y 5 de septiembre de este año.

Seguiré trabajando incansablemente junto al Secretario General Dr. Horacio Crespo, al Tesorero Dr. Marcelo Kolar y a los miembros del Consejo Directivo Nacional para el crecimiento de nuestra Federación en la que deben primar los valores de afecto social y federalismo en favor de las Asociaciones federadas, la salud de la mujer y la excelencia profesional.

Hemos nombrado las salas de la sede de Av. Córdoba en honor a nuestros dos grandes Maestros, Sala Dr. René Castillo y Sala Dr. Antonio Lorusso. Honrar a nuestros maestros nos recuerda permanentemente el camino por ellos marcado para llevar adelante a nuestra Federación.

Hemos trazado un plan de visitas a todas las sedes de las Asociaciones federadas para afianzar los vínculos con la Federación y los miembros de sus comisiones directivas, para conocer sus necesidades y colaborar en acciones conjuntas para reflejar en los hechos el federalismo que debe imperar en FASGO.

Luego de los hechos de público conocimiento este Consejo Directivo Nacional tiene que enfrentar el desafío que implica reconstruir institucional, administrativa y financieramente a nuestra Federación. Estoy convencido que unidos haremos de este 2026 un año de transformación, representando a todas las regiones, a todas las asociaciones federadas, estrechando lazos con las asociaciones adherentes, y consolidando así la excelencia científica y los valores de FASGO.

Muchas gracias por su confianza y compromiso.

Abrazo Federal... y vamos que se puede!



Prof. Dr. Omar Latino
Presidente de FASGO

REVISTA FASGO

Director

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario de Redacción

Dr. Pablo Sayago

Comité Editorial:

Dra. Laura Fleider - Dr. Mariano Grilli

Comité Científico

Dr. Martín Luchini - Dr. Horacio Crespo

Dra. Andrea Salas - Dr. Edgardo Rolla

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2026-2027

Presidente: Dr. José Omar Latino

Secretario de Actas: Dra. Silvia Ferroni

Vicepresidente: Dra. Mónica Ñañez

Director de Publicaciones: Dr. Luis Flores

Secretario General: Dr. Horacio Crespo

Vocales Titulares: Dr. Roberto Jameson

Dr. Gustavo Peralta

Prosecretario General: Dra. Mariela Fuentes
Costilla

Vocales Suplentes: Dra. Analía Forestello

Dr. Juan José López Bonfanti

Dr. Miguel Angel Fernández

Dra. Laura Ostertag

Tesorero: Dr. Marcelo Kolar

Protesorero: Dra. Patricia Monasterolo

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Titulares: Dr. Jorge Araldi
Dra. Adriana Heredia Soria
Dra. Federico La Falce

Suplentes: Dra. Verónica Martínez
Dr. José Acosta
Dra. Alejandra Domingo Yaguez

TRIBUNAL DE HONOR

Titulares: Dr. Antonio Lorusso
Dr. Roberto Tozzini
Dr. Jorge Sarrouf

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

Presidente: Dr. Raúl Winograd - SOGIBA

Vocales Titulares:

Presidente Honorario: Dr. Antonio Lorusso - SOGIBA

Dra. Claudia Perinetti – Mendoza

Dr. Héctor Ferreyra – Córdoba

Vicepresidente: Dra. Liliana Voto - SOGIBA

Dr. Jorge Firpo – SOGIBA

Dr. Orlando Forestieri - La Plata

Secretario General: Dr. Rosato Otilio - Córdoba

Dra. Jacqueline Charubi - Tucumán

Prosecretario General: Dr. Jorge Sarrouf -
Mendoza

Secretaria de Actas: Dra. Leticia Ojeda - Mendoza

COMITES, 2026-2027

Comité Científico FASGO 2026

Santiago del Estero

Presidente: Dr. Roberto Casale - SOGIBA

Asesor General: Dr. Leonardo Kwiatkowski

OBSTETRICIA:

Coordinador: Dr. Marcelo Correa Viera - SOGBA

Integrantes:

Dra. María Silvia Núñez Márquez - Santa cruz

Dra. Celeste Muntaner - Neuquén

Dra. Florencia Terenzani - Santa Fé

Dr. Federico Boeykens - Rosario

Dra. Agustina Martinez Yanzi - Bariloche

Dr. Florencia Gonzalez - Misiones

Dra. Leticia Trad - Sgo del Estero

Dr. Marcelo Gago Rodrigues - SOGBA

GINECOLOGÍA:

Coordinadora: Dra. Elizabeth Ovando -SOGBA

Integrantes:

Dra. Regina Gaska - Comodoro Rivadavia

Dra. Rocio Passarell - Salta

Dra. Vanesa Barrionuevo - Catamarca

Dr. Orlando Forestieri - La Plata

Dra. María Marta Ingratta - Sgo del Estero

Dr. Jorge Sarrouf - Mendoza

Dr. Alberto Ustarroz - SOGIBA

Comité Organizador Local FASGO 2026

Santiago del Estero

Presidente: Dra. Mariela Fuentes Costilla

Integrantes:

Dra. María Florencia Ugozzoli

Dra. María Marta Ingratta

Dra. María Elizabeth Durango

Dra. Silvina Chedda

Dra. Claudia Trejo Juárez

Dr. Gonzalo Martínez

Dra. Clyde Villavicencio

Dra. Olma Elizabeth Santillán

Dra. María Soledad Cenice

Dra. Leticia Trad

Dra. Valeria Heredia

Dr. Horacio Fuentes Costilla

Dra. Raquel Sosa

Dra. María Emilia Uardene

Referentes institucionales y académicos del Comité Organizador Local:

Dra. María Sebastiana Sánchez

Dra. Francisca Córdoba

Dra. Delia Raab de Álvarez

Dr. Raúl Abalos Gorostiaga

Comité Ejercicio Profesional

Coordinador: Dr. Jorge Araldi - Comodoro Rivadavia

Integrantes:

Dra. Mirta Rebak - Misiones

Dr. Emilio Martínez Luque - Neuquén

Dra. Adriana Marisa Heredia Soria - Sta Cruz

Dra. María Silvia Núñez Márquez - Sta Cruz

Dra. Marina Cabral - La Plata

Dra. María Elizabeth Durango Romero -Sgo del Estero

Dra. Ana María Del Vecchio - SOGBA

Dr. Roberto Jameson - San Juan

Comité Violencia de Genero

Coordinadora: Dra. Amelia del Sueldo Padilla - Tucumán

Integrantes:

Dra. Valeria Pérez - La Plata

Dr. Roberto Yahni - SOGBA

Dra. Paula Rosas - San Juan

Dr. Marcelo Guz - SOGIBA

Dra. Lourdes Solange Venegas Tarancon

Dra. Beatriz Graciela Moya - Tucumán

Dra. Olga Marega - SOGBA

Dra. Claudia Capandegui - SOGBA

Comité Aspectos Legales

Coordinadora: Dra. Azucena Gallard – Chaco

Integrantes:

Dra. Marina Villagra - Catamarca

Dra. Mabel Poncelas - SOGBA

Dr. Fernández Rubén -SOGBA

Dra. Tania Rosas - Neuquén

Dra. María Elizabeth Durango Romero - Sgo del Estero

Dr. Casavilla Florencio - SOGBA

Comité Congresos Nacionales y Regionales

Coordinador: Dr. Leonardo Kwiatkowski – SOGIBA

Integrantes:

Dr. Daniel Lamagni - Tucumán

Dr. Orlando Forestieri - La Plata

Dr. Alfredo Uranga - La Plata

Dr. Rubén Luca - SOGBA

Dra. Griselda Salomón - Santa Fé

Comité Cirugía Mínimamente Invasiva

Coordinador: Dr. Roberto Ovando – SOGBA

Integrantes:

Dr. Marcelo Kolar - Neuquén
Dr. Javier Del Longo - Misiones
Dr. Leonardo Cardinali - Entre Ríos
Dr. Sergio Mirkin - Tucumán
Dr. Diego Gempel - San Juan
Dr. Gonzalo J. Martínez - Santiago del Estero
Dra. María Victoria Boccio - Rosario
Dra. Lumila Cases - Rosario
Dra. Rocio Passarell - Santa Fé
Dr. Leonardo Carrizo - Salta

Comité Congresos Nacionales y Regionales

Coordinador: Dr. Leonardo Kwiatkowski – SOGIBA

Integrantes:

Dr. Daniel Lamagni - Tucumán
Dr. Orlando Forestieri - La Plata
Dr. Alfredo Uranga - La Plata
Dr. Rubén Luca - SOGBA
Dra. Griselda Salomón - Santa Fé

Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Coordinadora: Dra. Olga Marega – SOGBA

Integrantes:

Dr. Luis Bravo Ocaranza - Tucumán
Dra. Natalia Muñoz - San Juan
Dra. Claudia Elizondo - San Juan
Dra. Lucia Boccoli - Rosario
Dra. Liliana Linardi - La Plata
Dra. Silvia Pebe Florian - SOGBA
Dr. Osvaldo Santiago - SOGBA
Dra. Regina Gaska - Comodoro Rivadavia
Dra. Selene Candioti - Santa Fé
Dr. Hugo Yamil Sat - Mendoza
Dra. Silvia Graciela Schmidt - SOGIBA
Dr. Pedro Salas - Jujuy
Dr. Fabian Gomez Giglio - Bariloche
Dra. Claudia Capandegui - La Plata
Dra. Amelia del Sueldo Padilla - Tucumán

Comité de Investigación y Trabajo Científico

Coordinador: Dr. Mariano Grilli - Mar del Plata

Integrantes:

Dr. Sebastian Udry - SOGIBA
Dr. Nicasio Cúneo - SOGBA
Dr. Francisco Gómez - Jujuy
Dra. Ana Cecilia Jaime - Salta

Comité Membresía

Coordinadores:

Dra. Elida Rodriguez - AACOG
Dr. Hector Scaravonati – SOGBA

Responsables:

NOA:

Dra. Mariela Fuentes Costilla - Sgo del Estero
Dra. Karina Ortelli - Catamarca

NEA:

Dra. Verónica Martinez - Entre Ríos
Dra. Analía Forestello - Chaco

CENTRO:

Dr. Gustavo Peralta - Córdoba
Dra. Laura Ostertag - La Pampa

CUYO:

Dra. Marisol Fernandez - San Juan
Dr. Ralph Bravo - San Luis

BUENOS AIRES:

Dra. Alejandra Yaguez - La Plata
Dr. Pablo Sayago - SOGBA
Dr. Alessandria Sebastian - SOGIBA

SUR:

Dr. Miguel Fernandez - Bariloche
Dra. Adriana Heredia Soria - Santa Cruz

Comité de Publicaciones

Director: Dr. Luis Flores - Misiones

Integrantes:

Dr. Martín Etchegaray Larruy - SOGIBA
Dra. Florencia Ugozzoli - Sgo del Estero

Revista FASGO

Director Editorial: Dr. Bernardo Kupferberg - SOGIBA

Integrantes:

Dr. Pablo Sayago - SOGBA
Dr. Mariano Grilli - Mar del Plata
Dr. Horacio Crespo - SOGBA
Dra. Laura Fleider - SOGIBA

Comité Vinculación con Instituciones Nacionales e Internacionales

Dra. Liliana Voto - SOGIBA
Dra. Elida Rodriguez - SOGIBA

Comité Destinado a la Comunidad

Coordinadora: Dra. Verónica Martínez - Entre Ríos

Integrantes:

Dr. Claudio Weissmann Parisi - Entre Ríos
Dra. Delia Raab - Sgo del Estero
Dra. Francisca Cordoba - Santiago del Estero
Dra. Carla Alessandro - La Plata
Dr. Juan Sebastián Molina - San Juan
Dra. Maira Cristina Cooke - Entre Ríos

Comité Endocrinología Ginecologica

Coordinadora: Dra. Ñañez Mónica - Cordoba

Subcoordinadora: Dra. Mariela Fuentes Costilla - Sgo del Estero

Sub Comité Climaterio y Osteoporosis

Coordinadora: Dra. Susana Moggia – SOGIBA

Integrantes:

Dra. Marienela Lobos - San Juan
Dra. Stella Maris Della Schiava - SOGIBA
Dra. María Marta Ingratta -Sgo del Estero
Dra. Alejandra Schule - Cordoba
Dra. Patricia Monasterolo - Santa Fé
Dra. Liliana Carrera - SOGIBA
Dra. Julia Salinas - Salta
Dra. Florencia Albornoz - Salta

Sub Comité Adolescencia

Coordinadora: Dra. Viviana Cramer – SAGIJ

Integrantes:

Dra. Florencia Valladares - San Juan

Comité Salud Materna y Perinatal

Coordinador: Dr. Marcelo Correa Viera - SOGIBA

Sub Comité Morbilidad Materna

Coordinadora: Dra. Soledad Cenice - Sgo del Estero

Integrantes:

Dr. Juan Alberto Rodriguez - Tucumán
Dr. Ignacio Asprea - SOGIBA
Dr. Federico Boeykens - Rosario
Dr. Santiago Rollan - SOGIBA
Dra. Leticia Trad - Sgo del Estero
Dra. Lucia De Biase - SOGIBA
Dra. Georgina Eberle - Cordoba
Dr. Juan José López Bonfanti - Jujuy
Dr. Ángel Betular - SOGIBA
Dra. Miranda Bosatta - Neuquén
Dra. Celeste Muntaner - Neuquén
Dra. Agustina Martinez Yanzi - Bariloche
Dra. Florencia Prats - Cordoba
Dra. Gabriela Castro - Tucumán
Dr. Gustavo Agolti - Chaco
Dra. Silvia Ferroni - La Plata
Dra. Natalia Muñoz - San Juan
Dra. Valeria Heredia -Sgo del Estero

Sub Comité Diagnostico Prenatal y Salud Fetal

Coordinador: Dr. Juan Sebastián Pappalardo - Tucumán

Coordinadora: Dra. Marianela Randazzo - SADIPT

Integrantes:

- Dra. Mabel Poncelas - SOGIBA
- Dra. Paula Lozano - Jujuy
- Dr. Edgardo Varela - Catamarca
- Dr. Marcelo Cura - Sgo del Estero

Escuela FASGO

Director General:

Dr. Martín Etchegaray Larruy - SOGIBA

Director Académico:

Dr. Mariano Grilli - Mar del Plata

Coordinadora Ginecología:

Dra. Andrea Salas - Cordoba

Coordinador Obstetricia:

Dr. Santiago Rollan - SOGIBA

Coordinadora Ejecutiva:

Lic. Yamila Maratea

Coordinador Webinar:

Dra. Florencia Gauthier -SOGBA

Asesora Webinar Ginecología:

Dra. Elida Rodríguez - SOGIBA

Asesora Webinar Obstetricia:

Dra. Liliana Voto -SOGIBA

Coordinadora Libro Consensos Ginecología:

Dra. Laura Fleider- SOGIBA -

Coordinador Libro Consensos Obstetricia: Dr.

Matías Uranga Imaz -SOGIBA -

Director de FASGO 26 - Educación Médica

Continúa a Distancia:

Dr. Raúl Winograd - SOGIBA

Integrantes:

Dr. Pablo Bracalenti - Río Cuarto

Dr. Sergio Mirkin - Tucumán

Dr. Juan Sebastián Molina - San Juan

Dra. María Silvia Núñez Márquez -Santa Cruz

Dr. Juan Alberto Rodríguez - Tucumán

Dr. Luciano Mignini - ASOGIR, Rosario

Dr. José Alejandro Kuran - ASOGIR, Rosario

Dra. Guadalupe Morón - ASOGIR, Rosario

Dra. Mónica Bonin - Cordoba

Dra. Alicia Mazer Zumaeta - Cordoba

Dra. Jacqueline Charubi - Tucumán

Comité FASGO Futuro

Coordinadores:

Dr. Fernanda Ferreiro- SOGIBA

Dra. Nicolas Basanta- SOGIBA

Integrantes:

Dr. Ariel Broll - Tucumán

Dra. Carmen Rosas - San Juan

Comité Oncología Ginecología y Prevención del Cáncer de Génitomamario

Coordinador: Dr. Silvio Tatti - SOGIBA

Integrantes:

Dr. Rosato Otilio - Cordoba

Dra. José Ignacio Peretti - Santa Fé

Dra. Laura Fleider - SOGIBA

Dra. Jacqueline Charubi - Tucumán

Dr. Daniel Scheinkman- Corrientes

Impacto de la Infección por VIH en Lesiones Intraepiteliales de Cuello Uterino

Autores:

Villalba Natalia¹, Farias Miño Guido¹, Grimaldi Úrsula¹, Cora Eliseth Martha¹, Fleider Laura¹

Resumen

El objetivo de esta investigación tiene como propósito determinar el impacto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en lesiones precursoras del cáncer de cuello de útero en pacientes atendidas en el Hospital escuela de agudos Dr. Ramón Madariaga de la ciudad de Posadas de la provincia de Misiones, centro de referencia y derivaciones en el periodo desde el primero de enero de 2017 al treinta uno de diciembre de 2021.

El material y métodos se basaron en un estudio de tipo Descriptivo y Retrospectivo. Los documentos en los que se basó la recolección de datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes a las cuales fueron realizadas dicha práctica que se atendieron en el hospital, en el período establecido desde enero del 2017 a diciembre del 2021. El universo estudiado es de un total de 25 pacientes.

Las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino están asociadas a la infección persistente por el virus del papiloma humano (HPV) siendo los más prevalentes 16 y 18. En mujeres VIH + tienen una mayor persistencia de los genotipos de alto riesgo, progresión acelerada y menor regresión espontánea por la alteración del sistema inmunológico. Se abordará sobre el impacto en la coinfección analizando la fisiopatológica, la epidemiología en América Latina y las medidas actuales de tamizaje, tratamiento y prevención destacando la necesidad de un manejo multidisciplinario para poder realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno.

Con respecto a nuestro centro de investigación se pudo concluir que aquellas pacientes VIH + con buen estado inmunológico, cumplimiento adecuado del tratamiento antirretroviral y quirúrgico, y el no abandono del seguimiento tiene el mismo impacto que aquella paciente sin infección por VIH en el desarrollo de lesiones precursoras de cuello uterino.

Planteamiento del Problema

Debido a un aumento mundial en la infección por VIH y ser considerado como un problema de salud prioritario, se decidió evaluar el impacto de la infección por VIH en el desarrollo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino con el fin de hacerle frente a esta entidad.

Formulación del Problema

¿Cuál es el impacto del VIH en lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en el hospital escuela de agudos Dr. Ramón Madariaga desde el periodo enero de 2017 hasta diciembre del 2021?

Justificación

El cáncer de cuello uterino es una manifestación clínica del SIDA, ya que las mujeres que viven con el VIH y contraen el virus del papiloma humano tienen más probabilidades de desarrollar lesiones pre invasivas; que, si no se tratan, pueden convertirse rápidamente en cáncer invasivo. Las mujeres que viven con el VIH tienen seis veces más probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino invasivo. Se ha apreciado que la infección por el virus del papiloma humano incrementa significativamente el riesgo de transmisión del VIH tanto en los hombres como en las mujeres.

La investigación tiene como fin identificar la repercusión que tiene el VIH en lesiones precursoras en mujeres atendidas en el Hospital escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga de la localidad de Posadas de la provincia de Misiones, con el fin de poder diagnosticar precozmente e intervenir de forma oportuna.

Objetivo General

- Impacto del VIH en lesiones precursoras de cáncer de cérvix en el Hospital escuela de agudos Dr. Ramón Madariaga de la localidad de Posadas, provincia de Misiones, desde el periodo primero de enero de 2017 hasta treinta y uno de diciembre del 2021.

Objetivos Específicos

- Establecer la edad promedio de lesiones precursoras en pacientes HIV positivas.
- Conocer el tipo de lesión más frecuente según las clasificaciones del proyecto LAST.
- Definir la repercusión del estado inmunológico de la paciente HIV+ y el desarrollo de la lesión precursora.
- Determinar la realización de conización cervical o no.
- Verificar el uso correcto del tratamiento antirretroviral .
- Evaluar la asociación del tiempo de evolución de la lesión precursora y el tratamiento antirretroviral.
- Determinar la eficacia del seguimiento en conjunto de su condición ginecóloga e inmunológica.
- Evaluar nuevas lesiones precursoras posterior al tratamiento ginecológico.

Marco Teórico

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se descubrió en 1983 por Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier en el Instituto Pasteur de París y posteriormente en 1984 por el propio grupo de Robert Gallo en el Instituto Nacional de cáncer en Bethesda, EE. UU y en 1986 se acordó la denominación de VIH.

El VIH pertenece a los lentivirus y se divide en dos tipos: VIH-1 y VIH-2 que tienen un 40-50% de homología genética y una organización genómica similar. El VIH-1 causó la pandemia

mundial de sida, el VIH-2, aunque también puede producir sida, se considera menos patogénico y transmisible. (Delgado, 2011)

Estructura del VIH

El VIH-1 es esférico con un diámetro de 100-120nm presenta una envoltura con una bicapa lipídica tomada de la membrana de la célula humana durante el proceso de gemación de nuevas partículas. En esta envoltura se encuentran presentes algunas proteínas de la célula huésped y muy significativamente Env, la glicoproteína de envoltura del VIH. Esta se ancla en la membrana y se encuentra formada por tres moléculas llamadas glicoproteína 120 (gp120), en la zona más externa, y un tronco de una estructura transmembrana que consta a su vez de tres moléculas llamadas glicoproteína 41 (gp41). La estructura y funcionalidad de Env son claves para entender aspectos importantes de la biología del VIH-1, tales como la interacción con receptores celulares (tropismo) y la evasión inmune.

Los factores relacionados con la dificultad de neutralizar la infección por VIH-1 se relacionan con Env: 1) 5 regiones hipervariables en la zona más externa de gp120, 2) alto nivel de glicosilación de Env con más del 50% de su masa en azúcares (N-glicosilación), que impide la unión de anticuerpos y 3) enmascaramiento conformacional donde el sitio de unión con los co-receptores (CCR5 o CXCR4) no existe hasta que se organiza espacialmente después del cambio en la conformación de gp120 inducido por la interacción con CD4, debido a esto es su poca susceptibilidad a la neutralización mediada por anticuerpos.

El gen gag codifica las proteínas estructurales: la proteína de matriz p17, en el interior de la membrana y la proteína de la cápside p24, que, por polimerización, forma una estructura nuclear cónica que contiene un complejo proteína-ácido nucleico formado por dos copias del ARN genómico del VIH-1, la nucleoproteína p7 y la transcriptasa inversa p66 (RT). El gen Pol codifica las tres enzimas necesarias para el ciclo infectivo del virus: la proteasa (PR), la transcriptasa inversa (RT) y la integrasa (IN) (fig. 5). Además, el VIH-1 tiene otros seis genes accesorios: tat, rev, nef, vif, vpr y vpr con un papel muy importante en el ciclo biológico del virus.

Tat y Rev son proteínas reguladoras intranucleares y se unen a regiones específicas del ARN viral. La proteína Tat es un potente activador de la transcripción y es esencial para la replicación del virus. Rev es un factor de exportación nuclear que facilita la salida al citoplasma de los ARN mensajeros largos antes de ser procesados en el núcleo y permite así la traducción y expresión de las proteínas estructurales. Nef inhibe regulación de CD4 y moléculas HLA de clase I en la superficie de las células infectadas siendo mecanismo de escape importante al evadir un ataque mediado por linfocitos CD8+ citotóxicos. Nef interfiere con la activación del linfocito T al unirse a varias proteínas que intervienen en las vías de transducción de señales intracelulares. Vpr es importante para el transporte al núcleo del complejo viral pre-integración, inmediatamente después de la entrada del virus a la célula lo que permite al VIH-1, a diferencia de la mayoría de los retrovirus, infectar células que no estén dividiéndose.

El VIH-1 se transmite principalmente por contacto sexual a través de la gran concentración de partículas en semen y fluidos genitales. Pero también puede hacerlo por medio de transfusiones, trasplantes y de manera vertical entre otras. (Delgado, 2011)

Reservorio Viral del VIH

El linfocito T CD4+ infectado es destruido en un plazo de 24 horas después de que el virus complete su ciclo infeccioso; sin embargo, algunas células infectadas no son destruidas y pueden volver a un estado quiescente tras la infección, albergando el virus latente con una vida media de aproximadamente 4 años (linfocitos T CD4+ de memoria en reposo). Por lo que al suspender el tratamiento antirretroviral la replicación se reanuda a expensas de este reservorio. (Delgado, 2011) (CDC, 2025)

El VIH es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo. No existe una cura eficaz actualmente ni vacunas para ellos por lo que la falta de tratamiento con los medicamentos para el VIH puede acelerar la progresión de la enfermedad a SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Las personas con infección por el VIH con tratamiento eficaz pueden tener una vida larga y saludable. (CDC, 2025)

Fases de Progresión del VIH

Con los avances en el tratamiento, la progresión a la fase 3 es menos común hoy en día de lo que era al principio. Existen 3 fases:

- **Fase 1: Infección aguda por el VIH**

Gran viremia siendo muy contagiosas. Algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza. Esta es la respuesta natural del cuerpo a la infección. Se diagnostica con las pruebas de antígenos y anticuerpos, o con las pruebas de ácido nucleico.

- **Fase 2: Infección crónica por el VIH**

Fase de infección asintomática o de latencia clínica. El virus se encuentra activo, pero con reproducción baja. Son asintomáticos y puede durar décadas. En esta fase se produce aumento de carga viral y se disminuye de recuento de células CD4.

- **Fase 3: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

Depleción del sistema inmune con la facilidad de contraer enfermedades oportunistas, los recuentos de células CD4 caen por debajo de 200 células/mm³ Sin tratamiento, estos sobreviven aproximadamente tres años, por lo general.

Un estudio sobre esperanza de vida ha revelado que las personas con el HIV que inician pronto su tratamiento antirretroviral y disponen de acceso a una buena atención sanitaria pueden esperar tener una esperanza de vida similar a sus iguales sin el VIH.

En el 2022 se diagnosticaron alrededor de 39 millones de personas con VIH a nivel mundial. En general, la prevalencia y la incidencia de las infecciones por HPV cervical, anal y oral son mucho más altas en estos pacientes y se asocian a HPV de alto riesgo (HPV- AR) y/o coinfección de diferentes genotipos de HPV.

Las infecciones cervicales fueron seis veces más altas en VIH+, mientras que en la región anal y oral fue el doble.

Una revisión sistemática desde 1986 al 2017 informó que el HPV anal aumentó 1.3-1.4 veces más en VIH+. Otro estudio determinó un aumento de 1.5 veces más frecuente, en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

El comportamiento sexual tiene mayor influencia en la prevalencia del estado del HPV que el VIH en sí. El sexo anal receptivo es un factor de riesgo bien documentado para la infección de HPV. (Bekana K. Tadese, 2025)

La carga de enfermedad anal es más prevalente en hombres que mujeres VIH+ con un riesgo de 2 a 7 veces más de lesión precursora anal y 2 a 25 en cáncer anal.

En cuanto a la distribución geográfica, influida por la disponibilidad de vacunas, baja aceptación, falta de cribados cervical y acceso reducido al sistema de salud, se observa un ascenso más marcado en África comparado con América del Norte y Europa. Dentro de los genotipos más frecuentes, el HPV 16 es más frecuente a nivel mundial.

Se observó que los genotipos incluidos en las vacunas 16-18-45 y la infección de múltiples genotipos 56-59 entre otros son más frecuente en la mujer con VIH+ .

Las tasas de incidencia de cáncer cervical son más altas en HIV jóvenes, siendo más prevalente en el rango etario entre 35 a 54 años para lesiones precursoras y de 30 a 45 años para patología maligna del cuello uterino sugiriendo una progresión más rápida. La edad varía notablemente, algunos autores establecen como edad media entre 25 a 39 años, otros en mayores de 36 años pico máximo a los 50 años, haciendo referencia a tasas más altas de persistencia de HPV debido a una disminución en la eliminación y reactivación de infección latente debido a inmunosenescencia.

Un recuento disminuido de CD4+ carga viral (CV) detectable y menor duración del tratamiento antirretroviral (TAR) son factores de riesgo para la coinfección con HPV y progresión de lesiones más rápidas.

En cambio, mujeres VIH+ con buen recuento de CD4+, CV no detectable y adecuado cumplimiento del tratamiento tiene el mismo riesgo que una paciente sin infección por VIH+.

En el estudio PICOPIV en Rumania, se estima que 3 de cada 4 mujeres con VIH tiene HPV. La prevalencia se relaciona con la carga viral y el número de recuento de CD4+. El incumplimiento del TAR asociado a CV detectable y CD4+ disminuidos aumenta las infecciones oportunistas y ciertos cánceres.

La prevalencia mundial de la infección por el virus del papiloma humano sin anomalía cervical es del 11-12% con tasas mayores en África, Europa y América Latina.

El centro europeo de monitoreo epidemiológico detectó lesiones anormales en el frotis cervical en 24,2%. El 68.42% de los VIH+ tenían HPV sin lesión cervical, el 26% presentaba lesiones precursoras. En Rumania los genotipos más frecuentes son el 31 y 56 difiriendo de los de a nivel mundial que son el HPV16 y HPV18. (Simona Claudia Cambrea, 2022)

Relaciones Sinérgicas entre VIH y HPV

La infección por el virus del papiloma humano aumenta el riesgo del adquirir HIV. El riesgo por vía vaginal es 0.08% aumentado a 1.4% por vía anal. Claramente estas tasas pueden aumentar dependiendo de la CV, aumentando el riesgo en caso de que esta se encuentre detectable.

Ambos virus infectan sitios anogenitales y están influenciados por los mismos factores de riesgo como ser número de parejas sexuales.

La concentración de citoquinas cervicovaginales aumenta el riesgo de adquirir VIH con aumento de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) llevando a una alteración de la microbiota de la vagina con la depleción de Lactobacillus. Esto se debe a la interrupción de la barrera mucosa vaginal con aumento de proteasas de neutrófilos y aumento de CD4+ en el epitelio; principal zona de ataque del VIH. La acumulación de elementos inflamatorios requeridos con el fin de eliminar al HPV se asociaría a un aumento de la adquisición del HIV por lo mencionado con anterioridad. (Katharine J Looker, 2018)

El aumento de las células de Langerhans puede desempeñar un papel en la mejoría de la susceptibilidad del VIH al unirse a GP120 del HIV y facilitar la transmisión a las CD4+. La expresión de células natural Killer (NK) aumenta el riesgo de VIH.

La circuncisión y el TAR adecuado pueden reducir directa o indirectamente la adquisición de HPV y/o progresión de la enfermedad.

Es conocido que el virus del papiloma humano puede aumentar la susceptibilidad al VIH al romper la barreta epitelial reclutando células objetivo del HIV o generando un ambiente proinflamatorio lo que no se sabe es que si el aumento de adquisición del HIV está en relación estrecha con el tipo y/o diferentes genotipos de VPH o el tiempo de infección.

El riesgo de adquisición de HPV en contexto de HIV es el doble con una eliminación reducida hasta la mitad aumentando la persistencia con menor recuento de CD4+. (Katharine J Looker, 2018)

Efecto inmunológico	Consecuencia clínica
Disminución de CD4+	Mayor persistencia del HPV y progresión a HSIL
Aumento de la carga viral VIH	Asociación con mayor incidencia de lesiones de alto grado y cáncer invasor

¿Cuál sería la interacción entre el HPV y VIH en el cáncer de cérvix?

La infección con VIH exacerba el riesgo de todos los canceres relacionados o no SIDA. El cáncer de cuello de útero es una condición definitoria del SIDA y es el más frecuente diagnosticado en la mujer con HIV.

Las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) tienen mayor exposición del HPV con menor adherencia a la prevención y cribado. Las mujeres que viven con VIH son 6 veces más propensas a desarrollar cáncer de cérvix.

La adecuada TAR se asocia con disminución del cáncer de cérvix, pero no disminuye en un 100% el desarrollo de este.

Cabe destacar que la interacción entre VIH y HPV es compleja, multifactorial y bidireccional creando un sinergismo que acelera el proceso oncológico. (Pavone G., 2024)

Impacto de la Coinfección del HPV / VIH en la Inmunosupresión, Genotipo de HPV y Biomarcadores

Los CD4+ son esenciales para coordinar la inmunidad adaptativa mediando la respuesta inmune contra el HPV. El HIV, por su parte, ataca a las CD4+ provocando un descenso de estas lo que dificulta la eliminación del HPV generando persistencia y progresión.

La coinfección de HPV/HIV aumenta la desregulación de la expresión de oncogenes virales promoviendo la división celular y la inestabilidad genómica.

La inflamación crónica promueve el crecimiento de nuevas células, angiogénesis y remodelación de tejidos otorgando un microambiente apto para el cáncer.

El sistema inmunológico debilitado favorece la integración del HPV-AR en el genoma del huésped alterando la función de la célula normal y aumentando la progresión a neoplasia.

Mediante la PCR con genotipificación los HPV más presentes fueron: 16-18-31-33-35-58. Con respecto a los biomarcadores moleculares el más utilizado es la tinción dual (p16/Ki-67) que está asociado a mayor agresividad con un potencial metastásico. (Swase T.D, 2025)

El VIH tiene alta incidencia en Asia, Europa y América Latina con una presencia de genotipos variables según la región como, por ejemplo: Brasil: 16-56-70, Dinamarca:35- 51-52-58.

Recuento CD4+	Riesgo de HSIL
>500 cell/mm ³	Bajo
200–500 cell/mm ³	Moderato
<200 cell/mm ³	Alto

Importancia del Papel de la Terapia Antirretroviral en el Tratamiento de la Lesión de la Lesión Precursora y Cáncer de Cérvix

Como se mencionó con anterioridad, aquella mujer con un bajo recuento de CD4 es propensa a la persistencia y progresión de enfermedad hacia la lesión intraepitelial con posterior desarrollo de patología maligna de cuello uterino en una velocidad más acelerada.

El inicio de la TARV logra un control virológico rápido y mantener la adherencia al tratamiento condujo a una mejor reconstitución inmune a nivel de las mucosas mejorando los resultados en la salud.

“En un metaanálisis que incluyo el análisis de 11 estudios, la estimación resumida de las lesiones cervicales incidentes fue menor en el WLHIV en la TARGA (0,81; IC del 95%: 0,60–1,08). La TARGA se relacionó con un menor riesgo de progresión de la lesión cervical (0,76; IC 95%: 0,64–0,92; I² 55,6%) y mayor tasa de regresión de estas lesiones (1,43, IC 95%: 1,06–1,94, I² 81%). Aunque la adquisición del **VPH** no fue significativamente menor en las usuarias de TARGA (0,83, IC del 95%: 0,40-1,70), el aclaramiento de la **infección por el VPH** fue mayor en el WLHIV en el tratamiento con TARGA (1,41; IC del 95%: 1,14-1,76; I² 2.4%). Concluyeron que la revisión proporciona evidencia de que la TARGA ayuda a reducir la incidencia y la progresión de las lesiones cervicales y a mejorar su regresión en las mujeres que viven con el VIH. Por lo tanto, se debe recomendar el régimen de TRAGA a todas las WLHIV con consejos para la adherencia a fin de permitir la reconstitución inmunitaria temprana”. (Ruchika Gupta, 2022)

“Otra revisión en el 2005 de Harris y colaboradores busco determinar la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) en mujeres seropositivas al VIH. eran mujeres estadounidenses seropositivas para el VIH (n = 855; edad media, 36 años) y seronegativas para el VIH (n = 343; edad media, 34 años) con citología cervical basal normal que se inscribieron en el Women's Interagency HIV Study (WIHS), un estudio de cohorte prospectivo multiinstitucional de gran tamaño. Desde su reclutamiento durante 1994-1995, los participantes de WIHS han sido seguidos semestralmente con pruebas de Papanicolaou repetidas durante una mediana de 7 años. La incidencia acumulada de cualquier SIL y SIL de alto grado o cáncer (HSIL+) se estimó de acuerdo con los resultados basales del ADN del VPH, estratificados por el estado serológico del VIH y el recuento de células T CD4. Concluyo que la baja incidencia acumulada similar de cualquier SIL entre las mujeres seronegativas y seropositivas para el VIH con recuentos de CD4 superiores a 500/microL y que tuvieron resultados normales en las pruebas de citología cervical y VPH negativos indica que las prácticas similares de detección del cáncer cervicouterino pueden ser aplicables a ambos grupos, aunque esta estrategia amerita una evaluación en un ensayo clínico apropiado.” (Tiffany G Harris, 2005)

En otro metaanálisis se extrajeron y revisaron un total de ochenta y cuatro (84) artículos de bases de datos electrónicas estándar, principalmente Web of Science, PubMed y Scopus. Los artículos se publicaron en inglés entre 2008 y 2024 y contaron con un total de 80023 participantes. revela una alta prevalencia de múltiples genotipos de VPH de alto riesgo entre las personas VIH positivas, lo que destaca el impacto de la coinfección por VPH y VIH en el desarrollo de cáncer de cuello uterino. Se encontró que los recuentos bajos de CD4, que van de inmunosupresión grave a moderada, se asocian con una mayor persistencia y progresión de las infecciones por VPH-AR, lo que enfatiza la necesidad de una atención eficiente del VPH/VIH para reducir la inmunosupresión. (Swase T.D, 2025)

Microbioma Vaginal, HPV Y VIH

La alteración de la microbiota vaginal favorece la coinfección de HIV y HPV.

Los *Lactobacillus* (spp.) producen ácido láctico, un potente microbicida que mantiene el pH ácido de la vagina; este microambiente es responsable de inactivar patógenos como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del herpes simple (VHS) tipo 2, y al excluir anaerobios. En contraste, una microbiota vaginal es diversa, polimicrobiana y dominada por anaerobios, como *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella bivia*, entre otros. Esta disbiosis, conocida como tipo de estado comunitario (CST) **IVa** (dominancia de *G. vaginalis*) y **IVb** (altamente diversa, sin ninguna especie particular), está fuertemente asociada con inflamación genital y daño epitelial. Muchos factores del huésped y externos influyen en la composición de la microbiota vaginal (MV) como ser la anticoncepción oral (estrógenos), la actividad y prácticas sexuales, el tabaquismo, la menstruación, el embarazo, la menopausia y el uso de antibióticos.

El papel de la MV en la adquisición del riesgo de VIH ha sido demostrado. Los estudios han mostrado que las comunidades microbianas vaginales alteradas, asociadas a la vaginosis bacteriana (BVAB), aumentan el riesgo de adquisición de VIH y modifican la eficacia de los microbicidas basados en antirretrovirales.

Los estudios han mostrado que las seropositivas tienen microbiotas vaginales no óptimas, que están asociadas con inflamación vaginal, excreción de VIH y un mayor riesgo de transmisión sexual a sus parejas. El impacto de la terapia antirretroviral (TAR) en la

microbiota vaginal es actualmente desconocido, aunque la evidencia sugiere que el VIH aumenta la patogenicidad del VPH y tienen un mayor riesgo a cáncer cervicouterino, incluso aquellas bajo TAR.

Entender la interacción entre el VIH, el VPH de alto riesgo, la MV y la TAR es relevante y necesario para establecer políticas sobre programas de detección adecuados y manejo de las pacientes con VIH + para aliviar la carga del cáncer cervicouterino en esta población vulnerable.

Los cambios en la microbiota vaginal contribuyen al desarrollo de lesiones cervicales precoces debido a la inflamación crónica del cuello uterino conduce a desarrollo de como la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) y la vaginosis bacteriana (VB), ambas asociadas con infecciones persistentes por VPH y cáncer de cuello uterino.

En un estudio en el África subsahariana y en mujeres infectadas con VIH han demostrado que un cambio en la diversidad microbiana como resultado de la VB es detectable. Dado que se espera que las tasas de cáncer cervical aumenten en África subsahariana a medida que la población VIH-positiva reciba terapia antirretroviral (TAR) que prolonga la vida, es aún más importante entender los factores de riesgo asociados con el microbioma cervical.

Encontramos que el VPH estaba en alta abundancia en la cohorte los pacientes que eran positivos para VIH también fueron positivos para uno o más VPH. Entre las muestras de VIH, el VPH estaba asociado con al menos un aumento de 10 veces en Bacteroidetes y fusobacterias, así como una disminución en Actinobacteria.

Un desequilibrio en estas defensas puede resultar en cambios fisicoquímicos que producen alteraciones de la mucosa vaginal y del epitelio cervical. En este estudio, se demostró que el VIH tenía un efecto significativo en el microbioma cervical, aumentando la riqueza bacteriana y disminuyendo la diversidad beta. Estos resultados son similares a lo que se ha informado para el microbioma cervicovaginal y sugieren que los cambios en el microambiente del epitelio cervical provocados por el VIH ejercen una presión selectiva sobre las comunidades bacterianas cervicales (24–28). Mycoplasma fue significativamente más abundante en pacientes positivos para VIH. Se determinó una fuerte asociación entre la gravedad de la infección por M. genitalium y la excreción de VIH desde el cérvix dejando en claro es que M. genitalium infecta los epitelios, rompiendo las uniones estrechas e induciendo una respuesta inflamatoria crónica. (Cameron Klein, 2019)

Sería deseable realizar futuros estudios que recluten una cohorte de todas las mujeres VIH-positivas con y sin lesiones cervicales para caracterizar mejor el microbiota asociado al VIH que promueve la infección por VPH y la progresión a cáncer cervical.

En otro estudio se exploró el impacto de la infección por VIH y VPH en la MV en pacientes con VIH, determinamos la prevalencia de la infección por VPH-AR y las anomalías citológicas cervicales en una cohorte de 44 seropositivas y 39 mujeres seronegativas (MSN), caracterizamos la microbiota vaginal mediante secuenciación de 16S. Se concluyó la predominancia de L. Iners en la VM, combinada con la alta prevalencia de HR-HPV tiene implicaciones clínicas potenciales tanto para las mujeres que viven con VIH como para las mujeres sin VIH. Por lo tanto, las mujeres seropositivas podrían beneficiarse de un seguimiento más cercano y podrían ser candidatas para intervenciones basadas en el microbioma. Se justifica realizar un trabajo adicional para entender las complejas interacciones entre el huésped, la VM y el HPV en mujeres coinfectadas con VIH y HR-HPV, incluyendo a WLWH en tratamiento antirretroviral (ART). (Montserrat Chávez-Torres, 2023)

Prevención Primaria: Vacunación en Pacientes VIH+

La OMS recomienda programas de vacunación dirigidos a niñas de 9 a 13 años, y los CDC recomiendan la vacunación rutinaria contra el VPH para niñas (y niños) de 11 a 12 años. Sobre la base de los datos de inmunogenicidad, la OMS y los CDC recomiendan esquemas de 2 dosis para aquellos menores de 15 años y esquemas de 3 dosis para aquellos de 15 años o más para todas las vacunas contra el VPH.

La prevención primaria es de suma importancia ya que las vacunas tienen una buena tasa de seroconversión en estos pacientes, aunque un poco más bajo que en pacientes no HIV+. Provoca una respuesta inmune protectora con disminución de verrugas y otros cánceres. Se debe administrar en 3 dosis. La vacunación contra el VPH en personas que viven con VIH ha sido bien tolerada y segura.

Un estudio de Gardasil en niños que viven con VIH de 7 a 12 años informó una alta seroconversión, inmunidad específica del tipo de VPH persistente a 4 años y células de memoria inmunitaria, aumento significativo y persistencia de los títulos de anticuerpos después de un refuerzo adicional (cuarta dosis).

Otro estudio de Gardasil en hombres adultos que viven con VIH también encontró una alta seroconversión además de un buen perfil de seguridad.

Otro estudio reportó una tasa de seroconversión similar a la de Gardasil en mujeres que viven con VIH y mujeres HIV negativas de 13 a 27 años.

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización recomienda la vacunación contra el VPH en 3 dosis (en 0, 1 o 2 y 6 meses) para mujeres y hombres de 9 a 26 años que tengan condiciones de inmunocompromiso primarias o secundarias. (Castle P.E., 2021) (Fleider L, 2022)

En República Argentina el esquema de vacunación contra el VPH presenta el esquema de una única dosis será para las personas hasta los 20 años inclusive. El esquema será de dos dosis separadas por 6 meses para mayores de 21 años debido a el análisis de los estudios con respecto a la respuesta vacunal y de impacto de la estrategia, donde se evidenciaba un bajo porcentaje de aplicación de 2° dosis. La decisión de reducir nuevamente el número de dosis a un esquema de dosis única en los menores de 20 años, informada en diciembre de 2023, está avalada por la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn) y sigue las recomendaciones del grupo de expertos del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico (SAGE, por sus iniciales en inglés) sobre inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La edad límite de vacunación los 26 años inclusive para varones y mujeres (nacidas desde año 2000 y varones 2006). Sin embargo, se continuará con esquema de 3 dosis en la población de 11 a 26 años que viva con VIH, trasplantadas y/o que presente las siguientes condiciones: Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), Dermatomiositis (DM) y otras enfermedades autoinmunes en plan de recibir drogas inmunosupresoras. La secuencia de aplicación es de 0,1-2 y 6 meses (Argentina, 2024)

Prevención Secundaria: Cribado en Pacientes VIH +

La OMS recomienda el uso de pruebas de ADN del VPH como la prueba principal de detección de cáncer cervical, aunque las pruebas de Papanicolaou (PAP) deben continuar usándose

según las pautas locales en varios entornos cuando las pruebas de ADN del VPH no están operativas. Estas pautas recomiendan la detección basada en pruebas del VPH para mujeres de 30 o más.

Para las mujeres que viven con VIH, estas pautas recomiendan la detección basada en pruebas del VPH para mujeres de 25 a 49 años cada 3. La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) recomiendan que las mujeres que viven con VIH se sometan a una detección más temprana con un intervalo más corto utilizando pruebas del VPH en comparación con lo que se recomienda para las mujeres VIH-negativas y la población general dentro de la estratificación de recursos.

La asociación española de patología cervical y colposcopia recomienda que el cribado del CCU en mujeres que conviven con el VIH debe iniciarse a la edad de 25 años y mantenerse de por vida y debe realizarse mediante la prueba del ADN del VPH cada tres años. (Castle P.E., 2021)

En Argentina se recomienda inicio del tamizaje con citología a los 3 años del inicio de relaciones sexuales (IRS) para pacientes inmunocompetentes siguiendo el intervalo negativo 1-1-3 años. En cambio, en aquellas con inmunocompromiso como ser VIH+ se recomienda en inicio del tamizaje al año del IRS continuando sus controles anuales estrictos. (FASGO, 2022)

El Virus del Papiloma Humano (HPV) es una infección de transmisión sexual altamente prevalente, con más de 200 genotipos identificados. Entre ellos, aproximadamente 14 se consideran de alto riesgo oncogénico, responsables de la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino. El HPV tipo 16 es el más frecuentemente relacionado con lesiones precancerosas y cáncer invasor. La clasificación de las lesiones cervicales se basa entre lesiones de bajo y alto grado siendo esencial para el seguimiento clínico y la toma de decisiones terapéuticas. (FASGO, 2022)

Ciclo de Vida del HPV

Los virus del HPV son partículas virales dentro de 50-60 nm y carecen de envoltura lipídica. Es ADN doble cadena de 8 KP. empaquetado con histonas del hospedador y encapsulados por proteínas tardías codificadas por el virus. El genoma del HPV tiene 8 marcos de lectura abierto que se dividen en proteínas tempranas (E) y proteínas tardías (L) y una región reguladora de control. La proteína L1 y L2 codifican las proteínas para las cápsides.

L1: tiene regiones variables y constantes, las últimas llevan los epítomos antigénicos específicos de la superficie que interactúan con la membrana basal del huésped al ingresar.

E1-E2: regulan el ciclo de vida viral y la replicación del genoma viral.

E4: regula los productos virales tempranos. Altera el citoesqueleto y facilita la eliminación de viriones.

E5: aumenta la señal de crecimiento y la supervivencia dentro de la célula del huésped. Estimula la vía del Factor de crecimiento epidérmico (EGFR) favoreciendo un estado con tendencia a la malignidad.

E6-E7: causan desregulación del ciclo celular y actúan como oncoproteínas.

E6: unión y degradación de P53 inhibiendo la apoptosis estimulando a las células del HPV a sobrevivir y acumular daño genético. La proteína del HIV conocida como VPR modula la actividad de las moléculas que intervienen en la vía de P53 estimulando aún más la oncogénesis de E6.

E7: se une a la proteína del retinoblastoma (pRB) impulsando de manera apropiada la progresión del ciclo celular.

Después que la membrana basal se expone a un trauma, la proteína L1 se unía a proteoglicanos de sulfato de heparina (HSPGs) induciendo un cambio conformacional dependiente de ciclospilina B en la estructura de L1 exponiendo la porción N_terminal de la proteína menor de la cápside: L2. Una proteasa celular provoca la escisión por furina. La proteólisis de L2 es seguida por interacciones subsecuentes de L1 con HSPGs produciendo pérdida de enlaces involucrados en la interacción inicial de L1 lo que provoca el movimiento viral al queratinocito y la exposición de residuos virales al comportamiento endocítico para internalizar al virus por endocitosis. La célula basal es reservorio. Una vez que está el virus, el genoma viral se transporta al núcleo y queda en su forma episomal.

La infección se produce en un lapso de 12-24 hs, en la división basal: una célula queda y la otra célula sube. En la división celular, E2 une los genomas virales a los cromosomas mitóticos celulares, asegurando que queden envueltos en el núcleo y se dividan equivalentemente cada célula hija

E1-E2: complejo con ADN viral para reclutar ADN polimerasa del huésped.

L1 y L2 son sintetizadas y responsables del empaquetamiento del ADN viral y solo se expresan en los queratinocitos terminalmente diferenciados.

Durante la fase tardía de la infección, las células infectadas aumentan la expresión de las proteínas de la cápside que son altamente inmunogénicas. Los anticuerpos protectores contra el HPV surgen de 6 a 12 meses en caso de que se formen lo que sugiere que las células T controlan la replicación viral temprana.

Las pacientes con VIH+ con disminución de recuento de CD4+ presentan susceptibilidad al HPV, persistencia y desarrollo de cáncer. La paciente con lesión intraepitelial de alto grado (HSIL) tiene disminución de respuesta Th1 con estímulo de INF gamma e IL2 y tiene Th4 sesgado con el consiguiente aumento de Th17 con tendencia a la progresión.

La detección de aminoácidos virales por TLR9 (receptor) es importante en la respuesta inicial al HPV, estando aumentado en HPV de bajo riesgo (HPV-BR) y disminuido HPV-AR, posible mecanismo de bloqueo de la inmunidad innata.

En contexto de VIH+ la eficacia del sistema inmunológico disminuye aumentando el riesgo de transformación maligna y progresión por supresión inmunitaria con mayor tasa de recambio celular.

E7 recluta histona para bloquear a TLR9 y junto a E6 bloquea los receptores de reconocimiento de patógenos.

El HPV manipula la vía de señalización NF-KB y regula la cascada inflamatoria crónica aumentando aún más TLR9 sostenida sin respuesta antiviral estimulando más la inflamación crónica.

Ante el ataque viral, las células de Langerhans que residen en la epidermis migran a los órganos linfoides secundarios y preparan la inmunidad adaptativa. El HPV puede bloquear este paso.

La metilación del promotor mediada por E7 disminuye las células de Langerhans generando una reducción de las mismas con pobre activación de células T efectoras por lo cual CD8+ no actúan de manera correcta. Llevando a estado de inmunosupresión que está impulsado por indoleamina 2,3-Dioxigenasa (IDO) incluye la generación de células T reguladoras o la supresión de la respuesta dependiente de la disminución de triptófano. El HPV aumenta IDO con consiguiente disminución de triptófano. (Romaniya Zayats, 2022)

Interacción entre el HIV y HPV para el Desarrollo del Cáncer de Cérvix

A. Disfunción del Sistema Inmunológico en la Coinfección de Ambos:

Es un tema difícil de entender. El VIH aumenta el riesgo de HSIL más aun con HPV-AR la persistencia de este último facilitada por la inmunosupresión del VIH se ha identificado como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de HSIL; exacerbado por la disfunción de los Linfocitos T específicos para las oncoproteínas del HPV (inducido por VIH). Esta supresión inmunológica es más pronunciada en VIH+ avanzado con una deficiencia prologada y con mala adherencia al tratamiento antirretroviral.

El VIH ataca a las CD4+ llevando a la apoptosis y depleción celular. Los marcadores de la apoptosis de las células T CD4 como ser TRAIL, micropartículas, CCR5, TNFR2 aumentan la viremia por VIH. La disminución de CD4 conduce a un estado de inmunocompromiso. En los tejidos coinfectados existe un aumento de células dendríticas (CD) que expresan el marcador CD19 (fenotipo inmaduro) por disminución en la expresión de CD 83-86 evadiendo el ataque con HPV estimulando la persistencia. La CD no solo detecta al VIH-1 sino que también puede ser infectada por este transmitiendo la infección a las CD4+.

El captador específico de CD sin integrar (DC-SING) en la superficie de las CD actúa como un receptor de patrones en el sitio de GP120 del HIV. Al iniciarse una respuesta adaptativa dependerá de la estructura de los N_glicanos en el patógeno de VIH-1, a mayor número de N_glicanos, mayor unión de VIH a DC-SING. Las células T activadas y las células presentadoras de antígenos aumentan por demás el complejo de histocompatibilidad II (HLA-DR) que promueve la coinfección de HPV/VIH generando una respuesta adaptativa inadecuada y tardía para la eliminación del HPV.

Las CD de los coinfectados pueden atenuar la función de las células T efectoras a través de señales inmune inhibitorias que involucran la vía PD-L1 conduciendo a la pérdida de función de los linfocitos citotóxicos potenciado aún más por el VIH. además, las células tumorales cervicales pueden inhibir la migración de las CD a los ganglios linfáticos por disminución de CCR7 estimulando la producción de metaloproteinasa de matriz 9 (MMP-9) favoreciendo el ambiente tumoral.

Las CD plasmaticoides disminuyen en la infección por HIV dando lugar a infecciones oportunistas.

La disbiosis vaginal conduce a un estado proinflamatorio con supresión inmunitario otorgando un ambiente favorable para la persistencia de ambos virus.

B. Transición Epitelial y Mesenquimatosa en el Cáncer de Cérvix por la Coinfección:

El HIV por sus proteínas GP120 y TAT puede inducir la transición epitelio- mesénquima en el cérvix generando progresión de lesiones intraepiteliales. Es un proceso fisiológico que regula la diferenciación y adquisición de la identidad de la línea celular durante el desarrollo; sin embargo, facilita la progresión al promover el crecimiento y la metástasis dando que genera una pérdida de la polaridad apical basal, descomprime los viriones, disminuye marcadores y células de adhesión. Se encuentra regulado por el Factor transformante beta (TGF- β).

La proteína GP120 y TAT aumentan la invasión de células atípicas contribuyendo a la propagación de metástasis y resistencia al tratamiento.

El aumento de la transición epitelio-mesénquima (ETM) se encuentra favorecido por la disminución de E-cadherina y citoqueratina con el aumento de N-cadherina y vimentina. Además, estimula la vía Wnt/B-catenina.

La proteína TAT potencia la actividad transcripcional de E6 y E7. También induce a ETM en las células infectadas por HPV aumentando su invasividad mediado por vías de señalización como TGF- β y proteínas activadas por mitógenos (MAPK)

La proteína VPr interrumpe el control del punto del ciclo celular G2/M aumentando la acumulación de mutaciones en las células infectadas por el HPV exacerbando la malignidad.

Toda esta alteración del sistema inmunológico conlleva a una disminución en la vigilancia y eliminación del HPV pensando en un probable sinergismo molecular entre ambos virus.

El contacto entre las células de la mucosa oral y anogenital con el virus de la inmunodeficiencia y su interacción con GP120 y TAT conduce a disfunciones de las uniones ETM. La alteración de E-cadherina y CD44 está asociada con la severidad de lesiones intraepiteliales de cuello uterino. El VIH altera el perfil de citoquinas locales empeorando el curso natural de la infección por HPV. (Pavone G., 2024)

Los cofactores entre el VIH y las lesiones cervicales premalignas están dado por el inicio precoz relaciones sexuales, falta de métodos de barrera, múltiples parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, infecciones por clamidia), educación, uso de anticonceptivos orales, multiparidad, tabaquismo y bajo índice de masa corporal

Las lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero son las manifestaciones ginecológicas más importantes y comunes en las mujeres que viven con VIH.

En las mujeres seronegativas, las lesiones precancerosas de cuello uterino se curan en la gran mayoría de los casos tras su tratamiento. No obstante, las mujeres que viven con VIH presentan resultados menos satisfactorios y sobre todo altos índices de recurrencia de estas lesiones, relacionadas con el grado de inmunosupresión.

La progresión hacia el cáncer es alrededor 10 y 20 años a nivel general. Las mujeres seropositivas al VIH tienen tasas más altas y rápidas de progresión a carcinoma y tasas más bajas de regresión que las mujeres seronegativas al VIH. Esto se debe a una disminución en la vigilancia de células T en la infección por VIH, lo que permite la replicación del VPH, resultando en la persistencia de la infección por VPH, la acumulación de mutaciones en las células infectadas y la proliferación descontrolada de células atípicas.

Las mujeres con VIH han de realizarse revisiones con citología (Papanicolau) cada seis meses tras el diagnóstico y anualmente, una vez han obtenido dos resultados negativos consecutivos.

Las LIE de bajo grado rara vez progresan a LIE de alto grado o a cáncer cervical, aproximadamente el 10% de los pacientes, por ello no requieren tratamiento y el médico/a normalmente se limita a hacer un seguimiento de la lesión en las visitas semestrales por un lapso de dos años.

Las LIE de alto grado han de tratarse mediante la extirpación con asa diatérmica, láser o crioterapia. Estas técnicas son muy eficaces si se puede observar toda la lesión y la zona adyacente mediante colposcopia y si no existe afectación del canal cervical. En las mujeres que no cumplen estos criterios, la técnica de elección sigue siendo la conización cervical.

Se ha demostrado que la administración de TAR junto al tratamiento escisional reduce los índices de recurrencia de las LIE. Entre las mujeres que viven con VIH, una mayor cantidad de CD4, un tratamiento antirretroviral (TAR) antes del tratamiento y una carga viral de VIH más baja están asociadas con un menor riesgo de recurrencia.

Por lo cual es importante fomentar la meta de la OMS para el control del VIH de "90-90-90" (es decir, 90% diagnosticados, 90% tratados y 90% con carga viral suprimida) para el cuidado del VIH impactando de manera positiva en la consiguiente eliminación del cáncer cervical como un problema de salud pública a nivel mundial.

Materiales y Métodos

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecología del Hospital escuela de agudos Dr. Ramón Madariaga en la localidad de Posadas de la provincia de Misiones entre los periodos comprendidos desde el primero de enero de 2017 hasta el treinta y uno de diciembre del 2021, donde se recolectaron 2349 pacientes obtenidos de historias clínicas volcadas en una hoja de recolección de datos previamente elaborada y se recopiló la información clínica durante el periodo mencionado con anterioridad de las cuales 25 corresponde al universo estudiado el cual se expresa a través de tablas y gráficos estadísticos para cada una de las variables así como la combinación de los mismos para su interpretación y análisis.

Esta investigación es de tipo corte transversal, retrospectiva y descriptiva.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión**

Pacientes de sexo femenino

Pacientes con diagnóstico de VIH

Pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de cuello uterino

- **Criterios de exclusión**

Pacientes de sexo masculino

Pacientes con diagnóstico de lesiones precursoras que no están infectados con VIH

Pacientes con diagnóstico de VIH que no padecen lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero

Pacientes con diagnóstico de absceso cervical
Pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix

Variables:

Edad (Variable independiente cuantitativa numérica)

Tipo de lesión (Variable independiente cualitativa nominal)

Estado inmunológico (Variable independiente cualitativa categórica)

Carga viral (variable independiente cualitativa categórica)

Recuento de CD4+ (variable independiente cuantitativa numérica)

Tratamiento quirúrgico (Variable independiente cualitativa nominal)

Tratamiento antirretroviral (Variable independiente cualitativa nominal)

Relación entre el tipo de lesión intraepitelial y el recuento de CD4+ (Variable independiente cualitativa categórica)

Tiempo de evolución de la lesión precursora (Variable independiente cuantitativa categórica)

Seguimiento en conjunto (Variable independiente cualitativa categórica)

Nuevas lesiones (Variable independiente cualitativa categórica)

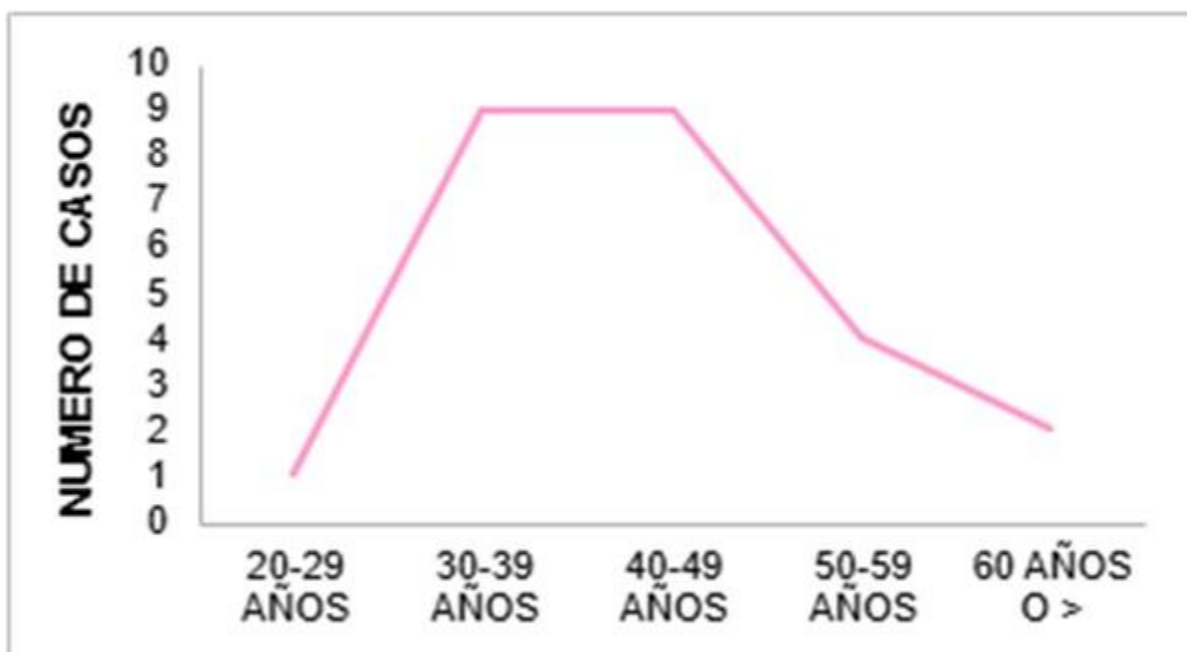
Consentimiento Informado: no se consideró necesario, dado que se trabajó con Historias Clínicas y el Servicio de Estadísticas suministró los números sin nombres para mantener el anonimato

Resultados

De las 2349 historias clínicas evaluadas en las cuales solo 25 pacientes cumplían con los criterios de inclusión, se pudo determinar que la edad promedio de diagnóstico fue alrededor de 43.28 años siendo el rango etario prevalente entre 30 a 49 años (18 pacientes), seguida por las de 50-59 años (4 pacientes), descendiendo de manera infrecuente en los extremos de la vida, es decir, en las mayores o igual a 60 años con un total de 2 y aquellas de 20 a 29 años solamente 1 paciente.

Edad

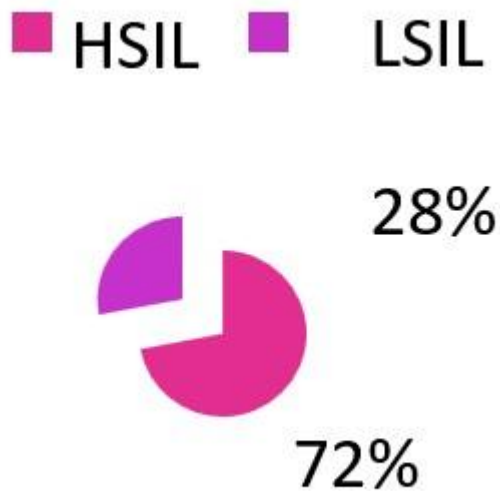
PROMEDIO		43,28
EDAD	N.º DE CASOS	
20-29	1	
30-39	9	
40-49	9	
50-59	4	
60 o MAS	2	
TOTAL	25	



En cuanto al tipo de lesión intraepitelial se estableció una prevalencia de lesiones de alto grado (HSIL) en un 72% que correspondería a 18 casos contra un 28% correspondiente a Lesiones de Bajo Grado (LSIL) (7casos).

TIPO DE LESION	N.º DE CASOS
HSIL	18
LSIL	7
TOTAL	25

Tipo de Lesión

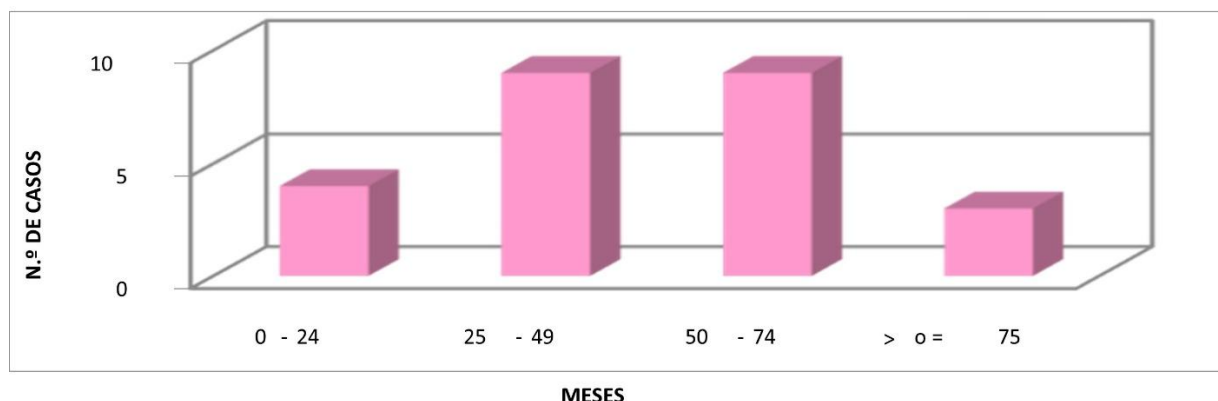


En lo que respecta al tiempo de evolución en la aparición de las lesiones precursoras, el promedio fue de 55,4 meses. Siendo apreciables en aquellas mayores a 2 a 4 años de diagnóstico de VIH. Siendo de evolución más rápida en aquellas menores a 2 años del diagnóstico, pero se vio fuertemente asociada al no cumplimiento del tratamiento antirretroviral o al abandono de este. De manera infrecuente solo en 3 pacientes con tratamiento crónico de más de 9 años se vio una evolución de la enfermedad asociada al abandono de la medicación y escaso seguimiento de su estado inmunológico.

PROMEDIO

EVOLUCION EN MESES	
MESES	N.º DE CASOS
0-24	4
25-49	9
50-74	9
> o = 75	3
TOTAL	25

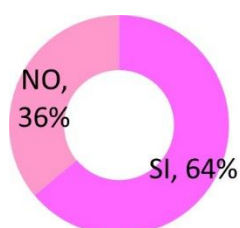
Tiempo de Evolución



Teniendo en cuenta la realización de tratamiento quirúrgico, es decir conización cervical, se pudo realizar dicho acto quirúrgico en un 64% de los casos; 16 pacientes. El 36% (9 pacientes) no realizó tratamiento quirúrgico debido al ausentismo en el seguimiento en conjunto por parte de la paciente, abandono de medicación, negación de la enfermedad hasta el fallecimiento como se produjo en 5 pacientes. Con respecto al tratamiento elegido, no estaba protocolizado en aquel entonces como normativa de servicio la realización de escisión de la zona de transformación (LLETZ) y/o PEF en lesiones de bajo grado.

CONIZACION	N.º DE CASOS
SI	16
NO	9
TOTAL	25

Tratamiento Quirúrgico



Una de las variables a estudiar fue el cumplimiento del tratamiento antirretroviral donde llama la atención la coincidencia con el tratamiento quirúrgico. Siendo un 64% que cumplió con tratamiento antirretroviral y realizó conización cervical contra un 36% que no realiza tratamiento, o lo hizo de manera inadecuada y tampoco realizó tratamiento quirúrgico.

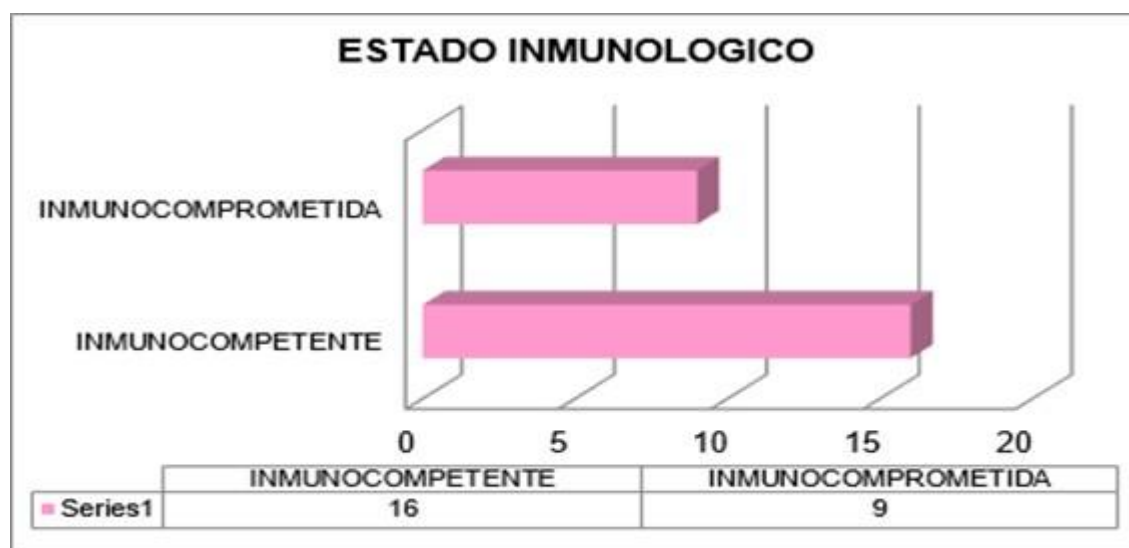
TRATAMIENTO ARV	
SI	16
NO	9
TOTAL	25

Tratamiento Antirretroviral



Debido al porcentaje significativo de pacientes que no realizaron tratamiento de forma adecuada surgió el interés de investigar el estado inmunológico de las 25 pacientes, se estableció que aquellas que no cumplían con el tratamiento antirretroviral, se encontraban inmunocomprometidas (9 pacientes), a diferencia de las que sí lo hacían, que se hallaban inmunocompetentes (16 pacientes).

ESTADO INMUNOLOGICO	
INMUNOCOMPETENTE	16
INMUNOCOMPROMETIDA	9
TOTAL	25



El estado inmunológico de las pacientes nos estimuló a profundizar en lo que respecta al recuento de CD4+ y carga viral donde pudimos observar el 36% (9/25) de las pacientes se encontraban en fase SIDA con carga viral detectable con mala adherencia o ausencia de tratamiento AR. Más del 44% (11/25) de las pacientes estudiadas presentaban CD4 > 500 cell/mm³ con una CV indetectable. En un 20% (5/25) las pacientes VIH presentaban un recuento de CD4+ entre 200 y 500 cell/mm³ con carga viral indetectable, esto podría deberse por el diagnóstico e inicio de terapia antirretroviral en un lapso menor a 2 años.

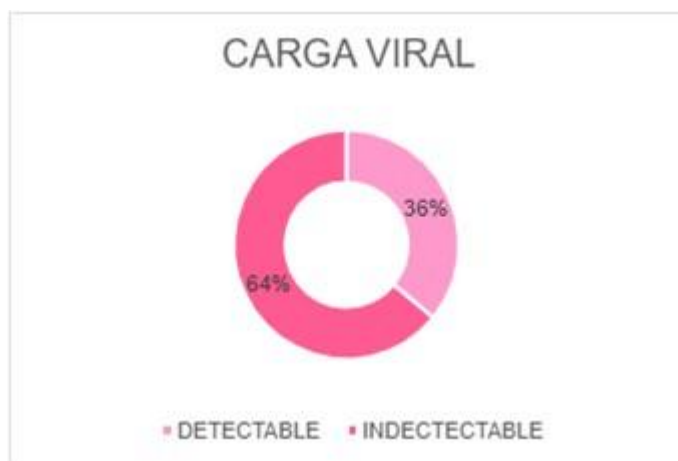
Recuento de CD4

RECuento DE CD4	
menos de 200 células/mm3	9
200-350 células/mm3	2
351-500 células/mm3	3
501-650 células/mm3	7
más de 651 células/mm3	4
TOTAL	25



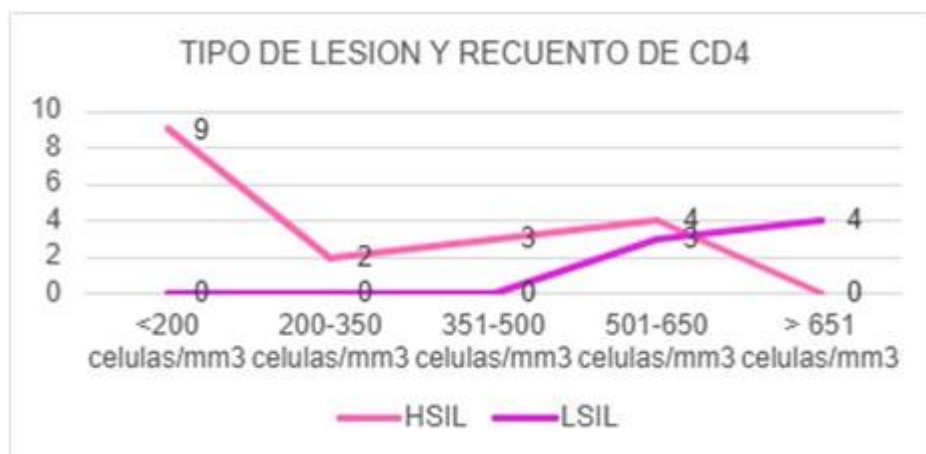
Carga Viral

CARGA VIRAL	
DETECTABLE	9
INDETECTABLE	16
TOTAL	25



Esto nos estimuló aún más a determinar una asociación entre el tipo de lesión con el recuento de CD4 al momento diagnóstico. Pudiendo determinar cómo se ve en el grafico de línea que a mayor recuento de CD4, aumenta la proporción de LSIL y disminuye la de HSIL y viceversa.

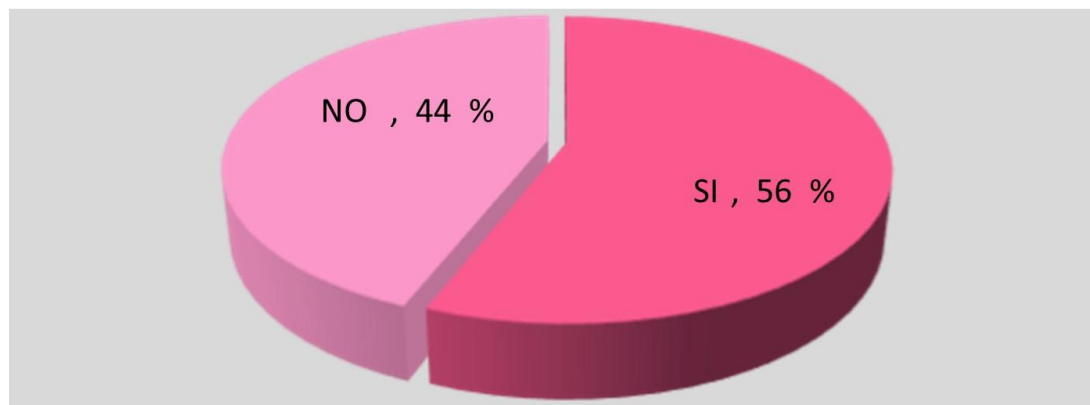
RECuento DE CD4	HSIL	LSIL
<200 celulas/mm3	9	0
200-350 celulas/mm3	2	0
351-500 celulas/mm3	3	0
501-650 celulas/mm3	4	3
> 651 celulas/mm3	0	4



Al ser una enfermedad crónica surgió el motivo de investigar sobre el seguimiento en conjunto tanto en ginecología e infectología y se logró establecer que en el largo trayecto la paciente termina abandonando su seguimiento en algún momento de su vida.

SEGUIMIENTO EN CONJUNTO	
SI	14
NO	11
TOTAL	25

Seguimiento en Conjunto



Este abandono por parte del paciente impacta desfavorablemente en la evaluación de la aparición de nuevas lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino debido a que solo en una paciente se pudo demostrar la presencia de una lesión de bajo grado, a la cual ya se le había realizado una conización cervical, si bien presentaba una carga viral indetectable, el recuento de CD4+ era de 201 cell/mm³. En un poco más del 50% (13) no presentaron nuevas lesiones y, muy lamentable, en menos del 50% no se pudo determinar dicha variable debido a la falta y ausencia de control por parte de la paciente.

NUEVAS LESIONES	
NO	13
SI	1
NO SE SABE	11
TOTAL	25



La falta de tratamiento antirretroviral por parte de las pacientes además del impacto negativo y la adquisición de enfermedades oportunista tuvo un desenlace fatal en 5 de las 9 pacientes correspondiente a un 55%. Esto evidencia de manera contundente la importancia de la adherencia al tratamiento y del control inmunológico.

FALLECIDAS DE LAS QUE NO CUMPLIAN CON TARV	
FALLECIDAS	5
VIVAS	4



Conclusiones

Debido a que el VPH y el VIH tienen muchas similitudes en cuanto a factores de riesgo y ruta de entrada, la coinfección es esperable. Se sabe bien que la inmunosupresión por VIH desempeña un papel fundamental en el establecimiento del VPH en el cuello uterino, lo que resulta en una mayor persistencia del VPH, así como un mayor riesgo de progresión a lesiones de alto grado, recurrencia y refractariedad al tratamiento en pacientes coinfectados.

La principal limitación de este estudio fue el número de la muestra. Como se trata de un estudio retrospectivo, hubo una brecha en el seguimiento de las pacientes para determinar si hubo recurrencia o no de lesiones. Solo en aquellas con terapia antirretroviral y seguimiento multidisciplinario se obtuvo información completa. En este trabajo observamos que las pacientes VIH + están estrechamente relacionada con una mayor persistencia de infección por VPH debido al compromiso inmunológico, como lo demuestra la proteína tat del VIH que promueve la progresión del ciclo celular y reduce la expresión de los inhibidores del ciclo celular. La infección por VIH induce un estado de inmunosupresión disminuyendo los niveles de linfocitos CD4+ y afecta la activación de las células dendríticas y la actividad de los linfocitos CD8+, quienes son clave en la eliminación de células epiteliales infectadas por HPV. Por lo tanto, la actividad del VIH contra los linfocitos CD4+ y CD8+ podría disminuir la eliminación de células epiteliales infectadas por HPV y promoviendo la disregulación del ciclo celular favoreciendo la persistencia.

El presente trabajo fue motivado por el incremento de casos de HIV en los últimos años y se puede apreciar que son más frecuente las lesiones de alto grado con respecto a las de bajo grado en pacientes con diagnóstico de VIH. Se puede ver reflejado en el mismo, que las que no cumplen con el seguimiento tanto infectológico como ginecológico tienen mala evolución, complicaciones e incluso el deceso de estas.

Con respecto a las pacientes con buen estado inmunológico, tratamiento adecuado y seguimiento correcto, se observó que el desarrollo de nuevas lesiones es muy infrecuente. De igual forma debido a la falta de seguimiento en algunas pacientes esto puede ser un sesgo.

Entonces se pudo concluir que aquellas con diagnóstico de VIH, inmunocompetentes, y cumpliendo el tratamiento antirretroviral y quirúrgico, y el no abandono del seguimiento tiene el mismo impacto que aquella paciente sin infección por VIH en el desarrollo de lesiones precursoras de cuello uterino. En cambio, cuando el recuento de células CD4 es bajo, cuando no están usando la terapia antirretroviral y tienen carga viral detectable; aumenta el riesgo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y de hasta fallecer por infecciones oportunistas. Por lo cual, el tratamiento y la atención óptima y precoz de los pacientes con VIH + es esencial para reducir la prevalencia de LIE y cáncer de cuello de uterino.

PROPUESTA

Brindar más información sobre educación sexual, para prevenir infecciones de transmisión sexual, y en caso de que se produzca la infección realizar un diagnóstico precoz, realizando serologías anuales a todas las pacientes sexualmente activas.

Búsqueda de otras ITS que puedan fomentar la disbiosis a nivel cérvico vaginal generando un estado proinflamatorio apto para la coinfección VIH/HPV.

Intensificar la educación a las pacientes sobre screening cervicouterino, de esta manera se podrá acceder al diagnóstico oportuno de lesiones precursoras.

Apoyo y manejo multidisciplinario de estas pacientes favoreciendo y estimulando el seguimiento de pacientes con dichas patologías para evitar la discontinuidad de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Alexandre Pérez-González, E. C. (2022). Update on the Epidemiological Features and Clinical Implications of Human Papillomavirus Infection (HPV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Coinfection . *Microorganisms*.
- Argentina, M. d. (2024). Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) | 2024. En D. d. Inmunoprevenibles, *Esquema de unica dosis de vacuna nonavalente* (pág. 33). Republica Argentina.
- Bekana K. Tadese, X. Y.-T. (2025). The Burden of HPV Infections and HPV-Related Diseases Among People With HIV: A systematic Literature Review. *Journal of Medical Virology*.
- Cameron Klein, a. D. (2019). Relationship between the Cervical Microbiome, HIV Status and Precancerous Lesions. *American Society for Microbiology*.
- Castle P.E., E. M. (2021). Cervical Cancer Prevention and Control in Women Living . *Division of Cancer Prevention, National Institutes of Health*.
- CDC. (ENERO de 2025). <https://www.cdc.gov/hiv/about/index.html>. Obtenido de <https://www.cdc.gov/>.
- Delgado, R. (2011). Enfermedades Infecciosas y microbiología Clínica. *Elsevier*, 8.
- FASGO, S. S. (2022). Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: “Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino”. En S.

SOGIBA, *Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino*". Argentina.

- Fleider L, P. C. (2022). Vaccination against HPV in Women and Men over 40 years of age. *AAMA TGI Commission*.
- Katharine J Looker, M. M.-C. (2018). Evidence of synergistic relationships between HIV and Human Papillomavirus(HPV): systematic reviews and meta-analyses of longitudinal studies of HPV acquisition and clearance by HIV. *Journal of the International AIDS Society*.
- Monserrat Chávez-Torres, M. G.-P.-S.-T.-R.-M.-C. (2023). The vaginal microbiota of women living with HIV on suppressive antiretroviral therapy and its relation to high-risk human papillomavirus infectio. *BMC Microbiology* .
- Pavone G., M. A. (2024). Entangled Connections: HIV and HPV Interplay in Cervical Cancer—A Comprehensive Review. *International Journal of Molecular Sciences*.
- Romaniya Zayats, T. T. (2022). HPV and the Risk of HIV Acquisition in Women. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*.
- Ruchika Gupta, L. C. (2022). Terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) y desenlace de las lesiones cervicales y el VPH de alto riesgo en mujeres que viven con el VIH (WLHIV): una revisión sistemática y metanálisis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
- Simona Claudia Cambrea, M. A. (2022). HPV and HIV Coinfection in Women from a Southeast Region of Romania—PICOPIV Study. *PICOPIV Study*.
- Swase T.D, F. I. (2025). The impact of HPV/HIV co-infection on immunosuppression, HPV genotype, and cervical cancer biomarkers. *BMC Cancer*.
- Tiffany G Harris, R. D. (2005). Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions associated with HIV serostatus, CD4 cell counts, and human papillomavirus test results. *JAMA*.

-
1. Carrera Médico Especialista en patología TGI y colposcopia. Facultad de Medicina UBA.
Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramon Madariaga (HEARM).
Grupo Oroño de Rosario.
Hospital de Clínicas San José de San Martín

Evaluación de la Variación de los Síntomas más Frecuentes en la Perimenopausia y Posmenopausia con el Uso de Testosterona

Autores:

Báez Gabriel¹, Britez Juliana¹, Fochesatto Noelia², Kule Alicia², Kachuk Mariela³, Wimer Pamela⁴

Resumen:

Objetivo: Evaluar la variación en los síntomas como pérdida del deseo sexual, fatiga, dificultad para concentrarse y sentimiento de tristeza en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas tratadas con testosterona tópica al 0,5% durante seis meses.

Pacientes y método: Un estudio de cohortes prospectivo llevado a cabo en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas atendidas en un consultorio de ginecología entre los meses de diciembre del 2024 a mayo del 2025. 60 mujeres que fueron tratadas con gel de testosterona durante 6 meses con presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: cansancio o fatiga, dificultad para concentrarse, sentimiento de tristeza y disminución del deseo sexual. Para medir la frecuencia y gravedad de los síntomas iniciales al uso de testosterona y luego de 6 meses de iniciar el tratamiento, se usó una versión modificada de la Escala Climatérica de Greene. **Resultados:** los cuatro síntomas estudiados mejoraron de forma significativa ($p < 0.001$) durante el período estudiado. El estado de ánimo mejoró más que la cognición (79% de mujeres indicaron una mejora en el estado de ánimo frente al 70% que informaron una mejora de los síntomas cognitivos). En cuanto a la pérdida de interés en el sexo, el 81% de las mujeres informaron una mejora. **Conclusión:** El uso de testosterona transdérmica durante 6 meses se asoció con mejoras significativas en el estado de ánimo y la cognición. Se necesita más investigación, incluidos ensayos clínicos aleatorizados, para establecer la eficacia y seguridad a largo plazo de la testosterona para el tratamiento de éstos y otros síntomas. **Citas Bibliográficas:** 10

Abstract

Objective: To evaluate the variation in symptoms such as loss of sexual desire, fatigue, difficulty concentrating, and feelings of sadness in perimenopausal and postmenopausal women treated with topical 0.5% testosterone for six months.

Patients and method: A prospective cohort study was conducted in perimenopausal and postmenopausal women seen in a gynecology clinic between December 2024 and May 2025. Sixty women were treated with testosterone gel for six months and had at least one of the following symptoms: tiredness or fatigue, difficulty concentrating, feelings of sadness, and decreased sexual desire. A modified version of the Greene Climacteric Scale was used to measure the frequency and severity of symptoms at baseline with testosterone use and six months after starting treatment. **Results:** All four symptoms studied improved significantly ($p < 0.001$) during the study period. Mood improved more than cognition (79% of women reported improved mood vs. 70% who reported improved cognitive symptoms). Regarding loss of interest in sex, 81% of women reported improvement. **Conclusion:** Use of transdermal

testosterone for 6 months was associated with significant improvements in mood and cognition. Further research, including randomized clinical trials, is needed to establish the long-term efficacy and safety of testosterone for the treatment of these and other symptoms. **Citas Bibliográficas:** 10

Introducción

La perimenopausia y la menopausia es una etapa en la vida reproductiva femenina caracterizada por fluctuaciones hormonales, particularmente en los niveles de estrógenos y andrógenos. Estos cambios pueden generar sintomatología variada, entre la que se destacan la disminución del deseo sexual, la fatiga crónica, dificultad para concentrarse (1), trastornos del sueño, alteración del bienestar general, bajo estado de ánimo (2) y la dificultad para el descenso de peso. Estas manifestaciones comprometen la calidad de vida y generan un impacto clínico y emocional significativo.

En las mujeres, los niveles de testosterona circulante disminuyen con la edad y son hasta un 50% más bajos en mujeres menopáusicas en comparación con mujeres adultas más jóvenes (3), lo que probablemente contribuye a síntomas como la confusión mental y el estado de ánimo deprimido en la mediana edad.

Cabe destacar que la Declaración de Posición del Consenso Global en cuanto al uso de testosterona para mujeres, publica recientemente, y en simultáneo en 4 revistas, con sus respectivos autores representando a 10 sociedades, incluyendo la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer (ISSWSH) y respaldada por la ISSWSH conjuntamente con otras 10 sociedades de medicina sexual, endocrinología, obstetricia y ginecología, como también sociedades de menopausia. Ésta proporcionó orientación clínica sobre el uso de la terapia de testosterona en mujeres, examinando el efecto en la función sexual (6); bienestar, estado de ánimo y cognición; efectos musculoesqueléticos; salud cardiovascular y de los senos; así como efectos secundarios androgénicos y eventos adversos. Las conclusiones se desarrollaron basándose en la revisión sistemática y meta-análisis de los beneficios y riesgos de la testosterona terapia en mujeres, (5) y las recomendaciones de práctica clínica se basaron en la opinión de expertos y el consenso de los panelistas.

Según la Declaración de Posición Global, la única indicación basada en evidencia para la terapia de testosterona es HSDD en mujeres posmenopáusicas, utilizando un modelo biopsicosocial de evaluación y tratamiento. (6 y 7).

Un metaanálisis reciente concluyó que hay insuficiencia en evidencias de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) para apoyar el uso de testosterona para tratar cualquier síntoma menopáusico que no sea la baja libido (8). En consecuencia, las pautas actuales solo recomiendan testosterona para tratar el bajo deseo sexual en mujeres menopáusicas, si la TRH por sí sola no es efectiva (9). Sin embargo, a menudo se prescribe testosterona a las mujeres en la práctica clínica porque los datos disponibles y la justificación fisiológica sugieren un beneficio general.

Objetivos:

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la testosterona 0,5% en gel durante el uso por 6 meses, sobre los síntomas como dificultad para concentrarse, en el estado de ánimo negativo, cansancio o fatiga persistente y pérdida de interés en el sexo, en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas con síntomas persistentes sin el uso de la TRH estándar (estrógeno con o sin progesterona). Evaluamos sólo mujeres que usan testosterona transdérmica porque, en comparación con otras formulaciones de testosterona (oral, intramuscular y pellets subcutáneos), la testosterona transdérmica no está asociada con un mayor riesgo de eventos adversos graves cuando se usa en dosis fisiológicas (es decir, dosis que se aproximan a las concentraciones fisiológicas de testosterona en mujeres perimenopáusicas) (10). Los efectos secundarios como el acné y el crecimiento localizado de vello en el sitio de aplicación suelen ser leves, fácilmente reversibles con ésta vía de administración (eliminación de la aplicación).

Diseño Metodológico

Este fue un estudio de cohorte prospectivo de un solo centro de salud. (Hospital Nuestra Señora de Fátima).

Paciente (Material)

Se incluyeron mujeres que asistieron al Servicio de Ginecología entre el 1 de diciembre del 2024 al 31 de mayo de 2025 y que consultaron por sintomatología compatible con déficit androgénico y cumplieron criterios clínicos de perimenopausia y postmenopausia. Se contó con la aprobación del comité de ética.

Criterios de inclusión

- Mujeres entre 42 y 65 años.
- Diagnóstico de perimenopausia y postmenopausia basado en irregularidad menstrual, alteraciones del sueño, cambios de humor o síntomas vasomotores.
- Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: fatiga crónica, disminución del deseo sexual, sentimiento de tristeza o dificultad para concentrarse.
- Habían completado un cuestionario de síntomas de menopausia (MSQ) antes de la iniciación de la testosterona, habían sido atendidas por el equipo multidisciplinario del Hospital en cuestión y habían completado el mismo MSQ seis meses después de iniciar la terapia de testosterona.
- No usaban simultáneamente otra TRH, no tomaron durante el periodo de estudio medicación antidepresiva.
- Firma del consentimiento informado, para que sus datos fueran utilizados con fines de auditoría.
- Pacientes con Índice de masa corporal menor a
- Todas las pacientes estudiadas debían tener realizado los siguientes controles ginecológicos anuales: examen clínico-ginecológico presencial, control de signos

vitales peso y talla, ecografía ginecológica TV y mamaria, papanicolaou y colposcopia, laboratorio y mamografía.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico actual o previo de hipotiroidismo no tratado o con tratamiento
- Patologías psiquiátricas severas (ej.: depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia).
- Evidencia clínica o bioquímica de
- Historia de cánceres hormono-dependientes (mama, endometrio).
- Terapia hormonal (testosterona, estrógenos, tibolona) en los 6 meses
- Enfermedad hepática activa o insuficiencia hepática
- Insuficiencia renal crónica estadio 4 o
- Historia de eventos tromboembólicos.
- Otras comorbilidades que contraindiquen el tratamiento o interfieran con la evaluación de resultados, según criterio médico.

Métodos

La Escala Climática de Greene es un cuestionario de 21 ítems que mide el número y la gravedad de los síntomas menopáusicos y ha sido validado para su uso en diferentes poblaciones (Greene 1998) (Anexo 1).

Todos los pacientes que son atendidos en nuestro Hospital por el equipo multidisciplinario bajo un programa que llamamos "Mujer activa" (Anexo 2), completaron el MSQ (cuestionario de síntomas de menopausia) una versión modificada de la Escala Climatérica de Greene (GCS) (Greene 1976) (Anexo 3).

Los pacientes califican la gravedad de cada síntoma utilizando una escala de Likert de 4 puntos, de 0 a 3, en donde 0 es "nada"- 1 es "un poco"-2 es "bastante"-3 es "extremadamente".

El MSQ incluye 10 de los 21 síntomas enumerados en el GCS original.

Este mismo MSQ es realizado por las pacientes, que usan testosterona transdérmica en nuestro hospital, a los 6 meses de tratamiento para evaluar la continuación del mismo tratamiento en caso de que hubieran experimentado beneficios significativos.

El enfoque del estudio fue evaluar el impacto del uso de testosterona, en 4 síntomas específicos, relacionados con la cognición (cansancio o fatiga, dificultad para concentrarse) y con el estado de ánimo (sentimientos de depresión o tristeza, disminución en la libido), al inicio luego de 6 meses de uso de testosterona (4 elementos).

Los pacientes fueron tratados con una única formulación magistral de testosterona 0,5% gel, jeringas prellenadas. (Anexo 4).

Resultados

Los datos fueron recolectados mediante el cuestionario de Greene aplicado en formato papel y cargados manualmente en una planilla de Microsoft Excel (versión 2007) para su procesamiento.

El análisis estadístico fue realizado con el apoyo del modelo de lenguaje ChatGPT (OpenAI), utilizado como herramienta de asistencia en el cálculo e interpretación de los datos. Todos los resultados fueron verificados posteriormente en Excel.

Se calcularon medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar) y proporciones para describir las variables.

Para la comparación de las puntuaciones antes y después de la intervención se utilizó la prueba t de Student para muestras pareadas.

La comparación de la prevalencia de síntomas antes y después del tratamiento se realizó mediante la prueba de McNemar.

Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo prueba t de muestras relacionadas (o pareadas).

Todos los pacientes fueron incluidos en el análisis basal para la prevalencia de síntomas. Por síntoma, solo se incluyeron pacientes que puntuaron 1, 2 o 3 antes de comenzar la testosterona al analizar el porcentaje de mujeres que informaron mejora de síntomas y el cambio en la puntuación de gravedad de síntomas a los 6 meses. Los pacientes que asignaron una puntuación de 0 a un síntoma en el análisis basal fueron excluidos del análisis a los 6 meses para ese síntoma individual. Por ejemplo, una paciente que puntuó 'cansancio o fatiga' con un 1, 2 o 3 en el análisis basal fue incluida en el análisis a los 6 meses para el cambio en la puntuación de síntomas de 'cansancio o fatiga'; pero si la misma paciente puntuó 'depresión o tristeza' con un 0 en el análisis basal, no fue incluida en el análisis a los 6 meses para el cambio en la puntuación de síntomas de 'depresión o tristeza'.

Se estudiaron los MSQ de 60 ($n=60$) mujeres que presentaban algunos de los síntomas estudiados. Éste MSQ fue realizado al inicio de cada tratamiento y a los 6 meses del mismo. La edad media fue (53.5 años). Ninguna mujer recibía otra terapia hormonal de reemplazo.

El tiempo medio tratamiento con testosterona hasta la realización del MSQ post tratamiento fue de 180 ± 20.4 días.

La prevalencia de síntomas en el análisis basal, y el número (%) de pacientes cuyos puntajes de síntomas mejoraron después de iniciar la terapia de testosterona se presentan en las Tablas 1 y 2, y en la Fig. 1.

Los síntomas estado de ánimo se informaron con más frecuencia que los síntomas cognitivos en el análisis inicial (prevalencia media 79%, rango 80–90%, frente a 70%, rango 75–78%, respectivamente; Tabla 1). La "pérdida de interés en el sexo" fue el síntoma basal más prevalente. El 90% de las mujeres informaron una libido reducida.

Los 4 síntomas mejoraron significativamente cuatro meses después de iniciar laterpaia con testosterona (tabla1). El 70% (rango 62–78%) de las mujeres con síntomas cognitivos informaron una mejora frente al 79% (rango 77–81%) de las mujeres con síntomas del estado

de ánimo. Los dos síntomas más propensos a mejorar fueron 'pérdida de interés en el sexo' (el 81% de las mujeres informaron una mejora, $p < 0.05$) y 'dificultad para concentrarse' (78% de las mujeres, $p < 0.05$). 'Cansancio o fatiga' fue el menos reportado como mejora (62%).

Tabla 1: El número (%) de pacientes que informaron síntomas en la línea de base, y el número (%) de pacientes que informaron una mejora (una reducción en la puntuación de 3 a 2, 2 a 1 o 1 a 0, después de 6 meses del uso de Testosterona.

	Prevalencia de los síntomas en la línea base (n=60)		Porcentaje de pacientes que reportaron mejoría de síntomas a los 6 meses		p
	n	%	n	%	
Síntomas cognitivos					
Cansancio o Fatiga	47	78	29	62	<0,05
Dificultad para concentrarse	45	75	35	78	<0,05
Síntomas de estado de ánimo					<0,05
Sentimiento de depresión, tristeza	48	80	37	77	<0,05
Pérdida de interés en el sexo	54	90	44	81	<0,05

Fuente: elaboración propia

Cuando se estratificó por gravedad de los síntomas (Tabla 2; Fig 1), la pérdida de libido fue el síntoma más molesto en el análisis inicial (63.33% de las mujeres puntuaron 'pérdida de interés en el sexo' con un '2' - 'bastante', o '3' - 'extremadamente'). Los síntomas cognitivos fueron más molestos que los síntomas de estado de ánimo; 57.5% (rango 10-46.67%) de las mujeres calificaron sus síntomas cognitivos como moderados o severos (una puntuación de '2' o '3'), en comparación con el 55% (rango 8.33–38.33%) de las mujeres con síntomas cognitivos. En los síntomas cognitivos, la dificultad para concentrarse fue el más propenso a recibir una puntuación de '2' o '3' (58.33% de las mujeres). Pérdida de interés en el sexo fue el síntoma del estado de ánimo más molesto (asignados una puntuación de '2' o '3' por el 38% de las mujeres).

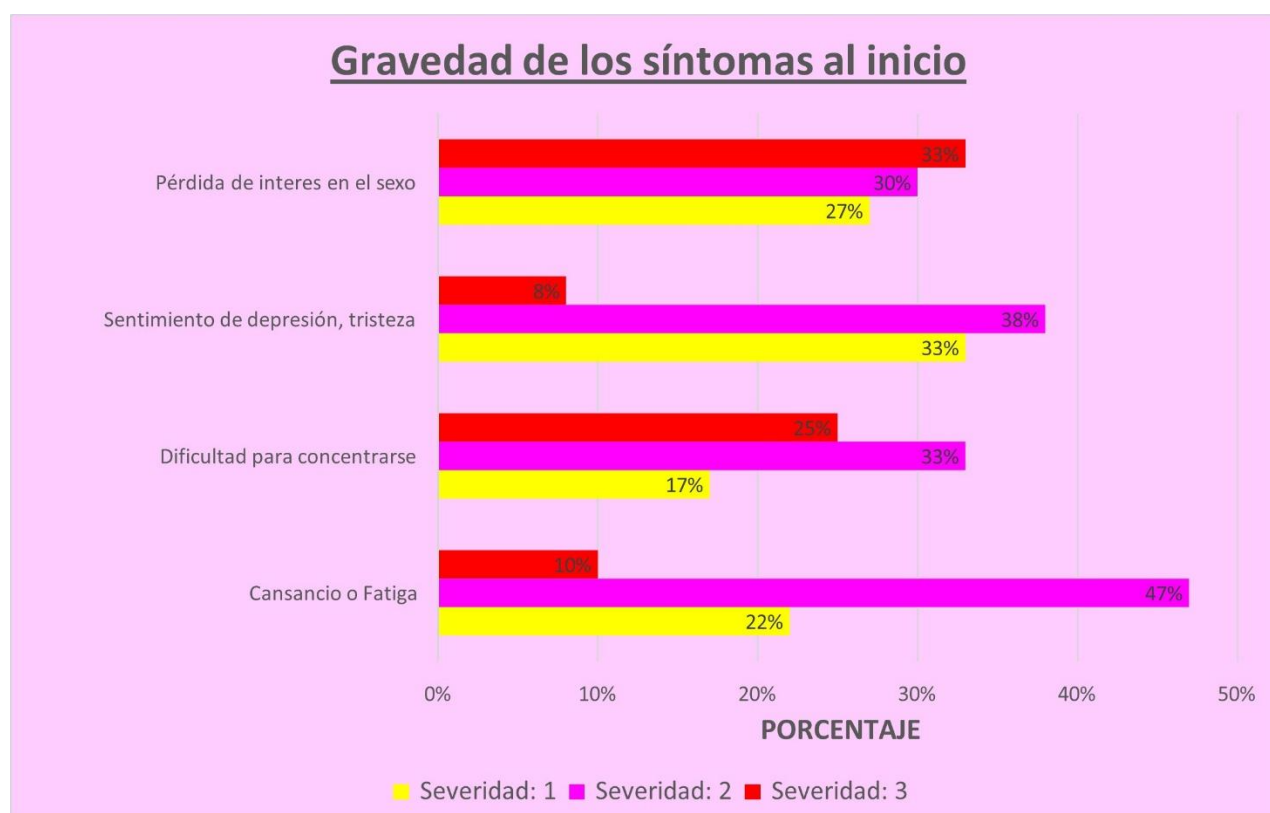
tabla 2: La distribución de las puntuaciones de síntomas ('0' - 'nada', '1' - 'un poco', '2' - 'bastante', y '3' - 'extremadamente') al inicio del tratamiento y 6 meses después de iniciar la terapia con testosterona, y el cambio en la prevalencia de síntomas moderados a severos (puntuación '2' + '3') a lo largo del periodo del estudio (la disminución absoluta y el % de reducción en el número de mujeres que informan síntomas moderados o severos)

	PRE				POST				2+3	2+3
	ESCALA				ESCALA				% de malos	% mejora
Síntomas cognitivos	0	1	2	3	0	1	2	3		
Cansancio o Fatiga	13 (21.67%)	13 (21.67%)	28 (46.67%)	6 (10.00%)	18 (30.00%)	32 (53.33%)	10 (16.67%)	0 (0.00%)	40.00%	70.58%
Dificultad para concentrarse	15 (25.00%)	10 (16.67%)	20 (33.33%)	15 (25.00%)	28 (46.67%)	15 (25.00%)	13 (21.67%)	4 (6.67%)	30.00%	51.42%
Síntomas de estado de ánimo										
Sentimiento de depresión, tristeza	12 (20.00%)	20 (33.33%)	23 (38.33%)	5 (8.33%)	26 (43.33%)	28 (46.67%)	6 (10.00%)	0 (0.00%)	36.66%	78.57%
Pérdida de interés en el sexo	6 (10.00%)	16 (26.67%)	18 (30.00%)	20 (33.33%)	18 (30.00%)	34 (56.67%)	5 (8.33%)	3 (5.00%)	50.00%	78.94%

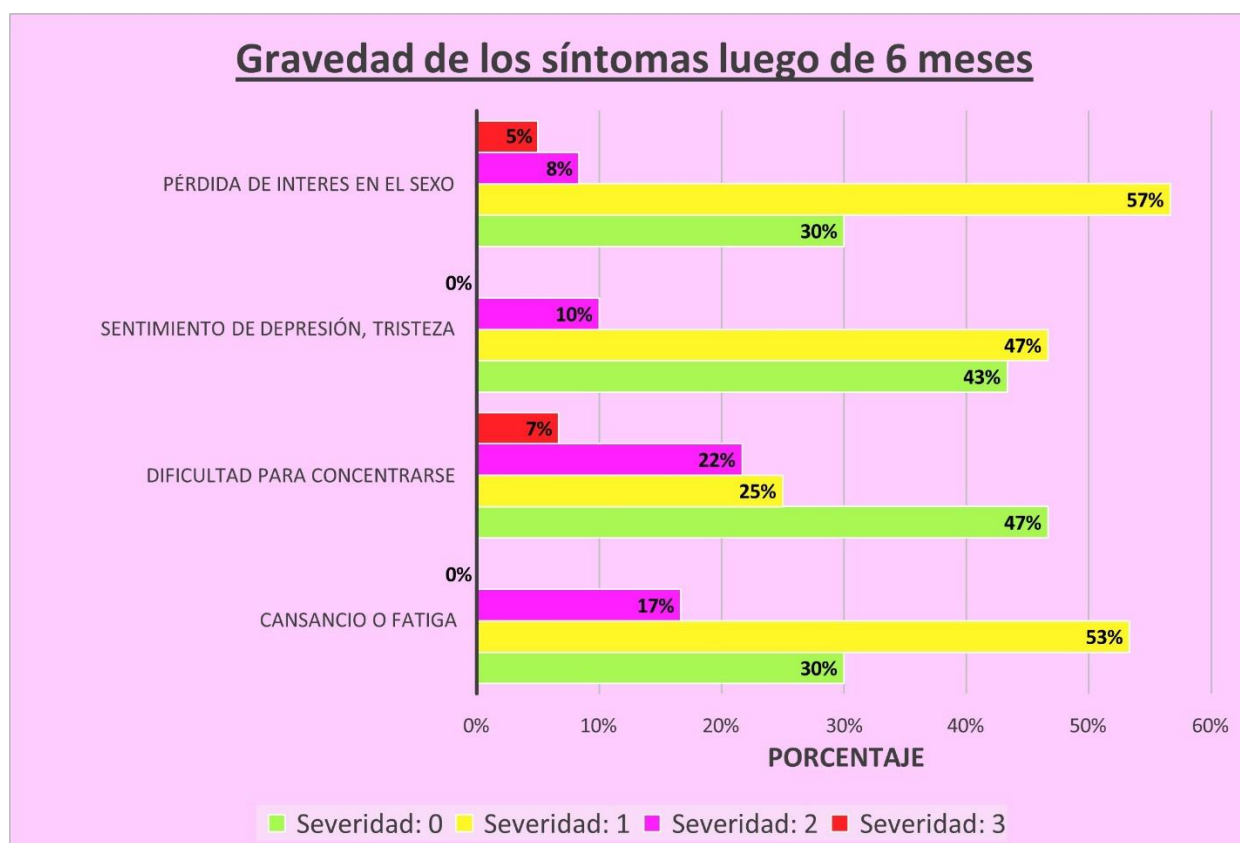
Fuente: elaboración propia

No hubo un aumento en la gravedad de los síntomas, en ninguna mujer, según los MSQ analizados.

Fig. 1 El cambio en la distribución de los puntajes de gravedad de síntomas a lo largo del período de estudio de 6 meses. Los puntajes de '3' ('extremadamente') están sombreados de rojo, los puntajes de '2' ('bastante') están sombreados de rosa fuerte, los puntajes de '1' ('un poco') están sombreados de amarillo, y los puntajes de '0' ('nada en absoluto') están sombreados de verde. Se puede observar como desaparece prácticamente el grado de severidad 3 (rojo) para algunos síntomas, lo que indica mejora de los síntomas. Para cada síntoma, solo se incluyen los pacientes que reportaron síntomas en el inicio del tratamiento (puntaje 1, 2 o 3)



Fuente: Elaboración propia



Fuente: elaboración propia

Puntajes de gravedad de síntomas

Los puntajes promedio de síntomas en la línea de base y cuatro meses después de iniciar la terapia de testosterona, y el cambio en los puntajes promedio de síntomas, se presentan en la Tabla 3; Fig. 2.

Tabla 3: Puntaje promedio de síntomas al inicio y a los 6 meses después de iniciar la terapia con testosterona y el cambio en el puntaje promedio de síntomas.

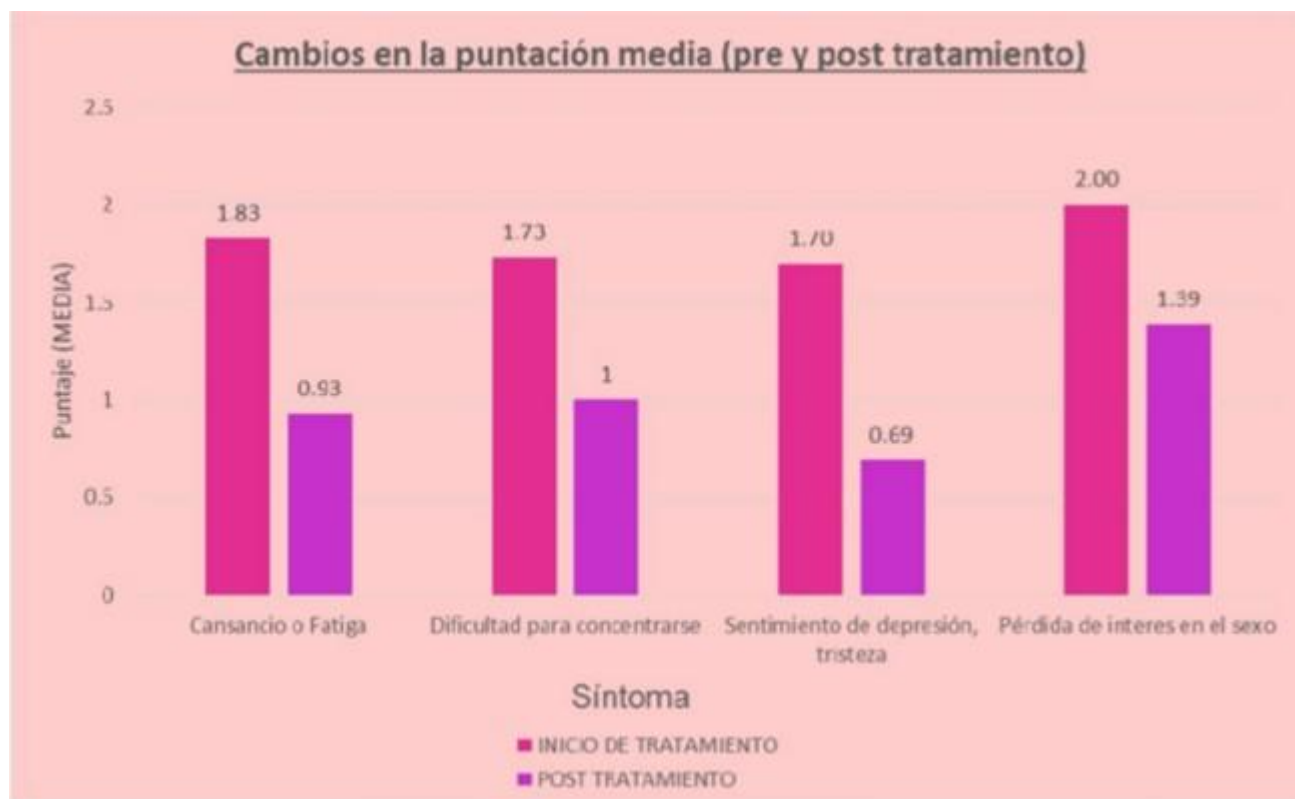
SÍNTOMA	n	MEDIA DEL PUNTAJE (de síntomas inicial)	DS AL INICIO DEL TIO	MEDIA DEL PUNTAJE de sint a los 6 meses	DS A LOS 6 MESES DEL TIO	cambio en la pun- tuación del sint	p- significancia
Síntomas cognitivos							
Cansancio o Fatiga	47	1.83	0.81	0.93	0.73	0.90	p < 0.001
Dificultad para concentrarse	45	1.73	0.96	1.00	0.88	-0.73	p < 0.001
Síntomas de estado de ánimo							
Sentimiento de depresión, tristeza	48	1.70	0.84	0.69	0.66	-1.01	p < 0.001
Pérdida de interés en el sexo	54	2.00	0.94	1.39	1.06	-0.61	p=0.004

Fuente: elaboración propia

En la línea de base, 'pérdida de interés en el sexo' y 'sentirse cansada o con fatiga' lograron los puntajes de síntomas más altos.

Las 4 puntuaciones de síntomas mejoraron significativamente durante el periodo de 6 meses evaluados. Fig 2

Fig 2: El cambio porcentual (mejora) en la puntuación media de síntomas desde el inicio de tratamiento hasta 6 meses después de iniciar la terapia con testosterona.



Fuente: elaboración propia

Comentarios (Discusión) Conclusiones

La terapia de testosterona transdérmica idéntica a la del cuerpo durante seis meses se asoció con mejoras significativas en todos los síntomas del estado de ánimo y cognitivos (reducciones en la frecuencia y gravedad de los síntomas) en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas que asistían al Hospital en un programa llamado mujer activa sito en Garupá (Misiones).

No se ha establecido la seguridad de la terapia con testosterona a largo plazo.

En consecuencia, es probable que el beneficio observado durante el período del estudio resultara del uso de testosterona transdérmica.

Los cuestionarios se completaron en tiempo real, en la línea de base y en el momento de la consulta de revisión, reduciendo el riesgo de sesgo de recuerdo.

La mejora clínica puede, representar un efecto placebo o resultar de factores de confusión no ajustados en nuestro análisis. Por ejemplo, no incluimos datos en el estudio sobre el efecto de la testosterona en otros síntomas menopáusicos como los sofocos nocturnos y el insomnio, que también pueden afectar negativamente el estado de ánimo y la cognición.

La testosterona transdérmica generalmente se tolera bien (Davis et al. 2019; Parish et al. 2021) y, en nuestra experiencia clínica, pocas mujeres interrumpen el tratamiento debido a efectos secundarios. Sin embargo, otros factores como la incomodidad, el olvido y la falta de beneficio percibido (posiblemente debido a una mala absorción transdérmica - discutido más adelante), pueden resultar en una adherencia subóptima y limitar los beneficios potenciales asociados con la terapia de testosterona. En tercer lugar, hay una variación interindividual significativa en la absorción de medicamentos transdérmicos (Farahmand y Maibach 2009; Singh y Morris 2011), y algunas mujeres necesitan dosis más altas para alcanzar niveles fisiológicos. Para el propósito de este estudio, no recopilamos datos sobre los niveles de testosterona sérica antes y durante el tratamiento, y por lo tanto no pudimos confirmar si se alcanzaron niveles fisiológicos en todas las mujeres.

Dado que todas las mujeres recibieron una dosis estándar de testosterona, es poco probable que se alcanzaran niveles terapéuticos en toda la cohorte y se necesita más investigación para evaluar la respuesta clínica tras la optimización de la dosis.

No obstante, durante largo tiempo el uso de la testosterona para el tratamiento de la disfunción sexual femenina fue limitado debido a la falta de preparaciones de uso específico en las mujeres. Las dosis requeridas representan la décima parte de las que se utilizan en el hipogonadismo masculino.

Históricamente, se habían aprobado algunas formulaciones para mujeres. Los implantes (pellets) de testosterona de Organon fueron aprobados para su uso en Australia, pero ya no están disponibles. La metiltestosterona oral, combinada con estrógenos equinos conjugados o estrógenos esterificados, nunca fueron aprobados formalmente para el tratamiento de la disfunción sexual en mujeres posmenopáusicas en los Estados Unidos. Estas formulaciones no fueron evaluadas específicamente para el trastorno de deseo sexual hipoactivo.

En Europa se había probado un parche transdérmico para mujeres que liberaba 300 µg de testosterona cada 24 horas (cifra en el límite superior de la producción diaria estimada en una mujer joven), a lo largo de 3 – 4 días (aplicación dos veces por semana).

Una crema transdérmica de testosterona al 1% (AndroFeme, Lawley Pharmaceuticals, Perth, Australia) está disponible para venta bajo receta médica en Australia, aprobada en 2020 por el Registro Australiano de Productos Terapéuticos para el tratamiento del trastorno de deseo sexual hipoactivo en mujeres posmenopáusicas. Esta es la referencia más cercana que tenemos. Está también disponible en UK.

Cuando iniciamos el uso de testosterona en gel, en Argentina, no se disponían marcas comerciales en el mercado aprobados por el ANMAT, por lo tanto, se debió utilizar un preparado magistral, que cumplieron con los estándares de la industria para la pureza, contenido y estabilidad de los ingredientes farmacéuticos activos y las Buenas Prácticas de Fabricación, lo que tiene como base, la testosterona para hombres inspeccionados por ANMAT para asegurar la calidad de fabricación. Cabe señalar que, en la actualidad, se dispone de una sola marca comercial que lo elabora el LABORATORIOS BETA, que se encuentra aprobado por ANMAT.

Por lo tanto, se le adjudica una modesta, pero significativa mejoría en mujeres con menopausia natural y trastorno del deseo sexual hipoactivo, e incluso en mujeres posmenopáusicas que no recibían tratamiento con estrógenos.

Resulta importante señalar que la terapia con testosterona, debe iniciarse después de una completa evaluación biopsicosocial y del manejo adecuado de otras condiciones que pueden contribuir a la disminución del deseo sexual, tales como dispareunia, fatiga secundaria a síntomas vasomotores, anemia, enfermedades de la tiroides, ansiedad, depresión, efectos secundarios de medicamentos y problemas de relación. Si bien, la presencia de estas condiciones no impide en forma absoluta comenzar con el tratamiento con la testosterona, siempre y cuando, las condiciones identificadas estén siendo tratadas y abordadas en forma simultánea. Por lo que se concluye en discusiones anteriores que tanto, la terapia psicológica como la farmacológica se puede combinar, siempre y cuando se considere apropiado.

Agradecimientos:

- Al Hospital Nuestra Señora de Fátima y a su Directora Marta Ruiz, que nos apoyó en todo momento para la realización de éste trabajo en dicho Establecimiento.

Referencias Bibliográficas

1. Reuben R, Karkaby L, McNamee C et al (2021) Menopausia y quejas cognitivas: ¿están las hormonas ováricas relacionadas con el declive cognitivo subjetivo? Quejas cognitivas: ¿están las hormonas ováricas vinculadas con el declive cognitivo subjetivo? Climacteric 24:321–332. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1892627>.
2. Leonhardt M (2019) Estado de ánimo bajo y síntomas depresivos durante la perimenopausia – ¿deberían los médicos generales prescribir terapia de reemplazo hormonal o antidepresivos como tratamiento de primera línea? Post Reprod Heal 25:124–130. <https://doi.org/10.1177/2053369119847867>.
3. Davis SR (2023) Testosterona para mujeres: certezas e ties. Climacteric 26:21–24. <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2146492>.
4. Davis SR, Jane F, Robinson PJ et al (2014) Testosterona transdérmica mejora el aprendizaje verbal y la memoria en mujeres posmenopáusicas que no están en terapia de estrógenos. Clin Endocrinol 81:621–628. <https://doi.org/10.1111/cen.12459>.
5. Islam RM, Bell RJ, Green S, et Seguridad y eficacia de testosterona para mujeres: una revisión sistemática y metaanálisis de datos de ensayos controlados aleatorios. Lancet Diabetes Endocrinol 2019;7:754–766.
6. Davis SR, Baber R, Panay N, et Declaración de consenso global sobre el uso de la terapia de testosterona para mujeres. J Sex Med 2019;16:1331–1337.
7. Parish SJ, Simon JA, Davis SR et al (2021) Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de las Mujeres Guía de Práctica Clínica para el uso de testosterona sistémica para el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en Mujeres. J Sex Med 18:849–867. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.009>.
8. Islam RM, Bell RJ, Green S et al (2019) Seguridad y eficacia de la testosterona para mujeres: una revisión sistemática y un metaanálisis de datos de ensayos controlados aleatorizados. Lancet Diabetes Endocrinol 7:754–766. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(19\)30189-5](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(19)30189-5).

9. NICE (2019) Menopausia: diagnóstico y En: Menopausia: diagnóstico y manejo. www.nice.org.uk/guidance/ng23. Accedido el 20 de agosto de 2024.
10. Davis SR, Baber R, Panay N et al (2019) Declaración de consenso global sobre la terapia de testosterona para J Clin Endocrinol Metab 104:4660–4666. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603>.

Agradecimientos

- Al Hospital Materno neonatal y a la Farmacéutica Nancy Alarcón, quien nos facilitó el Laboratorio de preparados magistrales.
- A la Técnica en Esterilización Isaura Altamirano, quien colaboró activamente en el fraccionamiento envasado de los productos.

ANEXO: 1



UANL



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
Biología de la Reproducción

Escala climaterica de Greene*

Identificador: _____ Fecha: _____

Marque con un ☐ el cuadro que corresponda a la intensidad con la que actualmente presenta los siguientes síntomas:

Síntomas	Nada (0)	Un poco (1)	Bastante (2)	Intensamente (3)	Puntaje
1. El corazón le palpita rápida o fuertemente	☐	☐	☐	☐	_____
2. Tiene sentimientos de tensión o nerviosismo	☐	☐	☐	☐	_____
3. Dificultad para dormir	☐	☐	☐	☐	_____
4. Irritable	☐	☐	☐	☐	_____
5. Ataques de pánico	☐	☐	☐	☐	_____
6. Dificultad para concentrarse, se le olvidan las cosas	☐	☐	☐	☐	_____
7. Se siente cansada o sin energía	☐	☐	☐	☐	_____
8. Pérdida de interés en la mayoría de las cosas	☐	☐	☐	☐	_____
9. Sentimiento de infelicidad o depresión	☐	☐	☐	☐	_____
10. Erita, llora	☐	☐	☐	☐	_____
11. Mal humor	☐	☐	☐	☐	_____
12. Sensación de mareos o desmayos	☐	☐	☐	☐	_____
13. Presión u opresión en la cabeza o cuerpo	☐	☐	☐	☐	_____
14. Siente hormigueo o se le duermen diferentes partes del cuerpo	☐	☐	☐	☐	_____
15. Dolor de cabeza	☐	☐	☐	☐	_____
16. Dolores musculares o articulares	☐	☐	☐	☐	_____
17. Pérdida de sensibilidad en manos o pies	☐	☐	☐	☐	_____
18. Dificultad para respirar	☐	☐	☐	☐	_____
19. Calores, bochornos o sofocos	☐	☐	☐	☐	_____
20. Sudores nocturnos	☐	☐	☐	☐	_____
21. Pérdida de interés en el sexo	☐	☐	☐	☐	_____

Categorías: 1-6 Ansiedad 7-11 Depresión 12-18 Somático 19-20 Vasomotor 21 Sexualidad

(*) Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. Maturitas 1996; 29:25-31 V 1.0 Agosto 2024





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
Av. Francisco I. Madero s/n y Av. González, Mila de Guzmán, Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64463
Carr. 1, 6389111, Tel. 2252, 2479, 3315 y 3647 www.ua.nl.mx

ANEXO 2: EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- **DR BÁEZ GABRIEL FRANCISCO MÉDICO ESPECIALISTA EN TOCGINECOLOGIA CALIFICACIÓN AGREGADA EN CLIMATERIO**
- Farmacéutica Juliana Elisa Britez, Especialista en Esterilización. Especialista en Farmacia Clínica.
- Dra Fochesatto Noelia Alejandra, Especialista en ginecología y obstetricia Especialista en ecografía.
- Kühle Ana Alicia Licenciada en enfermería, Diplomatura en políticas públicas y gestión.
- Wimer Pamela Judith, Psicologa, Sexóloga. Especialista en infertilidad, Especialista en salud materno infantil.
- Marianela Licenciada en Nutrición. Antropometrista ISAK nivel II



ANEXO 3

MSQ: CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS DE MENOPAUSIA

ESCALA CLIMATÉRICA DE GREENE (Greene JG. Constructing a standard climateric scale) **MODIFICADA**

Identificador: Fecha:

Marque con una tilde el cuadro que corresponda a la intensidad con la que actualmente presenta los siguientes síntomas:

SÍNTOMAS	NADA	UN POCO	BASTANTE	INTENSAMENTE
	(0)	(1)	(2)	(3)
1- Cansancio / fatiga	☐	☐	☐	☐
2- Dolores musculares	☐	☐	☐	☐
3- Dificultad para concentrarse	☐	☐	☐	☐
4- Disminución del deseo sexual	☐	☐	☐	☐
5- Sudores nocturnos	☐	☐	☐	☐
6- Sentimientos de infelicidad o depresión	☐	☐	☐	☐
7- Dificultad para dormir	☐	☐	☐	☐
8- Irritabilidad	☐	☐	☐	☐
9- Mal humor	☐	☐	☐	☐
10- Calores / sofocos	☐	☐	☐	☐

ANEXO 4



1. Médico/a Tocoginecólogo/a
2. Lic en Enfermería
3. Lic en Nutrición
4. Lic. en Psicología

Evaluación Basal de Conocimientos y Comportamientos sobre Salud Vaginal y Microbioma en Mujeres Fértiles

Autores:
Barrionuevo Vanesa Silvina¹

Condensación

Mujeres fértiles muestran desconocimiento del microbioma vaginal y prácticas de autocuidado insuficientes, enfatizando la urgencia de educación para salud vaginal holística y empoderamiento femenino.

Resumen

OBJETIVOS: 1. Identificar áreas de mejora y necesidades específicas. 2. Establecer una línea basal para futuras comparaciones. **DISEÑO:** Estudio transversal descriptivo. Muestra aleatoria, 188 mujeres fértiles (15-47 años). Recopilación de datos: encuestas. **RESULTADOS:** Se evaluó el conocimiento sobre salud vaginal y microbioma en mujeres en edad fértil, y se encontró un desconocimiento absoluto acerca de la existencia del microbioma vaginal, sus funciones, las causas y las consecuencias de su desequilibrio. Esto se tradujo en conductas inadecuadas de autocuidado y en una falta de prevención en salud vaginal, a pesar de que las mujeres consideran que su salud vaginal es importante para su bienestar general. Estos hallazgos resaltan la necesidad de aumentar la educación y la comunicación sobre la salud vaginal. **CONCLUSIÓN:** Al empoderar a las mujeres con información y herramientas adecuadas, se les brinda la oportunidad de cuidar de su salud de manera integral.

Abstract

OBJECTIVES: 1. Identify areas for improvement and specific needs. 2. Establish a baseline for future comparisons. **DESIGN:** Cross-sectional descriptive study. Random sample, 188 fertile women (15-47 years old). Data collection: surveys. **RESULTS:** Knowledge about vaginal health and microbiome was assessed in women of childbearing age, and there was a complete lack of awareness about the existence of the vaginal microbiome, its functions, the causes and consequences of its imbalance. This translated into inadequate self-care behaviors and a lack of prevention in vaginal health, despite women considering their vaginal health important for their overall well-being. These findings highlight the need to increase education and communication about vaginal health. **CONCLUSION:** By empowering women with appropriate information and tools, they are given the opportunity to take care of their health comprehensively

Introducción

La **microbiota o microflora** humana incluye bacterias, hongos, arqueas y virus, excluye los microanimales que viven en el cuerpo humano. El **microbioma** humano se refiere a sus genomas colectivos¹, y también se entiende como la comunidad de microorganismos que existe en un entorno particular². Estos grupos de microorganismos son dinámicos². Se ha realizado la secuenciación del genoma de la microbiota humana vaginal³. La vagina humana está colonizada por una gran variedad de microorganismos que forman la microbiota¹³. *Lactobacillus* spp. es el microorganismo más frecuentemente aislado de la vagina humana sana, esto incluye *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus iners* y *Lactobacillus jensenii*¹³. La alteración del ecosistema vaginal contribuye al crecimiento excesivo de patógenos que causan infecciones vaginales. Los factores predisponentes como la menstruación, el embarazo, la práctica sexual, el uso incontrolado de antibióticos y las duchas vaginales pueden alterar la comunidad microbiana. Por lo tanto, la composición de la microbiota vaginal desempeña un papel importante en la determinación de la salud de la vagina¹³. Los lactobacilos se han utilizado como una de las alternativas, además del tratamiento antimicrobiano convencional, para la prevención de la vaginitis crónica y la restauración del ecosistema vaginal¹³. Apoyan un sistema de defensa junto con sustancias antibacterianas, citoquinas, defensinas y otros, contra la disbiosis, infecciones y cuidan para un embarazo normal sin parto prematuro⁴. La microbiota vaginal normal y la microbiota vaginal anormal son ecosistemas complejos de más de 200 especies bacterianas influenciadas por los genes, el origen étnico y factores ambientales y de comportamiento⁴. La disbiosis es un desequilibrio en las comunidades bacterianas. Dado que se cree que la microbiota dominada por lactobacilos es la más óptima, la disbiosis vaginal suele considerarse como una microbiota vaginal (VMB) con depleción de lactobacilos⁹. La vaginosis bacteriana (VB), la afección disbiótica vaginal más común, es un trastorno polimicrobiano, considerado la principal causa de flujo vaginal en las mujeres de todo el mundo⁹. El probiótico tiene un gran éxito en el tratamiento de la vaginosis bacteriana y en la restauración del microbioma normal en los últimos tiempos⁵, en el análisis de la microbiota vaginal la abundancia relativa de *Gardnerella* spp. disminuyó significativamente⁵. La administración de probióticos lactobacilos ha llevado a un microambiente intestinal y vaginal mejor modulado en medio de la Candidiasis Vulvovaginal (VVC)¹⁵.

Un concepto global de normalidad vs. disbiosis del microbioma vaginal es discutible, ya que las mujeres de diferentes razas tienen una microflora vaginal única con variaciones regionales. La flora vaginal normal está dominada por lactobacilos, especialmente en las mujeres de ascendencia europea frente a las mujeres afroamericanas⁵. El microbioma de las mujeres fértiles estuvo constituido por una dominancia de *Lactobacillus* spp. que se unió a resultados predictivos positivos en la reproducción, mientras que las mujeres infértiles mostraron un perfil disbiótico⁶. Una microbiota vaginal alterada con baja abundancia de lactobacilos durante el embarazo, puede provocar la inducción de una inflamación excesiva y un parto prematuro⁵. Curiosamente, la abundancia relativa de *Lactobacillus* spp. se redujo significativamente en las mujeres que posteriormente presentaron ruptura parcial de membranas¹¹.

La falta de lactobacilos no siempre va acompañada de un crecimiento excesivo de anaerobios⁹. Al revisar la VMB en otras condiciones vaginales asociadas con la depleción de lactobacilos encontramos vaginitis inflamatoria descamativa y vaginitis aeróbica. Mientras el controvertido diagnóstico de vaginosis citolítica, está relacionada con el sobrecrecimiento de lactobacilos⁹.

Las comunidades bacterianas en el flujo vaginal son un importante contribuyente a la microbiota vestibular. *Lactobacillus gasseri* fue dominante solo en mujeres con vestibulodinia provocada (PVD). *Lactobacillus gasseri* puede ser un elemento de vulnerabilidad ante el desarrollo de disbiosis vaginal⁷.

La microbiota vaginal es de especial importancia para las mujeres posmenopáusicas y puede tener un profundo efecto sobre la atrofia vulvovaginal, la sequedad vaginal, la salud sexual y la calidad de vida en general¹⁴. Considerando, que la terapia hormonal sustitutiva influye directamente en la dominancia de los lactobacilos en la microbiota y puede resolver los síntomas vaginales. Los probióticos orales y vaginales son muy prometedores¹⁴.

Tanto en la vejiga como en la vagina del mismo individuo se comparten cepas muy similares de bacterias comensales asociadas a la salud y pueden proporcionar protección contra las infecciones del tracto urinario. La VMB disbiótica aumenta el riesgo de infección del tracto urinario. La pérdida de bacterias productoras de ácido láctico vaginal, combinada con un pH elevado, aumenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual, aunque aún se desconocen los mecanismos protectores exactos del VMB contra las infecciones de transmisión sexual⁸.

La evidencia acumulada indica la posible correlación entre el microbioma vaginal y la adquisición y persistencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH). El papel beneficioso de algunos tipos de *Lactobacillus* (*Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus jensenii*, *Lactobacillus crispatus*) es generalmente apoyado. Por otro lado, se encontró que la alta diversidad microbiana y microorganismos específicos como *Sneathia*, *Anaerococcus tetradius*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* y *Gardnerella vaginalis* estaban implicados con una mayor frecuencia y gravedad de la enfermedad, lo que podría resultar en lesiones cervicales precancerosas y cancerosas¹⁰.

Las controversias desafían el dogma ampliamente aceptado, es decir, "el VMB dominado con lactobacilos es más saludable que un VMB diverso". Estas controversias, durante la última década, han complicado la definición de la salud vaginal y las infecciones vaginales sin una conclusión definitiva. El VMB de las mujeres podría ser una respuesta, pero no basta con mirar la microbiología. Tenemos que mirar a la mujer en sí, ya que lo que está bien para una mujer puede ser problemático para otras. Estas diferencias en la respuesta de las mujeres a la misma VMB pueden estar determinadas por una permutación de factores conductuales, culturales, genéticos y varios otros factores anónimos, cuya exploración puede conducir a una definición adecuada de la salud y la enfermedad vaginal¹².

Objetivos

1. Evaluar el conocimiento y comportamiento actual sobre salud vaginal y microbioma en un momento específico.
2. Identificar patrones y tendencias en la población estudiada.
3. Establecer una línea basal para futuras comparaciones.

Material y Método

Material

1. Encuesta para recopilar datos sobre:

- Conocimientos sobre salud vaginal y microbioma.
- Comportamientos de autocuidado y prevención.
- Experiencias y percepciones.

2. Consentimiento informado para las participantes.

Preguntas de la encuesta:

Conocimientos sobre salud vaginal y microbioma

1. ¿Escuchaste hablar sobre microbioma vaginal? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).
2. ¿Conoces cuál es la función principal de las bacterias beneficiosas de la vagina? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).
3. ¿Sabes qué factores pueden alterar el equilibrio del microbioma vaginal? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).

Comportamientos de autocuidado y prevención

1. ¿Cuántas veces al día te realizas una higiene íntima? 1 (casi nada) – 5 (muchas veces al día).
2. ¿Realizas duchas vaginales? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).
3. ¿Utilizas productos perfumados en la zona genital? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).
4. ¿Usas ropa interior de algodón? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).
5. ¿Utilizas óvulos/cremas vaginales frecuentemente? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).
6. ¿Utilizas preservativo para relaciones sexuales ocasionales? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).

Experiencias y percepciones

1. ¿Has experimentado síntomas de vulvovaginitis aguda en el pasado? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).
2. ¿Cómo te sientes al hablar sobre salud vaginal con un profesional de la salud? 1 (nada cómoda) – 5 (muy cómoda).
3. ¿Crees que la salud vaginal es importante para tu bienestar general? 1 (nada importante) – 5 (muy importante).
4. ¿Qué tan probable es que sigas las recomendaciones de autocuidado para mantener la salud vaginal? 1 (nada probable) – 5 (muy probable).

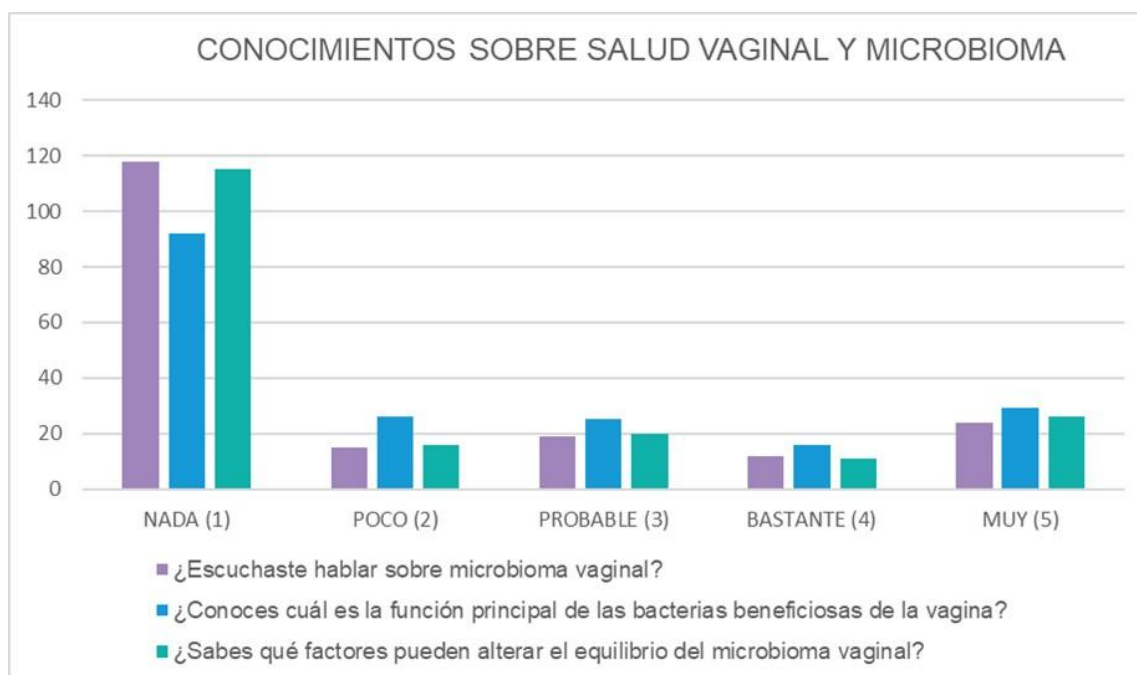
Método

1. Diseño del estudio: Estudio transversal descriptivo.
2. Selección de la muestra: aleatoria, 188 mujeres en edad fértil, desinformadas, rango etario 15 a 47 años, Recreo, Dpto. La Paz, Catamarca, Argentina.
3. Recopilación de datos: Encuestas.
4. Instrumento de evaluación: Escala de Likert para medir actitudes y percepciones (1-5).
5. Herramienta: Software estadístico (SPSS).
6. Análisis de datos: Estadística Descriptiva (frecuencia, porcentaje, promedio).

Resultados

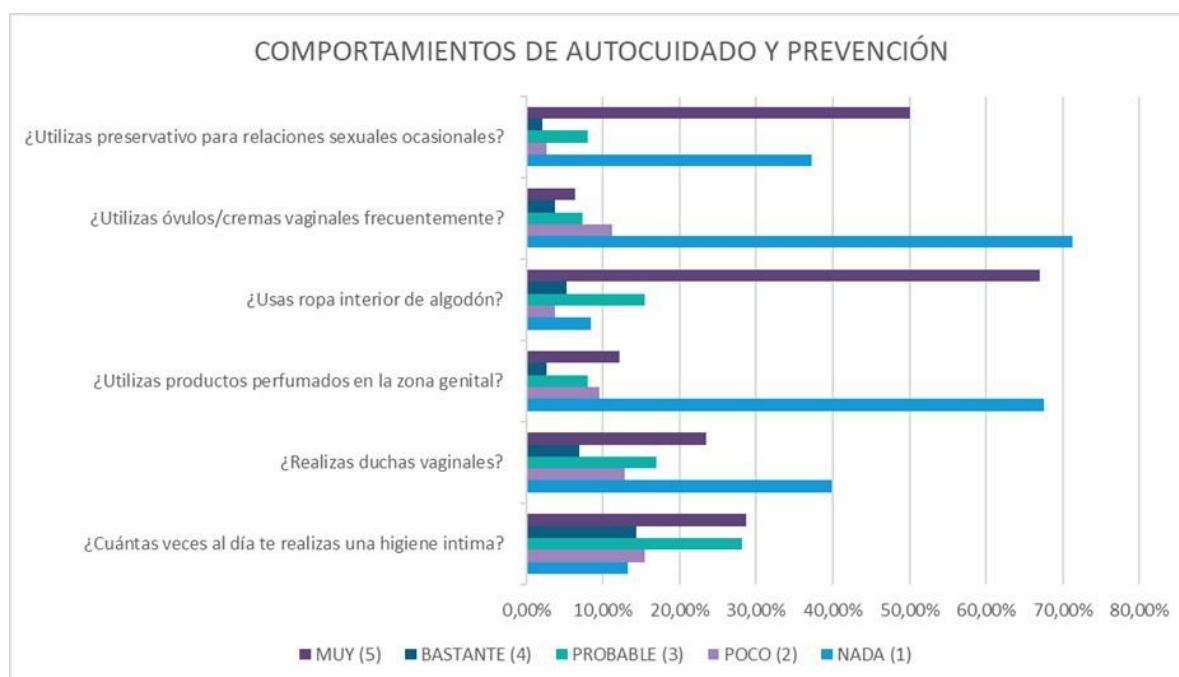
1. Conocimientos sobre salud vaginal y microbioma

	CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD VAGINAL Y MICROBIOMA		
MARCA TEMPORAL	N° CASOS		
PROBABLE	¿Escuchaste hablar sobre microbioma vaginal?	¿Conoces cuál es la función principal de las bacterias beneficiosas de la vagina?	¿Sabes qué factores pueden alterar el equilibrio del microbioma vaginal?
NADA (1)	118	92	115
POCO (2)	15	26	16
PROBABLE (3)	19	25	20
BASTANTE (4)	12	16	11
MUY (5)	24	29	26
PROMEDIO	1.98	2.28	2.03



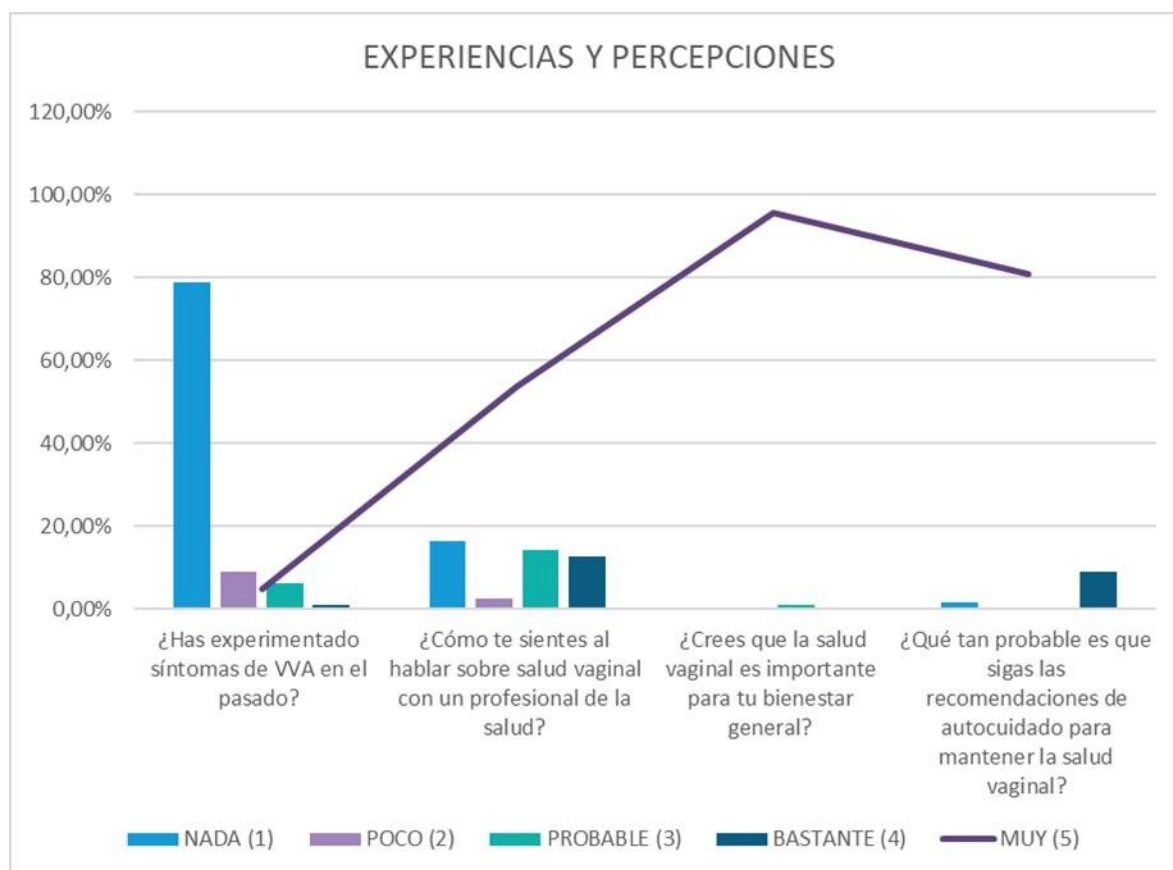
2. Comportamientos de autocuidado y prevención

MARCA TEMPORAL	COMPORTAMIENTOS DE AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN					
	N° CASOS					
PROBABLE	¿Cuántas veces al día te realizas una higiene íntima?	¿Realizas duchas vaginales?	¿Utilizas productos perfumados en la zona genital?	¿Usas ropa interior de algodón?	¿Utilizas óvulos/cremas vaginales frecuentemente?	¿Utilizas preservativo para relaciones sexuales ocasionales?
NADA (1)	13,30%	39,90%	67,60%	8,50%	71,30%	37,20%
POCO (2)	15,40%	12,80%	9,60%	3,70%	11,20%	2,70%
PROBABLE (3)	28,20%	17,00%	8,00%	15,40%	7,40%	8,00%
BASTANTE (4)	14,40%	6,90%	2,70%	5,30%	3,70%	2,10%
MUY (5)	28,70%	23,40%	12,20%	67,00%	6,40%	50,00%
PROMEDIO	3.30	2.61	1.82	4.19	1.63	3.25



3. Experiencias y percepciones.

	EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES			
MARCA TEMPORAL	N° CASOS			
PROBABLE	¿Has experimentado síntomas de VVA en el pasado?	¿Cómo te sientes al hablar sobre salud vaginal con un profesional de la salud?	¿Crees que la salud vaginal es importante para tu bienestar general?	¿Qué tan probable es que sigas las recomendaciones de autocuidado para mantener la salud vaginal?
NADA (1)	78,70%	16,50%	0%	1,6%
POCO (2)	9,00%	2,70%	0%	0%
PROBABLE (3)	6,40%	14,40%	1,10%	8,5%
BASTANTE (4)	1,10%	12,80%	3,2%	9%
MUY (5)	4,80%	53,70%	95,70%	80,9%
PROMEDIO	1.44	3.85	4.95	4.68



Al investigar la comprensión acerca de la salud vaginal y el microbioma en mujeres en edad fértil (MEF), descubrimos que el 60% de las participantes mostraron una falta total de conocimiento sobre la existencia del microbioma vaginal, así como la relevancia de sus funciones y las causas y repercusiones de su desequilibrio en la salud vaginal. En lo que respecta al comportamiento de autocuidado y prevención, el análisis estadístico reveló que no hay una tendencia uniforme en respuesta a las diversas preguntas planteadas. En relación con

la higiene íntima, el 71,3% de las MEF indica que la práctica de la higiene vaginal varias veces al día es probable o muy probable, mientras que un 39,9% considera como nada probable el uso de duchas vaginales, y solo el 23,4% afirma practicarlas de manera habitual. Sobre el uso de ropa interior de algodón, un 63% lo prefiere. El 71,3% de MEF refieren como nada probable el uso habitual de óvulos o cremas vaginales, así como el uso de productos perfumados (67,6%). Sin embargo, el 50% de las encuestadas expresaron como muy probable el uso de preservativos durante relaciones sexuales ocasionales. Al conocer las experiencias y percepciones de las MEF, un 78,7% declara no haber experimentado síntomas de VVA en el pasado. Observamos que más del 95,7% de las MEF considera fundamental su salud vaginal para su bienestar general y el 80,9% señala como probable seguir recomendaciones de autocuidado vaginal. También el 80,9% de las MEF se sintieron cómodas o muy cómodas al conversar sobre salud vaginal con un profesional de la salud.

Discusiones

El desconocimiento sobre el microbioma vaginal entre mujeres en edad fértil provoca un desequilibrio de la VMB que afecta su salud vaginal y, consecuentemente, su fertilidad. Observamos que una porción considerable de las encuestadas reporta no haber experimentado síntomas de VVA en el pasado; surge el interrogante de si realmente nunca han tenido síntomas relacionados con VVA o si existe una carencia de información sobre esta afección mencionada en la encuesta. Consideramos este elemento crucial para analizar en estudios futuros luego de llevar a cabo una intervención educativa vinculada a la patología en cuestión. Además, nos preocupa que apenas la mitad de las encuestadas contemplen el uso de preservativos durante relaciones sexuales ocasionales, lo que se reflejaría en un aumento de las estadísticas asociadas a infecciones de transmisión sexual. Resulta esencial fomentar prácticas de cuidado personal y prevención en la salud vaginal de las mujeres, lo que puede tener un efecto positivo en su bienestar y autoestima. Esto no solo contribuye a que se sientan mejor, también podría traducirse en una vida más saludable y satisfactoria. Al contar con estas herramientas, las mujeres pueden tomar decisiones bien informadas sobre su salud, lo que les otorga mayor confianza y satisfacción personal.

Una de las limitaciones del estudio es que el número de participantes es 188, lo cual podría limitar la posibilidad de generalizar los resultados. Por otra parte, la falta de información sobre la edad de las encuestadas dificulta el análisis de las variables en relación a la misma.

Nuestro estudio coincide con una publicación anterior que cita *“el VMB de las mujeres podría ser una respuesta, pero no basta con mirar la microbiología, tenemos que mirar a la mujer en sí, esta exploración nos puede conducir a una definición adecuada de la salud y la enfermedad vaginal”¹².*

Desde nuestra óptica, este estudio proporciona una base para futuras intervenciones mediante talleres que abordan el conocimiento sobre el microbioma vaginal y las prácticas de autocuidado de la salud vaginal, con la meta de identificar cambios positivos y áreas susceptibles de mejora que permiten ajustar la intervención en implementaciones futuras. A partir de estos hallazgos, sería posible elaborar estrategias culturalmente pertinentes que faciliten el acceso a servicios de salud y atención adecuada.

Conclusiones

Llegamos a la conclusión de que, al empoderar a las mujeres con la información y las herramientas adecuadas, les brindamos la oportunidad de cuidar su salud de manera integral. Esto no solo las ayuda a sentirse mejor, sino que también puede llevarlas a una vida más plena y saludable. Al tener acceso a estos recursos, las mujeres pueden tomar decisiones informadas sobre su bienestar, lo que les permite vivir con mayor confianza y satisfacción.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al tiempo y la valiosa ayuda recibida de todas las mujeres que participaron de manera anónima en la encuesta, cuya contribución fue fundamental para la elaboración de este trabajo.

Asimismo, deseo manifestar mi profundo reconocimiento a la Prof. Julia Del Valle Tobares, Directora del Colegio Privado Inmaculada Concepción Delegación Recreo, por su generosidad al brindarme el espacio y la oportunidad de interactuar con el alumnado de la institución, facilitando así el desarrollo de esta investigación.

Finalmente, mi más especial agradecimiento a mi hija, por su amor incondicional y apoyo constante, sin los cuales este trabajo no habría sido posible. Su presencia ha sido un pilar fundamental en este proceso.

Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Microbiota>
2. <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Microbiome>
3. Sherwood, Linda; Willey, Joanne; Woolverton, Christopher (2013). Prescott's Microbiology (9th edición). New York: McGraw Hill. pp. 713-721.
4. Chee WJY, Chew SY, que LTL. Vaginal microbiota and the potential of Lactobacillus derivatives in maintaining vaginal health. 2020 Nov 7;19(1):203.
5. Viqar Sayeed Saraf 1, Sohail Aslam Sheikh 1, Aftab Ahmad 1, Patricio M. Gillevet 2, Habib Bokhari 3, Sundus Javed. Vaginal microbiome: normalcy vs dysbiosis. 2021 Sep;203(7):3793-3802.
6. Sabrina Vieira de Souza, Paula Bruno Monteiro, Gabriel Acacio de Moura, Nayara Oliveira Santos, Cristina Tonin Beneli Fontanezi, Isadora de Almeida Gomes, Clara Andrade Teixeira Vaginal microbioma and the presence of Lactobacillus spp. as interferences in female fertility: A review system. 2023 Sep 12;27(3):496-506.
7. Filippo Murina, Camila Caimi, Francesco Di Pierro, Stefania Di Francesco, Irene Cetin. Features of the Vaginal and Vestibular Microbioma in Patients with Vestibulodynia: A Case-Control Study. 2020 Jul;24(3):290-294.
8. Francesco De Seta, Risa Lonnee-Hoffmann, Giuseppina Campisciano, Manola Comar, Hans Verstraelen, Pedro Vieira-Baptista, Gary Ventolini, Ahinoam Lev-Sagie. The Vaginal

Microbiome: III. The Vaginal Microbiome in Various Urogenital Disorders. 2022 Jan 1;26(1):85-92.

9. Ahinoam Lev-Sagie, Francesco De Seta, Hans Verstraelen, Gary Ventolini, Risa Lonnee-Hoffmann, Pedro Vieira-Baptista. The Vaginal Microbiome: II. Vaginal Dysbiotic Conditions. 2022 Jan 1;26(1):79-84.
10. Despoina Mortaki, Ioannis D. Gkegkes, Victoria Psomiadou, Nikos Blontzos, Anastasia Prodromidou, Fotis Lefkopoulos, Electra Nicolaidou. Vaginal microbiota and human papillomavirus: a systematic review. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2020 Sep 3;21(3):193-200.
11. Daniela Menichini, Francesco De Seta, Salvatore Andrea Mastrolia, Irene Cetin, Anastasia Carafa, Susana Santagni, Claudio Foschi, Matteo Cerboneschi, Serena Smeazzetto, Isabella Neri, Fabio Facchinetti. Probiotics in pregnancy and group B streptococcus colonization: A multicentric, randomized, placebo-controlled, double-blind study with a focus on vaginal microbioma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2025 Jun: 310:113976.
12. Namarta Kalia, Jatinder Singh, Manpreet Kaur. Microbiota in vaginal health and pathogenesis of recurrent vulvovaginal infections: a critical review. 2020 Jan 28;19(1):5.
13. Wallace Jeng Yang Chee, Shu Yih Masticar, Leslie Thian Lung que. Vaginal microbiota and the potential of Lactobacillus derivatives in maintaining vaginal health. 2020 Nov 7;19(1):203.
14. Alicia L Muhleisen, Melissa M Herbst-Kralovetz. Menopause and the vaginal microbiome. 2016 Sep: 91:42-50.
15. X-Y Ang, N S Roslan, N Ahmad, S Mo Yusof, N Abdullah, N N Nik Ab Rahman, J-J Woon, C S-J Teh, S D Todorov, G Liu, M-T Liong. Lactobacillus probiotics restore vaginal and gut microbiota of pregnant women with vaginal candidiasis. 2023 Nov 23;14(5):421-431.

"3. ¿Crees que la salud vaginal es importante para tu bienestar general? 1 (nada probable) 2 (poco) 3 (importante) 4 (bastante) 5 (muy importante). ",

"4. ¿Qué tan probable es que sigas las recomendaciones de autocuidado para mantener la salud vaginal? 1 (nada probable) 2 (poco) 3 (probable) 4 (bastante) 5 (muy probable)."

Derecho de Autor:

La firmante transfiere todo el derecho de propiedad intelectual a FASGO en el momento en que el trabajo sea publicado. Asimismo, garantiza que el artículo es original, que no infringe ningún derecho de autor o propiedad intelectual de un tercero, que no está bajo consideración de otra publicación y que su contenido esencial, tablas e ilustraciones no han sido previamente publicados. Esta restricción no se aplica a los resúmenes o reportes de prensa publicados en relación con encuentros científicos. La autora confirma que el manuscrito final ha sido leído y aprobado, como también declara que no presenta asociación comercial que pueda provocar un conflicto de interés.

-
1. Médica Tocoginecóloga. Diplomada en Nutrición y Medicina Ortomolecular.

Microalbuminuria como Valor Predictivo Precoz para Preeclampsia en Gestantes con Factores de Riesgo

Autores:

María De Luz Goncalves Pereira¹, Marien Coromoto Vargas Valbuena²

Resumen

Objetivo: Determinar la microalbuminuria como valor predictivo precoz para preeclampsia en gestantes con factores de riesgo, en el Hospital Dr. Rafael Calles Sierra, Falcón, Venezuela.

Metodología: investigación predictiva, prospectiva, de campo, transversal; participaron 97 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: edad promedio 24,38 años, con obesidad 27,84%, antecedente de hipertensión arterial crónica 4,12%, preeclampsia en embarazo anterior 22,68%; 40,21% primigestas, 90,73% con edad gestacional entre 28 a 36 semanas + 6 día; desarrollaron preeclampsia 84,53%, únicamente 54,88% presentó microalbuminuria positiva. Se obtiene valor predictivo positivo 93,75%, valor predictivo negativo 24,49%, especificidad 80%, sensibilidad 54,88%, riesgo relativo 1,24, Odds Ratio 4,86.

Conclusión: existe relación estadísticamente significativa entre la microalbuminuria y la preeclampsia ($p < 0,05$), se recomienda evaluar factores de riesgo, y tomar en cuenta la microalbuminuria como prueba accesible, de bajo costo en asociación con otras pruebas clínicas para lograr mayor precisión en el diagnóstico precoz de la preeclampsia.

Palabras clave: microalbuminuria, preeclampsia, factores de riesgo, predictor precoz.

Abstract

Objective: Determining microalbuminuria as an early predictive value for preeclampsia in pregnant women with risk factors, at the Dr. Rafael Calles Sierra Hospital, Falcón, Venezuela.

Methodology: A predictive, prospective, field, cross-sectional study was conducted; 97 pregnant women who met the inclusion criteria participated.

Results: The mean age was 24.38 years; 27.84% were obese; 4.12% had a history of chronic hypertension; 22.68% had a history of preeclampsia in a previous pregnancy; 40.21% were primiparous; 90.73% had a gestational age between 28 and 36 weeks + 6 days; 84.53% developed preeclampsia, and only 54.88% presented with positive microalbuminuria. The positive predictive value was 93.75%, the negative predictive value 24.49%, the specificity 80%, the sensitivity 54.88%, the relative risk 1.24, and the odds ratio 4.86.

Conclusion: There is a statistically significant relationship between microalbuminuria and preeclampsia ($p < 0.05$). It is recommended to evaluate risk factors and consider

microalbuminuria as an accessible, low-cost test in conjunction with other clinical tests to achieve greater accuracy in the early diagnosis of preeclampsia.

Keywords: microalbuminuria, preeclampsia, risk factors, early predictor.

Introducción

La preeclampsia (PE) es un síndrome hipertensivo específico del embarazo, definida como el aumento de la presión arterial sistólica ≥ 140 y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, posterior a las 20 semanas de gestación, acompañada por proteinuria o de algún otro daño orgánico, constituye una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal, complicando 2 a 8% de los embarazos¹, siendo responsable de aproximadamente el 26% de las muertes maternas en América Latina y el Caribe² y del 10 al 15% de las muertes maternas directas en todo el mundo³, de igual forma se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50 a 100 padecen morbilidad materna extremadamente grave⁴.

Ahora bien, la desarmonía entre su inicio fisiopatológico insidioso, subclínico, y la forma aguda o brusca de presentación, son características de esta afección y determinan en muchos casos un motivo de dilema en la práctica médica, para enmarcarla en algunas de las formas de hipertensión arterial que se presentan en el embarazo y puerperio⁵

Por ello, deben tomarse en cuenta factores de riesgo asociados a la preeclampsia los cuales pueden ser reconocidos en el interrogatorio y examen físico durante la primera consulta prenatal, entre ellos: la primiparidad, historia familiar o personal de preeclampsia, edad materna menor de 20 años y mayor a 35 años, presencia de anticuerpos antifosfolípidos, obesidad, embarazo gemelar, hipertensión previa, enfermedad renal crónica, diabetes, enfermedades autoinmunes⁶, hábitos y costumbres; el ambiente también juega un papel muy importante como factor de riesgo para preeclampsia, e involucra al ambiente físico, socioeconómico y cultural⁷, sin embargo, no todas las mujeres con estos factores de riesgo desarrollarán el trastorno y no todas las mujeres con preeclampsia tienen un factor de riesgo importante en particular⁸.

Tomando en cuenta que no se puede predecir qué mujeres padecerán preeclampsia durante la gestación, la captación precoz de la gestante y la monitorización durante todo el control prenatal, permite valorar la presencia de factores de riesgo en cada paciente asociados con predisposición de este trastorno hipertensivo y poder aplicar las diferentes herramientas de cribado con la finalidad de brindar un abordaje precoz y oportuno, evitando las complicaciones asociadas a esta entidad⁹.

Por consiguiente, una prueba predictiva eficaz para la preeclampsia facilitaría el diagnóstico temprano, la vigilancia dirigida y el parto oportuno; sin embargo, las opciones disponibles son limitadas, en especial para la población más vulnerable, por cuanto se ha realizado un esfuerzo conjunto para identificar posibles biomarcadores que permitan mejorar la predicción, tomando en cuenta los órganos involucrados en su patogénesis, incluyendo biomarcadores placentarios, cardiovasculares y urinarios¹⁰.

Es importante señalar, que la microalbuminuria es un marcador asociado con una amplia gama de enfermedades renales, incluida la preeclampsia, la pérdida de proteínas por el riñón en la actualidad forma parte de los criterios diagnósticos⁶, por lo tanto la determinación de microalbuminuria mediante el análisis rutinario de orina en la consulta prenatal puede

constituir una herramienta complementaria para la detección precoz de esta patología que permita su tratamiento eficaz y oportuno con el fin de reducir las tasas de eventos adversos.

La Preeclampsia representa uno de los principales problemas obstétricos en los países en vías de desarrollo, siendo responsable de una alta tasa de morbilidad materno fetal, nuestro país no escapa a esa realidad ya que las muertes relacionadas con los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran dentro de las tres primeras causas; tomando en cuenta todo lo antes expuesto se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Es la microalbuminuria un predictor precoz de preeclampsia en gestantes con factores de riesgo que acuden a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Doctor Rafael Calles Sierra?

En otro orden de ideas, en relación a las investigaciones previas que sustentan este estudio, se destacan las siguientes:

Larios, C. (2019) realizó en Perú, una investigación observacional, analítica, longitudinal, prospectiva, de cohorte, con la finalidad de analizar si la microalbuminuria es un marcador bioquímico de preeclampsia, evaluó a 92 mujeres entre 20 y 28 semanas de gestación con factores de riesgo; en 42 pacientes se detectó microalbuminuria positiva y 38 de ellas desarrollaron preeclampsia; de las 50 pacientes con microalbuminuria negativa, 8 desarrollaron preeclampsia. Se determinó que la proporción de gestantes con microalbuminuria positiva fue de 45.65% y desarrollaron preeclampsia 41.30%. Por lo tanto, existe un riesgo relativo de 5.6 veces, con un intervalo confianza de 95% de desarrollar preeclampsia con microalbuminuria positiva¹¹.

Por su parte, Cancela, M. (2020) en México con la finalidad de determinar si la microalbuminuria es un examen útil como predictor temprano de enfermedad hipertensiva del embarazo, en pacientes con edad gestacional de 20 a 28 semanas, realiza estudio observacional descriptivo analítico y prospectivo, con una muestra de 67 gestantes que acudieron al Hospital Materno Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP). Se obtuvo que, dentro de las enfermedades hipertensivas en el embarazo, sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los niveles anormales y normales de microalbuminuria y el desarrollo de preeclampsia entre las 20 y 28 semanas de gestación ya que se arroja un valor de χ^2 de 7.17 y un valor de $p=0.007$ ¹².

Concluye, que el análisis de microalbuminuria a mediados del embarazo puede ser una herramienta óptima como predictor significativo del desarrollo posterior de preeclampsia, ya que su determinación en el embarazo temprano, se asoció con un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar alguna enfermedad hipertensiva en comparación con mujeres con normo microalbuminuria¹².

En la revisión de literatura no se encontraron estudios recientes publicados a nivel nacional, regional o local. que guarden relación con este tema .

Se mencionan aspectos fundamentales en las bases teóricas que fortalecen esta investigación: La preeclampsia se define como cifras tensionales sostenidas por encima de 140/90 asociada a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas¹³, en función de la edad gestacional en la que se instaura, se puede diferenciar entre precoz (antes de 34 semanas) y tardía (a las 34 semanas o posteriormente)¹⁴.

En relación a la etiología, se han realizado múltiples estudios en la búsqueda del verdadero origen de la preeclampsia, sin embargo, aún no se conoce con certeza, se han relacionado

numerosos factores de riesgo y factores predictivos entre los cuales se mencionan la inadecuada invasión de trofoblasto sobre las arterias espirales en el embarazo temprano, una mayor respuesta inflamatoria y cambios en la respuesta inmune a los antígenos paternos¹⁵.

Se mencionan además de los factores fisiopatológicos, algunos predisponentes como las edades extremas (menor de 20 años y mayor de 35), la nuliparidad, historia familiar, embarazo múltiple la obesidad, el tabaquismo, hipertensión arterial crónica, preeclampsia previa, daño renal crónico y síndrome antifosfolípido, otros menos estudiados como algunas infecciones, el asma y el intervalo intergenésico menor a 18 meses¹⁶.

En efecto, la presentación clínica de la preeclampsia es diferente en cada gestante, en la mayoría la progresión a través de este espectro es lenta, y el diagnóstico sin criterios de severidad debe ser interpretado como una fase de la enfermedad, en otros casos la progresión es más rápida, presentando signos de severidad en un periodo de tiempo más corto y en los casos más graves, la progresión puede ser fulminante, con evolución a eclampsia en cuestión de días o incluso horas¹⁷.

Referente a la gravedad, la aparición de uno o más de los siguientes parámetros establece el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad: PAS $\geq$ 140 mmHg y/o PAD $\geq$ 90 mmHg (de nueva aparición) medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas después de las 20 semanas de gestación, o PAS $\geq$ 160 mmHg y/o PAD $\geq$ 110 mmHg (de nueva aparición) medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 15 minutos; proteinuria: $\geq$ 300 mg/dL en una recolección de orina de 24 horas, relación proteína/creatinina $\geq$ 0,3, o lectura con tira reactiva de 2+ de proteína en orina simple¹⁸.

En ausencia de proteinuria, se debe tomar en cuenta uno de los siguientes parámetros: plaquetas $< 100 \times 10^9/L$, creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL o elevada mayor al doble de su valor normal en ausencia de nefropatía, AST y ALT elevadas mayor al doble de sus valores normales; la presencia de dolor severo y persistente en el cuadrante superior derecho o epigastrio refractario a la medicación y los considerados como pródromos de eclampsia: cefalea de nueva aparición refractaria a la medicación e inexplicable por diagnósticos alternativos, alteraciones visuales e hiperreflexia con clonus¹⁸.

Desde el punto de vista de su fisiopatología, la preeclampsia es una patología asociada a alteraciones en el endotelio que genera un estado de vasoconstricción sistémica, en lugar de la vasodilatación que ocurre durante un embarazo normal. A pesar de que su etiología no está clara, diversas investigaciones sugieren que participan tanto factores de origen materno como feto/placentarios que causarían alteraciones en la formación temprana de la placenta y consecuentemente producirían una disminución del flujo vascular placentario causando hipoxia e isquemia placentaria, a su vez, se liberan factores antiangiogénicos a la circulación materna que alterarían el funcionamiento del endotelio vascular y provocarían la hipertensión¹⁹.

En cuanto a la función renal, las modificaciones más significativas son el incremento del índice de filtración glomerular y del flujo plasmático renal efectivo; ocurre adaptación tanto anatómica como fisiológica, destacan la dilatación del sistema colector, cálices, pelvis renal y uréteres, que puede persistir hasta el final del puerperio, que pudiera estar mediada por la acción relajante de la progesterona sobre el músculo liso; el riñón también sufre algunas modificaciones como el aumento en su longitud y en su peso²⁰.

La lesión típica del riñón en la preeclampsia es la endoteliosis glomerular que se observa en el 75 % de las pacientes a quienes se les practica biopsia renal, se manifiesta por proteinuria y

diversos grados de oliguria que se resuelve después de la extracción del feto, en algunas pacientes la lesión progresa a oliguria menor de 30 cc/hora, que pudiera llevar a anuria con necrosis tubular aguda, con necrosis cortical bilateral y muerte materna²⁰.

En este sentido, durante el embarazo normal, la excreción urinaria de proteínas aumenta con respecto a los niveles normales no gestantes y en mujeres sanas puede alcanzar de 200 a 260 mg por día en el tercer trimestre, el punto de corte clásico citado para definir la proteinuria durante el embarazo es un valor >300 mg/24 horas, o una relación proteína-creatinina en orina de al menos 0,3²¹.

Ahora bien, la evaluación de la proteinuria en orina de 24 horas (estándar de oro) no solo es útil para el diagnóstico de preeclampsia, sino que además sirve para orientar el seguimiento posterior de las pacientes con mayor probabilidad de daño renal crónico, sin embargo, la prueba rápida de proteinuria simple cualitativa es aceptada y utilizada universalmente como marcador diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo, por ser una prueba sencilla, de bajo costo, rápida realización, disponible en la gran mayoría de centros asistenciales, con alta sensibilidad y especificidad²².

Para obtener validez en esta prueba se debe comprobar la densidad en la orina y el pH; se debe introducir el extremo de la tirilla en la orina durante aproximadamente 30 segundos, y el color que toma se compara con el referente del frasco en una etiqueta de colores; en cuanto a la interpretación de la proteína en orina se realiza tomando en cuenta que la proteinuria negativa en el embarazo es ≤ 300 mg en la orina de 24 horas, entonces: + 300 mg en orina de 24 horas, ++ 1-2 g/L en orina de 24 horas, +++ 2-3 g/L en orina de 24 horas, ++++ Mayor de 3 g/L en orina de 24 horas²².

En atención a lo antes mencionado, se planteó para la presente investigación como objetivo general, determinar la microalbuminuria como valor predictivo precoz para preeclampsia en gestantes con factores de riesgo, que acudieron al Hospital Dr. Rafael Calles Sierra, Falcón, Venezuela, en el período enero a octubre 2022; como objetivos específicos: 1. Identificar los factores de riesgo para preeclampsia en la población en estudio y 2. Calcular el valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, la sensibilidad y la especificidad de la microalbuminuria como predictor precoz de preeclampsia.

Materiales y métodos

El estudio realizado es predictivo, prospectivo, de campo, transversal; la población estuvo constituida por todas las embarazadas con edad gestacional mayor de 20 semanas con factores de riesgo para preeclampsia que acudieron a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra de la ciudad de Punto Fijo, Falcón, Venezuela, durante el periodo enero a octubre 2022.

Se incluyeron 97 gestantes seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico intencional, incluyendo criterios de inclusión y exclusión. En relación a los criterios de inclusión se tomaron en cuenta embarazadas con edad gestacional mayor de 20 semanas con factores de riesgo para preeclampsia, que aceptaran su participación a través de la firma del consentimiento informado, se excluyeron pacientes con daño renal, diabetes tipo I y II y con enfermedad del colágeno.

Para efectos de la presente investigación la técnica de recolección de datos se planificó en 2 fases: en la primera se seleccionó la entrevista y como instrumento se diseñó una guía de entrevista con preguntas abiertas y cerradas elaborada tomando en cuenta los objetivos planteados; en la segunda fase se utilizó la observación científica, en la cual se constatan los aspectos clínicos y paraclínicos de cada paciente.

Previo aprobación por el comité de Bioética de la UNEFM-IVSS para el estudio en seres humanos y con autorización del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra, se procedió a seleccionar a las pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se les informó sobre los beneficios de dicha investigación y a todas las que aceptaron participar se les dio a leer y firmar el consentimiento informado, posteriormente se realizó la entrevista para obtener la información pertinente y se solicitó entre los paraclínicos una muestra parcial de orina matinal para evaluar la presencia o no de microalbuminuria, se realizó seguimiento del embarazo a todas las gestantes y se determinó quienes de ellas desarrollaron preeclampsia.

Resultados

	Frecuencia (N 97)	Porcentaje (%)
Edad (años)		
16-19	23	23,71
20-23	21	21,65
24-27	17	17,53
28-31	27	27,84
32-35	6	6,18
36 y mas	3	3,09
Edad promedio 24,38 años (mín. 16 max. 38 años) ± 7.48 DE		
Estado nutricional (IMC)		
Desnutrición	5	5,15
Normal	65	67,01
Obesidad	27	27,84
Antecedentes de SHE		
HTA Crónica	4	4,12
Preeclampsia	22	22,68
Paridad		
I G	39	40,21
II-III G	27	27,83
IV G y Mas	31	31,96
Edad gestacional		
20 - 27+6	3	3,09
28 - 36+6	88	90,73
37 - 42	6	6,18

Tal como se observa en la tabla 1, donde se describen los factores de riesgo de las pacientes estudiadas, la edad promedio fue 24,38 años, edad mínima 16 y máxima de 38, con ± 7.48 DE; 27,84% de las gestantes presenta alteración nutricional en exceso y 5,15% desnutrición, 26,8% presenta antecedente de síndrome hipertensivo del embarazo; en relación a la paridad 40,21%, son primigestas y 90,73 se encuentra entre 28 a 36 semanas + 6 días de gestación.

Tabla 2. Microalbuminuria en muestra parcial de orina de gestantes en estudio.

Microalbuminuria	Normotensas		Con Preeclampsia	
	Frecuencia (N15)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n82)	Porcentaje (%)
Negativa	12	12,37	37	38,14
+	3	3,09	18	18,56
++	0	0	20	20,62
+++	0	0	3	3,09
++++	0	0	4	4,13
Total	15	15,46	82	84,54

Correlación de Pearson 0,008

Se puede observar como de las 82 pacientes que presentaron diagnóstico de preeclampsia únicamente 45 (54,88%) de ellas cursaron con microalbuminuria positiva, distribuidas de la siguiente manera: con una cruz (+) 18,56%, dos cruces (++) 20,62%, tres cruces (+++) 3,09 % y cuatro cruces (++++) 4,13 %; de igual manera 3 gestantes (3,09%) con microalbuminuria positiva cursaron el embarazo con cifras tensionales dentro de valores normales, al establecer la correlación entre la microalbuminuria y el desarrollo de preeclampsia a través del χ^2 de Pearson se obtiene una relación estadísticamente significativa entre ambas variables (p 0.008).

Tabla 3. Valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la microalbuminuria como predictor precoz de preeclampsia.

	Concisión Positiva C+	Concisión Negativa C+	Total
Positivo T+	Verdadero positivo 45	Falso positivo 3	48
Negativo T-	Falso negativo 37	Verdadero negativo 12	49
Total	82	15	97

VPP: 93,75%. **VPN:** 24,49%. **Sensibilidad:** 54,88%. **Especificidad:** 80%Cociente de probabilidad positivo (**LR+**) 2,75. Cociente de probabilidad negativo (**LR-**) 0.56. **Riesgo relativo** 1,24. **Odds Ratio** 4,86.

La tabla 3, presenta datos sobre el valor predictivo positivo y negativo de la microalbuminuria como predictor temprano de preeclampsia en gestantes, se observa que sólo 45 pacientes con resultado de microalbuminuria en muestra parcial de orina presentaron preeclampsia, de igual manera solo 3 gestantes normotensas presentaron resultado positivo, obteniendo de esta manera un valor predictivo positivo para la prueba (VPP) de 93,75%, **valor predictivo negativo (VPN) de 24,49%**, así como sensibilidad de 54,88%, especificidad de 80%, cociente de probabilidad positivo (LR+) de 2,75 y cociente de probabilidad para un test negativo (LR-) de 0,56; el riesgo relativo es de 1,24 y el Odds Ratio 4,86.

Discusión

En relación a los factores de riesgo encontrados en el presente estudio predomina el grupo etario comprendido entre 28 y 31 años (27,84%), alejado de las edades extremas de la vida

(menores de 20 y mayores de 35 años), consideradas en la literatura como las de mayor riesgo para preeclampsia, la obesidad se presentó en 27,84% de las gestantes, se mencionan la hipertensión arterial crónica y la preeclampsia en embarazo anterior en 4,12% y 22,68% respectivamente, 40,21% de las pacientes son primigestas y 90,73% con edad gestacional entre 28 a 36 semanas + 6 días, factores de riesgo importantes que aumentan la probabilidad de presentar hipertensión durante la gestación actual; estas variables no fueron tomadas en cuenta en los estudios de referencia.

La frecuencia del desarrollo de preeclampsia, independiente del valor de microalbuminuria, fue de 84,53%, (82 pacientes) únicamente 45 (54,88%) de ellas cursaron microalbuminuria positiva, 3 gestantes (3.09%) reportaron resultado positivo y cursaron la gestación con cifras tensionales dentro de valores normales, con una relación estadísticamente significativa ($p = 0.008$). datos similares a los reportados por

Larios, C. (2019) en Perú, quien encontró 45.65% de gestantes con microalbuminuria positiva y 41.30% de ellas desarrollaron preeclampsia.

De tal manera que se obtiene en este estudio para la microalbuminuria como predictor precoz de preeclampsia un valor predictivo positivo de 93,75, es decir que la gestante con microalbuminuria positiva tiene un 93,75% de probabilidad de presentar preeclampsia durante la gestación y un valor predictivo negativo de 24,49% lo cual significa que sólo 24,49% de las gestantes con microalbuminuria negativa no presentará esta complicación propia de la gestación. Su especificidad es de 80% y su sensibilidad de 54,88%, lo por tanto un resultado de microalbuminuria positivo por sí solo no es un predictor perfecto para preeclampsia y requiere combinar varias pruebas para lograr una mayor precisión.

En este estudio también se demuestra que el riesgo relativo de presentar preeclampsia en gestantes con un análisis de microalbuminuria positivo, comparado con aquellas con un análisis negativo, es aproximadamente 1,24 con Odds Ratio 4,86, es decir que las probabilidades de tener preeclampsia son casi 5 veces mayores en pacientes con microalbuminuria positiva; en investigación realizada por Larios, C. (2019) en Perú, se asoció con un riesgo 4 veces mayor de desarrollar alguna enfermedad hipertensiva en comparación con mujeres con normo microalbuminuria. Así mismo, el Cociente de Probabilidad Positivo (LR+) reporta que es 2,75 veces más probable que una persona con microalbuminuria positiva pueda presentar preeclampsia durante la gestación en relación con una paciente con resultado negativo.

Conclusión

Para el diagnóstico precoz de la preeclampsia es importante, la captación de la gestante en el primer trimestre, realizar una buena historia clínica a fin de determinar la presencia de los factores de riesgo; el control de la presión arterial sigue siendo el método de cribado más consistente en el diagnóstico, sin embargo se deben tener en cuenta las diferentes herramientas de cribado con la finalidad de brindar un abordaje oportuno y de esta manera evitar las complicaciones asociadas a esta entidad, se demostró que la microalbuminuria es una prueba útil para estimar el desarrollo de esta complicación propia del embarazo, por lo que se sugiere medirla de manera rutinaria en la consulta prenatal, permitiendo que forme parte integral del plan de atención a la gestante.

Referencias Bibliográficas

1. Godoy-Villamil P, Caicedo-Goyeneche A, Rosas-Pabón D, Paba-Rojas S. (2022). Preeclampsia: un Acercamiento a su Fisiopatología y Predicción por medio de Biomarcadores. FASGO Volumen 21 - Nº 1 - Marzo de 2022. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/images/Revista_2022_13.pdf
2. Dávalos M. (2018). Complicaciones materno perinatales de la preeclampsia en hospitalizadas de gineco-obstetricia del Hospital III José Cayetano Heredia - Essalud - Piura enero-diciembre 2017 disponible en: https://www.academia.edu/94788134/Complicaciones_materno_perinatales_de_la_preeclampsia_en_hospitalizadas_de_gineco_obstetricia_del_Hospital_III_Jos%C3%A9_Cayetano_Heredia_Essalud_Piura_enero_diciembre_2017
3. Triviño C, Acosta F. (2022) Preeclampsia y el rol de la enfermería en la activación de la clave azul. Pol. Con. (Edición núm. 70) Vol. 7, No 12 Diciembre 2022, pp. 1309-1326 ISSN: 2550 - 682X. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
4. Nápoles D. (2016). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN, 20(4), 516-529. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es&tlng=es
5. Granja E, Gualpa J, Guzmán J, Herrera A. (2022) Preeclampsia Severa asociada a Parto Pretérmino: Resultados Materno-Neonatales según factores de riesgo. Journal of American health Julio - Diciembre vol. 5. Num. 2 – 2022. Disponible en: <http://www.jahjournal.com/index.php/jah>
6. Moncayo Z; Ramírez K; Moreira K; Mendoza J. (2022) Evaluación del riesgo de preeclampsia. Últimos avances. RECIMAUC VOL. 6 Nº 2 (2022) 143-151. DOI: 10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.143-151. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/842>
7. MacDonald T; Walker S; Hannan N; Tong S; Kaitu'u-Lino T. (2022) Herramientas clínicas y biomarcadores para predecir la preeclampsia. eBioMedicina Volumen 75 103780 Enero 2022 DOI: [1016/j.ebiom.2021.103780](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103780) Enlace externo Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(21\)00574-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00574-0/fulltext)
8. Larios C. (2020). Microalbuminuria entre 20 a 28 semanas de edad gestacional como marcador bioquímico de preeclampsia. ALICIA (Concytec). Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6080>
9. Herrera K. (2018) Preeclampsia. Revista Médica Sinergia Vol.3 Num:3, Marzo 2018 pp: 8-12 ISSN:2215-4523 EISSN:2215-5279 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
10. Álvarez I, Prieto B, Álvarez (2016) Preeclampsia. Revista del Laboratorio Clínico Vol. 9. Núm. 2. Páginas 81-89 (Abril - Junio 2016) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-preeclampsia-S188840081630006X>
11. Chimbo C, Mariño M, Chimbo T, Caicedo C. (2018). Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 13 - Nº

- 1, 2018. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_1_2018/factores_riesgo_predictores.pdf
12. Caballero D, Vila F, Ramos E, García R. (2011) Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 37(4): 448-456. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400002&lng=es.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social; Ciudad de México. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
14. Carrión F, Omaña D, Romero S, Mendoza D, Lahoud A, Marchis M, et al. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(2): 242-263. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00820213>
15. Castanedo R. (2017). Fisiopatología de los trastornos hipertensivos durante el embarazo. Trabajo fin de grado en enfermería. Universidad de Cantabria. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11707/Castanedo%20Mart%C3%ADnez%20Raquel.pdf?sequence=4>
16. Pérez M, Pacheco M, Pérez K, Tineo N. (2020). Daño renal en pacientes preeclámpticas con criterios de gravedad. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 80(3), 176-186. Epub 12 de octubre de 2020. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322020000300176&lng=es&tlng=es
17. Fishel M et al. (2022) Proteinuria durante el embarazo: definición, fisiopatología, metodología y significación clínica. American Journal of Obstetrics & Gynecology, Volumen 226, Número 2, Suplemento S819-S834. Disponible en: [https://www.ajog.org/issue/S0002-9378\(21\)X0016-6](https://www.ajog.org/issue/S0002-9378(21)X0016-6)
18. Nápoles D. (2016). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN;20(4). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/8>

-
1. Médico Cirujano Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia Universidad Central de Venezuela. Dra. En Ciencias de la salud (UNEFM). Adjunto II Servicio Ginecología y Obstetricia del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Falcón, Venezuela. Docente de Pre y Post Grado UNEFM. +58 4146970318 correo electrónico: mariadeluz100@gmail.com <https://orcid.org/0009-0000-2366-6081>
 2. Médico Cirujano Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM) Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM). Adjunto I en Ginecología y Obstetricia Centro Médico ImagenSalud. Falcón, Venezuela. +58 4120619000 correo electrónico: mcvargasv21@gmail.com <https://orcid.org/0009-0000-1489-1252>
Hospital "Dr. Rafael Calles Sierra". Falcón, Venezuela

Asesoramiento Genético Preconcepcional como oportunidad de detección de Factores de Riesgo No Genético para Anomalías Congénitas

Autores:

Armentano Viviana¹, Royo Ada María² Ojeda Leticia Irma^{1,2}

Condensación

La presente comunicación muestra el valor del asesoramiento genético preconcepcional como herramienta en la detección de factores de riesgo no genético para anomalías congénitas.

Palabras clave

Asesoramiento preconcepcional, riesgo, anomalías congénitas

Resumen

Objetivos: Caracterizar la población de personas con capacidad de gestar en edad reproductiva, que asistieron a consulta genética preconcepcional en instituciones de alta complejidad del sector público de la provincia de Mendoza, entre el 1/1/2024 y el 31/12/2024. Determinar los factores de riesgo prevalentes para defectos congénitos surgidos de dichas consultas, en el período señalado

Diseño: Estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de la consulta de genética y asesoramiento preconcepcional durante el año 2024. Se incluyeron 124 mujeres con deseo gestacional, que consultaron por infertilidad, abortos espontáneos, antecedentes de muerte fetal o hijos con malformaciones.

Resultados: Las pacientes estudiadas presentaron múltiples factores de riesgo no genético para anomalías congénitas, siendo prevalentes la obesidad (57.94%), el consumo de tóxicos como alcohol (33.06%), tabaco (25.80%) y cannabis (2,4%), el déficit de micronutrientes como las Vitaminas D (43.83%) y B12 (32%). No se observó déficit de ácido fólico en la muestra estudiada.

Abstract

Objectives: To characterize the population of women of reproductive age attending preconception consultations at a public hospital in Argentina, aiming to identify relevant risk factors for the prevention of congenital anomalies. To identify the prevalent risk factors for congenital defects arising from those consultations during the specified period.

Design: Retrospective study based on medical record review from the genetic preconception counseling clinic during 2024. The sample included 124 women with gestational intent who sought consultation due to infertility, spontaneous miscarriage, history of fetal death, or children with congenital malformations.

Results: The patients exhibited multiple non-genetic risk factors for congenital anomalies. The most prevalent were obesity (57.94%), exposure to toxic substances such as alcohol (33.06%), tobacco (25.80%) and cannabis (2,4%), and micronutrient deficiencies, particularly Vitamin D (43.83%) and Vitamin B12 (32%). No folic acid deficiency was observed in the sample studied.

Introducción

Las anomalías congénitas son un conjunto heterogéneo de alteraciones que incluyen defectos tanto estructurales como funcionales y que pueden encontrarse de manera aislada o asociada constituyendo síndromes. Asimismo, sus manifestaciones clínicas pueden ser observables desde el nacimiento o más tardíamente, como en el caso, por ejemplo, de algunas amenorreas primarias.

Según el reporte 2024 de la Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC), en nuestro país tres de cada diez niños nacen con alguna anomalía congénita y hasta el 10% de los niños presentan manifestaciones clínicas de las mismas antes de los 6 años. Además, son la segunda causa de mortalidad infantil después de la prematuridad. (1)

Las anomalías congénitas son entidades cuya patogenia se encuentra frecuentemente asociada a factores de riesgo que pueden actuar tanto en las etapas pre como intraconcepcional, muchos de los cuales pueden ser modificables(2). Aunque existen numerosos factores ambientales y condiciones clínicas maternas que aumentan la probabilidad de que ocurran estas alteraciones, el asesoramiento genético preconcepcional suele ser el único requerido en pacientes que tienen antecedente de infertilidad o un resultado perinatal adverso.

Por tal motivo, nos preguntamos cuáles son los factores de riesgo para anomalías congénitas que surgen de la evaluación preconcepcional realizada en el consultorio de genética a quienes son derivadas al mismo por el antecedente de infertilidad, patología congénita o muerte fetal.

Objetivos

Caracterizar la población de personas con capacidad de gestar en edad reproductiva, que asistieron a consulta genética preconcepcional en instituciones de alta complejidad pertenecientes al sector público de la provincia de Mendoza, entre el 1/1/2024 y el 31/12/2024.

Determinar los factores de riesgo prevalentes para defectos congénitos surgidos de dichas consultas, en el período señalado

Metodología

Diseño, población y muestra: estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal basado en la revisión de historias clínicas de 124 pacientes con deseo de gestar e historia de infertilidad o resultado perinatal adverso (mortalidad fetal, defectos congénitos) que concurrieron a consulta de asesoramiento genético preconcepcional en instituciones de alta complejidad del sector público durante el año 2024.

Variables estudiadas: el criterio de selección de las variables estudiadas se basó en la fuerza de asociación de las mismas con los defectos congénitos prevalentes en la población estudiada. En la tabla I se detalla la metodología de estudio de las mismas y los indicadores considerados para su evaluación.

TABLA I: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

Variable	Método de estudio	Indicador
Edad materna	Fecha de nacimiento	Años
Georreferencia	Domicilio	Zona urbana o rural
Estado nutricional	IMC	Menor de 19: desnutrición Mayor de 30: obesidad
Tabaco	Anamnesis	Mayor de 0 en los 3 meses anteriores al embarazo o durante el mismo
Alcohol	Anamnesis	Mayor de 0 en los 3 meses anteriores al embarazo o durante el mismo
Drogas de abuso	Anamnesis	Mayor de 0 en los 3 meses anteriores al embarazo o durante el mismo
Déficit de ácido fólico	ELISA (sangre venosa)	Menor de 2.7 ng/mL
Déficit de vitamina B12	Electroquimioluminiscencia (sangre venosa)	Menor de 300ng/ml*.
Déficit de vitamina D	Electroquimioluminiscencia (sangre venosa)	Menor de 20 ng/mL
Déficit de hierro	Sideremia espectrofotometría colorimétrica (sangre venosa)	Menor de 50 µg/dl
Exposición a virus de rubeola	Serología (ELISA)	Mayor o igual a 10 IU/mL

* Nota: valor de referencia con el objetivo de prevenir defectos del cierre del tubo neural (3)

Criterios de inclusión: pacientes que concurrieron en forma espontánea o derivadas a consulta genética preconcepcional por presentar historia de infertilidad o resultado perinatal adverso no asociado a causas obstétricas directas.

Criterios de exclusión: pacientes con resultado perinatal adverso asociado a patología obstétrica, historias clínicas incompletas para analizar.

Recolección de datos: los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de las pacientes, previo consentimiento informado de las mismas.

Registro de datos: los datos fueron registrados en planilla Excel

Análisis de los datos: se realizó a través de métodos de estadística descriptiva

Resultados

La edad promedio del grupo de pacientes estudiadas fue de 31 años (+/-16) y se observó que el 100% de las mismas habitan en zona urbana o urbano-marginal, dentro de los límites del Gran Mendoza.

Los motivos de derivación para consulta genética preconcepcional se presentan en la Tabla II.

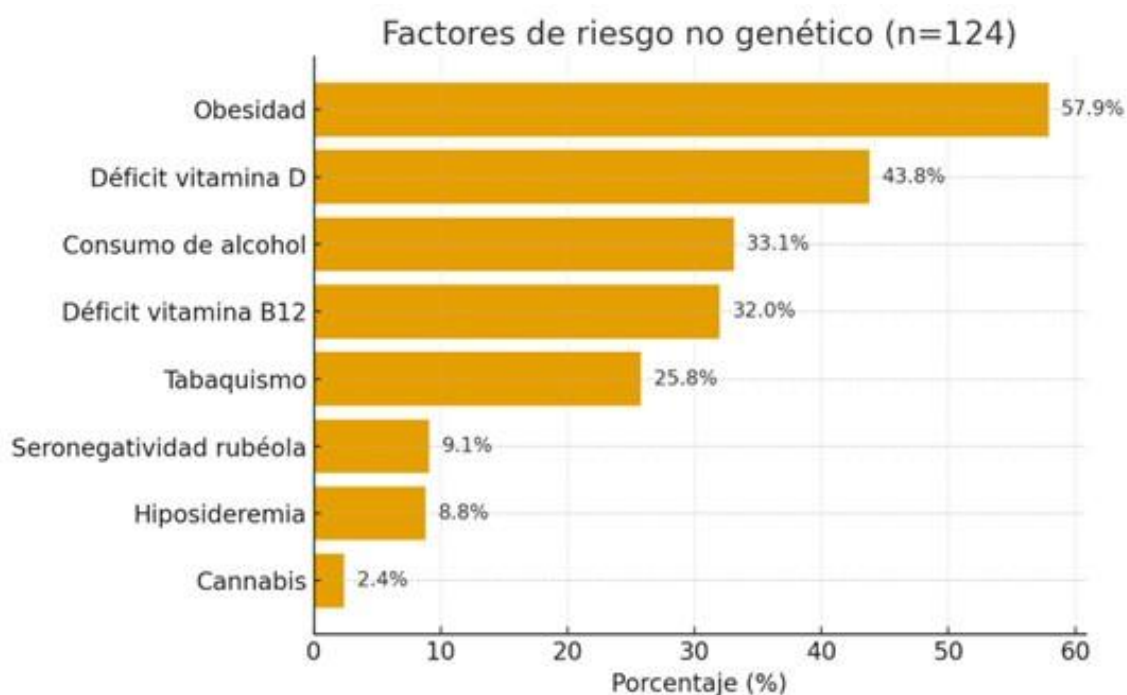
TABLA II - MOTIVOS DE DERIVACIÓN PARA CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS

Motivo de consulta preconcepcional	n	% *
Infertilidad primaria	81	65.3
-Baja reserva ovárica	7	5.6
Infertilidad secundaria	32	25.8
-Abortos o embarazos ectópicos previos	13	10.5
-Obstrucción tubaria	1	0.8
-Pacientes con al menos un hijo RN vivo y sano	18	14.5
Enfermedad autoinmune	1	0.8
Pareja igualitaria (gametas donadas)	1	0.8
Pareja con fibrosis quística	1	0.8
Nacimiento pretérmino previo	3	2.4
-Hidrops fetal previo	1	0.8
Nacimiento previo con feto polimalformado	1	0.8
Nacimiento previo con hernia diafragmática	1	0.8
Embarazo de término previo con muerte perinatal por anomalías congénitas	2	1.6
Embarazo de término con muerte perinatal de causa inexplicada	1	0.8
Total	124	100

*Todos los porcentajes fueron calculados sobre el total de la muestra

El gráfico I muestra los factores de riesgo asociados a los resultados adversos por los cuales las pacientes del grupo estudiado realizaron consulta genética preconcepcional. Se observó que la población estudiada presentaba una alta prevalencia de factores de riesgo no genéticos tales como obesidad (57,94%), tabaquismo (25,80%), consumo de alcohol (33,06%), déficit de vitamina B12 (32%), hiposideremia (8,8%), déficit de vitamina D (43,83%), seronegatividad para rubeola (9,09%) y consumo de cannabis (2,4%).

GRÁFICO I: FACTORES DE RIESGO NO GENÉTICO EN PACIENTES CON HISTORIA DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS ADVERSOS QUE CONCURRIERON A CONSULTA GENÉTICA PRECONCEPCIONAL



Discusión

El contexto epidemiológico argentino refleja importantes debilidades en la planificación reproductiva y el acceso temprano a los controles. De acuerdo con el Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G), el 63,6% de los embarazos no son planificados y solo el 40,7% de las mujeres accede a su primer control prenatal antes de la semana 13 de gestación (4). Esta situación está lejos de ser una problemática local, ya que se repite en todo el mundo, aún en países con alto nivel de ingresos(5).

La etapa periconcepcional es crítica para la embriogénesis, y las intervenciones deben iniciarse antes o en las primeras semanas de gestación para ser efectivas. Está ampliamente demostrado que la deficiencia de ácido fólico y vitamina B12 se asocia con un aumento significativo del riesgo de defectos de cierre del tubo neural (6-8). Aunque existe aún controversia acerca de la tasa de prevención de defectos de cierre del tubo neural que puede prevenirse con una suplementación adecuada de ácido fólico, el consenso general oscila entre el 50 y 60% (9)

Si bien el 79,4% de las mujeres recibe suplementación con hierro y folato, estas cifras deben analizarse críticamente a la luz de la baja planificación del embarazo y el inicio tardío del control prenatal, lo que sugiere que una proporción significativa de embarazos no se beneficiaría de la prevención primaria oportuna (4-7), aún cuando en nuestro país existe legislación gracias a la cual las harinas se encuentran fortificadas con ácido fólico (10). Sin embargo, en nuestro estudio observamos que ninguna de las pacientes con historia de anomalías congénitas que concurrieron a consulta preconcepcional presentaban déficit de ácido fólico sérico, constatable por las técnicas disponibles en nuestro país. Cabe señalar que si bien el estándar de oro diagnóstico para detectar el estado nutricional a largo plazo de folatos sería el dosaje del ácido fólico intraeritrocitario (11), dicha técnica no se encuentra disponible en nuestro medio.

En cuanto al déficit de hierro, existen estudios que muestran que el 96% de las mujeres en edad reproductiva tienen una ingesta diaria de hierro por debajo de los niveles recomendados durante el embarazo (12), y que en países de bajos y medianos recursos este déficit persiste aún cuando mejoran las tasas de desnutrición en la edad reproductiva (13). Se ha demostrado que afecta el desarrollo y función placentaria, así como la impronta genética y la programación fetal epigenética, condicionando la salud del producto de la concepción a corto y largo plazo. (14,15). También se ha relacionado con anomalías cardiovasculares fetales (16,17). El déficit de hierro es uno de los factores de riesgo que se observaron en las pacientes de nuestro estudio.

Asimismo, en coincidencia con diversos estudios que han vinculado la deficiencia materna de vitamina D con alteraciones en el neurodesarrollo, fisuras orofaciales y otros defectos estructurales (18-20), hemos detectado en nuestro estudio este déficit como un factor de riesgo asociado a la historia de resultados feto neonatales adversos en nuestras pacientes.

Dentro de las alteraciones nutricionales, la obesidad merece una consideración especial, ya que, en coincidencia con numerosas publicaciones que la asocian como factor de riesgo independiente a oligo y anovulación (21), subfertilidad, aborto recurrente (22-24) y diversas anomalías congénitas (defectos de cierre del tubo neural, cardiopatías, paladar hendido, atresia anorrectal, hidrocefalia, onfalocelo y acortamiento de extremidades) (25-27), ha resultado el factor de riesgo prevalente en el grupo de pacientes que estudiamos. Además, cabe señalar que la obesidad aumenta el riesgo de déficit de vitamina D por secuestro de la misma a nivel del tejido adiposo, por lo que el efecto deletéreo se potencia (28).

Con referencia al consumo de sustancias tóxicas, encontramos en nuestro estudio que tanto el consumo de alcohol como el de tabaco resultaron factores de riesgo prevalentes en el grupo de pacientes estudiadas. Estos hallazgos coinciden con la bibliografía que, además de describir al síndrome de alcohol fetal demuestra la asociación entre este tóxico y otros efectos como aborto, restricción de crecimiento fetal, muerte fetal intrauterina y parto pretérmino (29-32). Asimismo, existe evidencia que demuestra los mismos efectos adversos para el consumo de tabaco, a los que se agrega el desprendimiento de placenta normoinsera (33-37).

Un aspecto que merece especial atención es el consumo de cannabis, ya que en nuestro país existe un marco legal mixto que puede generar confusiones. La Ley **27.350 (38)** autoriza el uso medicinal del cannabis a través del programa REPROCANN, y la Ley **27.669 (39)** regula su producción con fines medicinales e industriales mediante la agencia ARICCAME. Sin embargo, el **uso recreativo** del cannabis con contenido psicoactivo sigue siendo **ilegal**, y la Ley 23.737 solo despenaliza la tenencia para consumo personal, no así el cultivo (40).

En nuestra población, el **2,4%** de las pacientes reportó consumo de cannabis. Aunque la evidencia aún presenta controversias y heterogeneidad metodológica, un metaanálisis acumulativo reciente mostró que la **exposición prenatal al cannabis podría aumentar el riesgo de anomalías congénitas**, incluyendo defectos del sistema gastrointestinal, nervioso central, cardiovascular, genitourinario y **fisuras orales** (41).

Finalmente, cabe destacar que, en un país en el que la vacunación contra rubeola es obligatoria, el 9% de las pacientes estudiadas son seronegativas para rubeola, lo cual permitió a través de la consulta preconcepcional detectar un factor de riesgo evitable a través de una intervención sencilla y accesible (42).

Conclusiones

El asesoramiento genético preconcepcional en nuestra sección resultó una oportunidad clave para la detección y corrección de factores de riesgo ambientales, previo a la planificación del embarazo.

La asesoría preconcepcional para prevención de resultados adversos tanto maternos como perinatales debería ser una prioridad en salud pública. En el caso particular de las anomalías congénitas, una proporción significativa de las mismas está relacionada con factores modificables como deficiencias nutricionales, enfermedades maternas no controladas, exposición a sustancias teratogénicas y estilos de vida poco saludables. En este contexto, el asesoramiento genético y preconcepcional se presenta como una herramienta clave para la identificación y modificación de factores de riesgo antes de la concepción.

Bibliografía

1. Registro Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC). Informe Anual 2024. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
2. Christianson A, Howson CP, Modell B. *March of Dimes Global Report on Birth Defects*. March of Dimes Birth Defects Foundation; 2006.
3. Molloy AM, Kirke PN, Troendle JF, et al. Maternal vitamin B12 status and risk of neural tube defects in a population with high neural tube defect prevalence and no folic Acid fortification. *Pediatrics* 2009;123(3):917-923. doi:10.1542/peds.2008-1173
4. Perinatal para la Gestión (SIP- G18). Indicadores básicos 2018. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. República Argentina.
5. Benedetto C, Borella F, Divakar H, et al. FIGO Preconception Checklist: Preconception care for mother and baby. *Int J Gynecol Obstet*. 2024;165:1-8. doi:10.1002/ijgo.15446
6. Moos, Merry-K. et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 199, Issue 6, S280 – S289
7. Wald NJ, Law MR, Morris JK, Wald DS. Quantifying the effect of folic acid. *BMJ*. 2001;322(7284):1399–403.
8. Green R. Vitamin B12 deficiency from the perspective of a practicing hematologist. *Blood*. 2017;129(19):2603–11.

9. Crider KS, Qi YP, Yeung LF, et al. Folic acid and the prevention of birth defects: 30 years of opportunity and controversies. *Annu Rev Nutr.* 2022;42:423- 452.
10. Honorable Congreso de la Nación Argentina Ley 25630/2002. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25630-77088/texto>
11. Díaz ML, Linares V. Valoración del estado de vitamina B12 y folatos. *Hematología* 2015; 19 (3): 264-265.
12. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet.* 2018;391:1830-1841.
13. Caulfield LE, Elliot V, Program in Human Nutrition, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, for SPRING. Nutrition of Adolescent Girls and Women of Reproductive Age in Low- and Middle- Income Countries: Current Context and Scientific Basis for Moving Forward. Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project; 2015.
14. King JC. A summary of pathways or mechanisms linking preconception maternal nutrition with birth outcomes. *J Nutr.* 2016;146:1437S- 1444S.
15. Montagnoli C, Santoro CB, Buzzi T, Bortolus R. Maternal periconceptional nutrition matters. A scoping review of current literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35:8123- 8140.
16. Clément-Jones M, et al. Maternal iron deficiency alters embryonic cardiovascular development. *Nat Commun.* 2021;12:3447.
17. Yang J, et al. Iron intake, iron status and risk of congenital heart defects: A case-control study. *Int J Cardiol.* 2019;293:162–7.
18. Beard JA, et al. Vitamin D deficiency alters fetal brain development in BALB/c mice. *Neuroscience.* 2015;293:92–108.
19. Daraki V, et al. High maternal vitamin D levels early in pregnancy may protect against behavioral difficulties at preschool age. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(1):79–88.
20. Shin M, et al. Early pregnancy vitamin D status and risk of selected birth defects. *Birth Defects Res.* 2022;114(1):1–12.
21. Brewer CJ, Balen AH. The adverse effects of obesity on conception and implantation. *Reproduction* 2010;140:347-64.
22. Silvestris E, de Pergola G, Rosania R, Loverro G. Obesity as disruptor of the female fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2018;16:22
23. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Obesity and reproduction: a committee opinion. *Fertil Steril* 2015;104:1116-26.
24. Cavalcante MB, Sarno M, Peixoto AB, et.al. Obesity and recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res* 2019;45:30-8
25. D'Souza R, Horyn I, Pavalagantharajah S, et.al. Maternal body mass index and pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2019;1(4):100041

26. Waller DK, Shaw GM, Rasmussen SA, et.al. National Birth Defects Prevention Study. Pregnancy obesity as a risk factor structural birth defects. Arch Pediatr Adolesc Med.2007; 161:745-50.
27. Werler MM, Louik C, Shapiro S, et.al. Prepregnancy weight in relation to risk of neural tube defects. JAMA. 1996 Apr 10;275(14):1089-92
28. Khashan AS, Kenny LC. The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome. Eur J Epidemiol. 2009;24(11):697-705.E
29. Jacob CM, Killeen SL, McAuliffe FM, et al. Prevention of noncommunicable diseases by interventions in the preconception period: a FIGO position paper for action by healthcare practitioners. Int J Gynecol Obstet. 2020;151:6- 15.
30. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low- moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. BJOG. 2007;114:243- 252.
31. Muggli E, Matthews H, Penington A, et al. Association between prenatal alcohol exposure and craniofacial shape of children at 12 months of age. JAMA Pediatr. 2017;171:771- 780.
32. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta- analysis. Lancet Glob Health. 2017;5:e290- e299.n period and its importance for future health. Lancet. 2018;391:1830- 1841.
33. Ojeda, L. I., Valencia G, C. M., Cardozo Buitrago, N., Anumba, D., Gudu, W., Bianchi, A., & Jacobson, B., on behalf of the FIGO Committee for Preterm Birth. (2025). Federation of Gynecology and Obstetrics good practice recommendations on preconception care: A strategy to prevent preterm birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 00(1), 1–14. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70495>
34. Andres RL. Perinatal complications associated with maternal smoking. Semin Neonatol. 2005;5:231- 241.
35. Pintican D, Poienar AA, Strilciuc S, Miha D. Effects of maternal smoking on human placental vascularization: a systematic review. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019;58:454- 459.
36. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, et al. Smoking cessation in pregnancy: an update for maternity care practitioners. Tob Induc Dis. 2019;17:57.
37. Avşar TS, McLeod H, Jackson L. Health outcomes of smoking during pregnancy and the postpartum period: an umbrella review. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21:254.
38. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 27350/2017. Disponible en : <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27350-273801/normas-modifican>
39. Honorable Congreso de la nación Argentina. Ley 27669/2022. Disponible en : <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27669-365303/texto>
40. Honorable Congreso de la nación Argentina. Ley 23737/1989. Disponible en : <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion>

41. Tadesse AW, Ayano G, Dachew BA, et al. The association between prenatal cannabis use and congenital birth defects in offspring: A cumulative meta-analysis. *Neurotoxicol Teratol.* 2024;102:107340. doi:10.1016/j.ntt.2024.107340
 42. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Calendario Nacional de vacunación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>
-

1. Departamento Ginecología, Perinatología, Salud Reproductiva, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina
2. Unidad Docente Tocoginecología, Facultad de Ciencias médicas, U:N:Cuyo, Argentina

Calidad de Atención Médica Percibida por las Pacientes en el Internado del Servicio de Ginecología en Hospital Público Materno Infantil durante el Año 2024/2025

Autores:

Bonini María Fernanda¹, Tolaba Fátima Andrea¹, Miranda Camila² Rivas Hugo²

Condensación: La calidad percibida de la atención ginecológica fue alta, entre "como se lo esperaba" y "mejor de lo esperado".

Resumen

Objetivo: Medir la calidad de atención percibida por pacientes del servicio de Ginecología del HPMI.

Materiales y métodos: Estudio analítico observacional, de corte transversal, realizado entre junio/2024 - enero/2025. Participaron pacientes de entre 18 y 60 años internadas. Se aplicó la encuesta validada SERVQHOS (19 ítems) al alta, y se puntuaba en una escala de Likert. Los datos se analizaron con RMEDIC, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach y otras estadísticas univariantes. **Resultados:** Muestra de 150 pacientes, edad media de 34,7 años. El 74% "no tenía cobertura de salud" y el 69% ingresó por urgencia. Nivel educativo más frecuente fue "secundaria incompleta" (31%). La fiabilidad fue alta ($\alpha=0,976$). Las dimensiones más altas: información médica (4,13), confianza y seguridad (4,07), amabilidad (4,07) y preparación del personal (4,07). Los aspectos más bajos: información a familiares (3,56), comodidad de habitaciones (3,62) y señalización extrahospitalaria (3,69). La media general fue de 3,89.

Palabras Clave: Atención percibida. Calidad de atención. SERVQHOS.

Abreviaturas: HPMI: Hospital Público Materno Infantil.

Abstract

Objective: To assess the perceived quality of care among patients admitted to the Gynecology Department of HPMI. **Materials and Methods:** An observational, analytical, cross-sectional study conducted between June 2024 and January 2025. The study included hospitalized patients aged 18 to 60 years. The validated SERVQHOS survey (19 items) was administered at discharge, using a Likert scale for scoring. Data were analyzed with RMEDIC software; Cronbach's alpha coefficient and other univariate statistics were applied. **Results:** The sample comprised 150 patients, with a mean age of 34.7 years. Of these, 74% had "no health coverage" and 69% were admitted through the emergency department. The most frequent educational level was "incomplete secondary" (31%). Reliability was high ($\alpha = 0.976$). The highest-rated dimensions were medical information (4.13), trust and safety (4.07), kindness (4.07), and staff preparedness (4.07). The lowest-rated aspects were information provided to relatives (3.56), room comfort (3.62), and external hospital signage (3.69). The overall mean score was 3.89.

Introducción

La salud, reconocida como un derecho humano fundamental, debe ser garantizada por los Estados a través de los servicios de salud, cuyos componentes centrales son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Partiendo de esta base, La Organización Mundial de la Salud[i] define calidad de atención como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Asimismo, se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.

Diversos autores como Donabedian[ii], Grönroos[iii], Alvarado[iv] y Petracci[v] han resaltado la importancia de la calidad en la salud, la perspectiva de los pacientes y han definido calidad percibida como la amplitud de la discrepancia que existe entre las expectativas del paciente y sus percepciones, existiendo factores externos que pueden influenciarlas, tales como experiencias previas, factores culturales, sociales, políticos y estilos de vida.

Desde los organismos internacionales como la ONU[vi] y la OPS[vii], se promueve una atención sanitaria segura y de calidad, en línea con los Objetivos de desarrollo sostenible; en consonancia con ello, nuestro país, se adoptado medidas a través del Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica (PNGCAM)[viii], que promueve el desarrollo de procesos para asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica. Por último, en el ámbito local, la ley N°6.841 de la provincia de Salta, establece que los hospitales deben “Brindar el mejor nivel de calidad independiente de su nivel de complejidad”.

En este marco, se realizaron estudios que evalúan la percepción de calidad en la atención médica mediante el cuestionario SERVQHOS. En la Unidad de Quemados del Hospital Universitario de Getafe[ix], por ejemplo, se registró una puntuación media de satisfacción general fue de 3,7 de la escala de Likert. En servicios de Oncología[x] mostró una satisfacción global de $4,04 \pm 0,82$ y de Dermatología[xi] la puntuación media fue de $4,17 \pm 0,796$. También hubo estudio en nuestro país, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis crónica[xii], con satisfacción media global de 3,81. Estos antecedentes refuerzan la necesidad de indagar la calidad de los servicios desde la óptica del usuario.

En el caso del internado de ginecología, esta necesidad se vuelve aún más apremiante, dada la vulnerabilidad física y emocional que atraviesan muchas de sus pacientes. El contacto frecuente, las prácticas invasivas y el componente íntimo de la atención requieren un enfoque empático, informado, humanizado y de calidad.

Esta investigación tuvo como propósito explorar desde la perspectiva de las pacientes la satisfacción percibida con el servicio de internado de ginecología del Hospital Público Materno Infantil; Para ello, se analizarán distintas dimensiones que conforman la calidad asistencial, contrastando lo esperado por las pacientes con lo efectivamente percibido.

Objetivo General

- Medir el nivel de calidad de atención percibida por las pacientes asistidas por profesionales de la unidad de gestión de ginecología en Hospital Público Materno Infantil durante el junio del 2024 y enero del 2025.

Objetivos Específicos:

- Identificar los aspectos positivos y negativos de la atención desde la perspectiva de las pacientes.
- Establecer la relación entre el nivel de calidad de atención percibida por la paciente y distintas variables: edad, nivel de educación, cobertura de salud y tipo de ingreso hospitalario.

Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo analítico observacional de corte transversal. La población incluyó a pacientes que fueron asistidas en el internado, a cargo de profesionales pertenecientes a la unidad de gestión de Ginecología del Hospital Público Materno Infantil de Salta durante junio de 2024 a enero de 2025, a través de las variables sistematizadas incluidas en una encuesta validada, modelo SERVQHOS. Adicionalmente, a dichas variables se añadieron otras con el fin de aumentar la información de la percepción de los pacientes ingresados en esta institución.

El modelo SERVQHOS, que demostró una alta consistencia y una buena capacidad predictiva^[xiii]. Tal es así, que en la mayoría de los trabajos de investigación sobre la temática utilizan esta herramienta, que se basa en el “paradigma de la desconfirmación”, que expresa la diferencia entre lo que el cliente espera (expectativas) y lo que percibe (percepciones). Es decir que la satisfacción será tanto mayor cuanto más se superen estas expectativas. Entre sus ventajas destacan la facilidad, rapidez de respuesta y ofrece la oportunidad de monitorizar la calidad percibida por los pacientes y detectar potenciales áreas de mejora, permitiendo a la dirección y al personal tomar decisiones.

La encuesta consta de 19 preguntas, que combinan dos factores. El primero denominado Calidad Subjetiva, dado que los ítems que lo integran hacen todos referencia a aspectos totalmente subjetivos, difíciles de evaluar externamente y que sólo se basan en la mera opinión del paciente. El segundo factor, de Calidad Objetiva, contiene ítems que hacen referencia, en cambio, a aspectos que pueden ser susceptibles de comprobación, como el estado de conservación o limpieza de las habitaciones, la uniformidad del personal, la puntualidad en las consultas o la información que se facilita al paciente o sus familiares ^{xiii}.

La encuesta se aplicó al momento del alta, se explicó su contenido y fue respondida de forma anónima y totalmente voluntaria. Finalmente, se les indicó que debían depositarla en una urna situada en el sector de control de enfermería. La misma constaba de una única hoja, con dos partes: la primera con variables sociodemográficas (edad, cobertura de salud, nivel educativo y tipo de ingreso), y la segunda con 19 ítems vinculados a la calidad percibida, evaluados en

una escala de Likert, que va desde el 1 “la asistencia ha sido mucho peor de lo que esperaba” al 5 “mucho mejor de lo que esperaba”.

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial utilizando el software RMEDIC. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para valorar la fiabilidad del cuestionario.

Las variables se agruparon en subgrupos: edad, entre 18-35 años y 36-60 años; nivel educativo en pacientes de menor nivel educativo (primario en curso, incompleto y completo y secundario en curso e incompleto) y los de mayor nivel educativo (secundario completo y universitario/terciario en curso, incompleto o completo); cobertura de salud: con cobertura (obra social o prepaga) y sin cobertura; y los tipos de ingresos en programados y urgencias y se procedió a comparar los subgrupos.

Muestra

Debido a la imposibilidad material de realizar la totalidad de encuestas a la población bajo estudio, se tomó como muestra 150 pacientes aplicando un muestreo intencional no probabilístico. Estás participantes fueron asistidas en el servicio de internado de Ginecología del Hospital Público Materno Infantil de Salta durante ocho meses entre 2024-2025.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron pacientes entre 18 y 60 años, que sepan leer y escribir, y se encontraban internadas más de 24 hs a cargo de profesionales de la unidad de gestión de ginecología en el Hospital Público Materno Infantil en el periodo estudiado.

Criterios de Exclusión:

Se excluyó a pacientes que presenten alguna discapacidad cognitiva o retraso madurativo, pacientes que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio y pacientes en protocolo de ILE/IVE.

VARIABLES

- Edad de la paciente: tiempo vivido por una persona desde el nacimiento. Se incluyó el rango etario desde los 18 años hasta los 60 años.
- Nivel de estudio: el nivel de educación más alto que una persona ha alcanzado. En este estudio se tuvieron en cuenta los siguientes niveles: primario, secundario y terciario/universitario, que a su vez se dividieron en curso, incompletos y completos.
- Cobertura de salud: es la forma en que la paciente se encuentra cubierta por algún prestador o financiador de salud. Se incluyeron los siguientes ítems: sin cobertura, con obra social o medicina prepaga.
- Ingreso hospitalario: es la aceptación de un paciente para su atención médica, que implica ocupar una cama hospitalaria durante el período mínimo de 24 hs. Este ingreso puede ser a través de un ingreso programado o una urgencia médica.

- Calidad de atención: grado por el cual los procesos de la atención incrementan la probabilidad de resultados deseables para la salud y reducen la probabilidad de resultados no deseados. Se clasificó en 1 correspondiente a "mucho peor de lo que esperaba", 2 a "peor de lo que esperaba", 3 a "como me lo esperaba", 4 a "mejor de lo que esperaba" y 5 a "mucho mejor de lo que esperaba".

Consideraciones Éticas

En el presente trabajo de investigación se codificaron los datos recolectados para proteger la identificación de la población objetivo de estudio. Previo a la obtención de los datos se obtuvo el consentimiento de las pacientes, mediante la firma de un formulario de consentimiento informado. A su vez, la institución dio el aval correspondiente para la obtención, manipulación y publicación de los resultados obtenidos. Para ello se gestionó una disposición interna, posterior a la evaluación realizada por el área de gestión de conocimiento de este protocolo. Respetando de esta manera la Ley 25326 (Ley de habeas data) y RM 1480/2011 para investigación en seres humanos.

Resultados

Participaron 150 pacientes de entre 18 y 60 años, con una edad media de 34.71 años. La fiabilidad del instrumento fue alta ($\alpha=0.976$). Respecto a los factores sociodemográficos con mayor frecuencia fueron las pacientes con secundario incompleto, con una proporción del 31% (IC 95%: 24% - 38%) y las pacientes sin cobertura de salud representaron el 74% (IC:95%: 67%-81%). En relación con la modalidad de ingreso de las personas encuestadas, el 69% corresponde a ingresos por urgencia (IC 95%: 62%-76%). La media general del valor SERVQHOS de los 19 ítems es de 3.886 (d.t. 0.165). La puntuación media en el factor Calidad Subjetiva fue de 3.96 (d.t. 0.1) y la media en el factor Calidad Objetiva fue de 3.80 (d.t. 0.18). Los resultados de cada ítem de la encuesta se muestran en la siguiente tabla.

	MUCHO PEOR DE LO QUE ME ESPERABA (1)	PEOR DE LO QUE ME ESPERABA (2)	COMO ME LO ESPERABA (3)	MEJOR DE LO QUE ME ESPERABA (4)	MUCHO MEJOR DE LO QUE ME	MEDIA	d.t.	MODA
CALIDAD SUBJETIVA						3.96	0.11	
AMABILIDAD DEL PERSONAL	1,3	8	16,7	30,7	43,3	4,067	1,021	5
COMPRESION DE LAS NECESIDADES	2,7	6,7	18,7	28,7	43,3	4,033	1,064	5
SEGURIDAD Y CONFIANZA	1,3	4	21,3	32,7	40,7	4,073	0,949	5
DISPOSICION PARA LA AYUDA	2,7	10	19,3	30	38	3,907	1,101	5
INTERES POR CUMPLIR PROMESAS	1,3	6	36,7	30	26	3,733	0,96	3
PREPARACION DEL PERSONAL	0,7	2,7	24	34,7	38	4,067	0,887	5
RAPIDEZ DE RESPUESTA	2,7	6,7	27,3	30	33,3	3,847	1,047	5
TRATO PERSONALIZADO	2	6,7	25,3	23,3	42,7	3,98	1,085	5
INTERES DE ENFERMERIA	4	4,7	20	29,3	42	4,007	1,084	5
INTERES POR SOLUCIONAR PROBLEMAS	2,7	8,7	22	28,7	38	3,907	1,089	5
CALIDAD OBJETIVA						3.80	0.18	
APARIENCIA DEL PERSONAL	0,7	6,7	24	30,7	38	3,98	0,976	5
TIEMPO DE ESPERA	8	4,7	28,7	22,7	36	3,74	1,223	5
COMODIDAD DE LAS HABITACIONES	5,3	8,7	32,7	25,3	28	3,62	1,139	3
INFORMACION QUE DA EL MEDICO	1,3	4,7	22	24	48	4,127	0,999	5
SEÑALIZACIONES EXTRAHOSPITALARIAS	1,3	5,3	44	22	27,3	3,687	0,977	3
PUNTUALIDAD DE LAS CONSULTAS	3,3	7,3	30	27,3	32	3,773	1,082	5
SEÑALIZACION INTRAHOSPITALARIA	0	6,7	35,3	26,7	31,3	3,827	0,954	3
INFORMACION A FAMILIARES	6,7	11,3	27,3	28,7	26	3,56	1,184	4
TECNOLOGIAS BIOMEDICAS	0	5,3	30,7	32	32	3,907	0,915	5

TABLA 1: Porcentaje en cada opción de respuesta y estadísticas univariantes de los ítems del cuestionario servqhos de la totalidad de las pacientes. N=150

Los aspectos individuales mejor valorado fueron “información que da el medico”, (4,127 d.t. 0.999); “Confianza y seguridad”, (4,073 d.t. 0,949); “Amabilidad del personal”, (4,067 d.t. 1,021) y “preparación del personal”; (4,067 d.t. 0,887).

Por otro lado, los aspectos peor valorados fueron: “información a familiares”, (3,56 d.t. 1,184); “comodidad de las habitaciones”, (3,62 d.t. 1,139) y “señalizaciones extrahospitalarias” (3,687 d.t. 0,977).

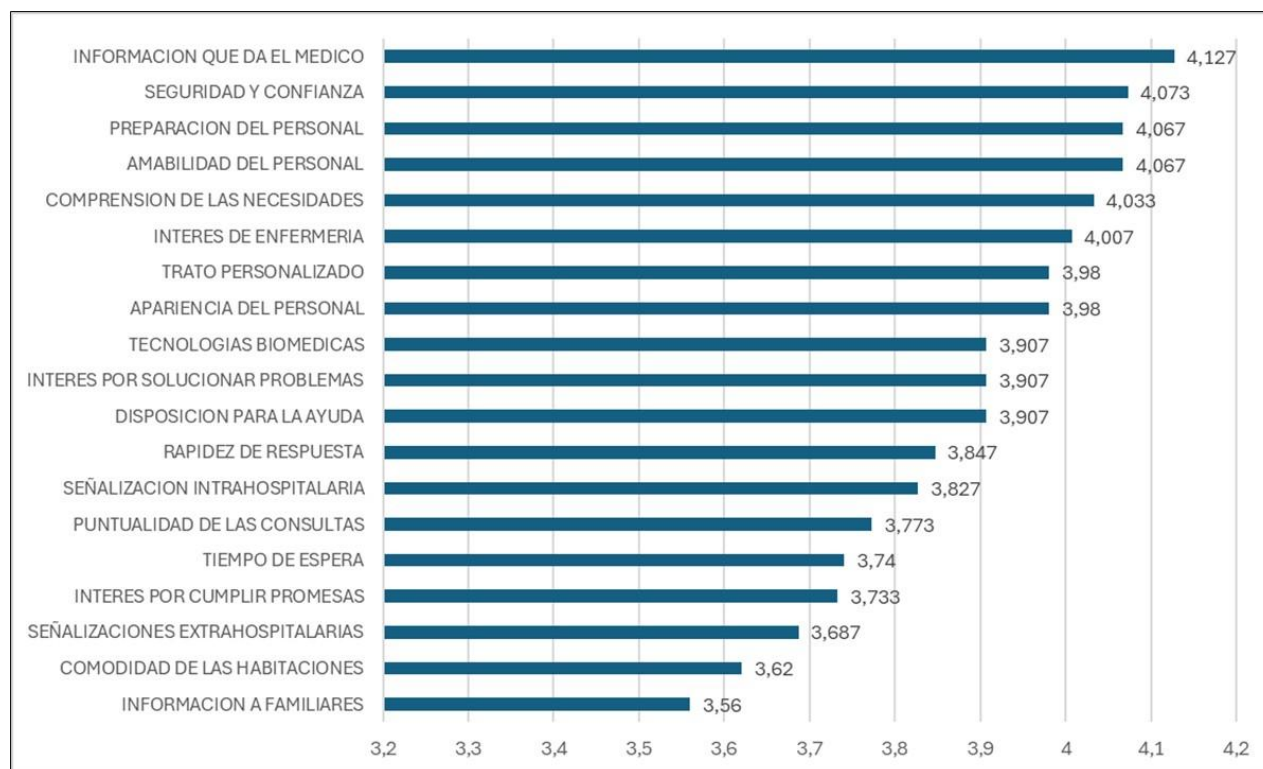


Tabla 2: valoración de los ítems ordenados de forma decreciente.

De la comparación de los subgrupos, no encontramos mayores diferencias en cuanto al nivel de satisfacción manifestada, con excepción de las pacientes con menor nivel educativo que muestran una mejor valoración, que se resume en la tabla 3, por lo que del resto de los subgrupos no hacemos ningún comentario al respecto.

Variable	Menor educación	Mayor educación
Amabilidad del personal	4.127	4.013
Apariencia del personal	4.113	3.873
Comprensión de necesidades	4.127	3.949
Seguridad y confianza	4.070	4.076
Disposición para la ayuda	3.915	3.899
Tiempo de espera	3.817	3.671
Comodidad de habitaciones	3.930	3.342
Información que da el médico	4.239	4.025
Interés por cumplir promesas	3.831	3.646
Señalización extrahospitalaria	3.859	3.532
Preparación del personal	4.113	4.025
Puntualidad de las consultas	3.887	3.671
Rapidez de respuesta	3.958	3.747
Señalización intrahospitalaria	4.042	3.633
Trato personalizado	4.070	3.899
Interés de enfermería	4.113	3.911
Interés por solucionar problemas	3.986	3.835
Información a familiares	3.817	3.329
Tecnologías biomédicas	4.042	3.785

Tabla 3: valoración de los subgrupos: Pacientes de menor educación vs. pacientes de mayor educación.

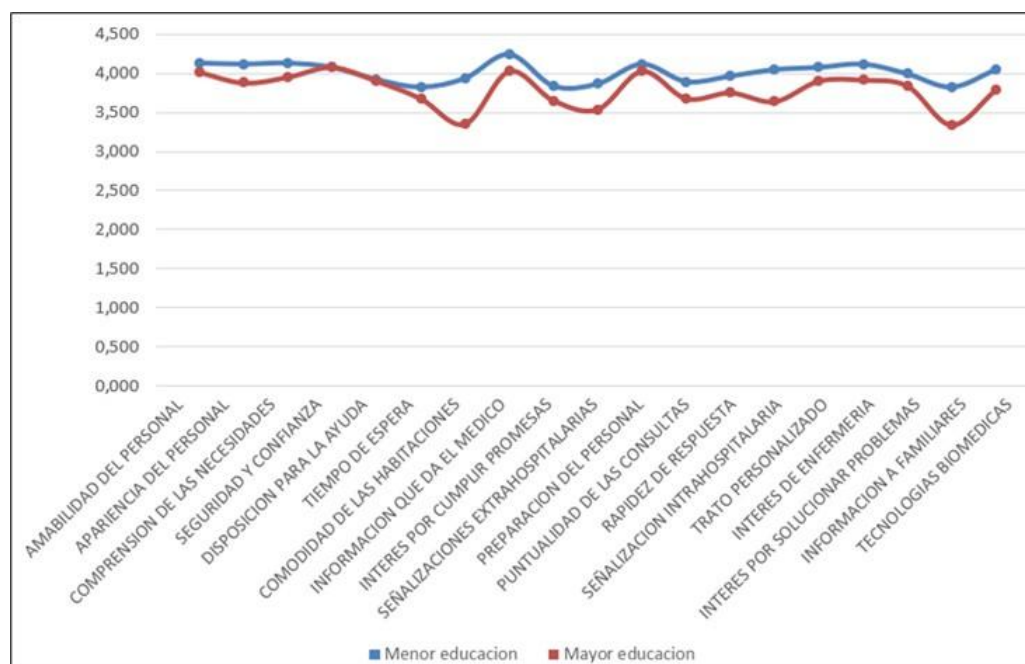


Tabla 4: comparación Pacientes de menor educación vs. mayor educación.

Observamos que los Ítems con mayores diferencias a favor del grupo con menor educación fueron: Comodidad de las habitaciones (+0,588), Información a familiares (+0,488), Señalización intrahospitalaria (+0,409), Señalizaciones extrahospitalarias (+0,327) y Tecnologías biomédicas (+0,257).

Discusión

Todos los sistemas de salud deben aspirar a brindar un servicio de alta calidad, es decir que incluyan la atención adecuada, en el momento adecuado, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios y minimizando los daños y el desperdicio de recursos. Esto se debe a que la atención médica de calidad aumenta la probabilidad de resultados de salud deseados y es consistente con siete características medibles: efectividad, seguridad, identidad, puntualidad, equidad, integración de atención y eficiencia^[xiv].

La importancia del estudio de la calidad de la atención médica radica en que se ponen en evidencia las desigualdades y diferencias en el estado y atención de la salud de distintos grupos sociales y, por otro lado, brinda elementos de análisis que orientan la toma de decisiones en la planificación sanitaria, los programas de salud y el gerenciamiento de servicios sanitario^[xv].

Medir la calidad percibida por el paciente hace referencia a una valoración más global del cuidado y atenciones hospitalarias, por ello, actualmente se está abriendo paso una nueva estrategia de organización y diseño de los procesos asistenciales, en la cual se hace hincapié en que dichos procesos deben diseñarse considerando la satisfacción tanto de las necesidades como de las expectativas de los pacientes ^[xvi].

Entre otras razones, este tipo de medición facilita la toma de decisiones para la gestión de la calidad, al tiempo que se supone que condiciona y es antecedente de la Satisfacción del paciente^[xvii].

Mediante el SERVQHOS se mide las opiniones del paciente sobre la calidad técnica y funcional del servicio, esto debe ser así, ya que los pacientes deben contribuir de manera decisiva en la definición de lo deseable o indeseable de la atención sanitaria ^{xvi}.

Estos cuestionarios se han utilizado en los hospitales para distintos servicios, como en enfermería^[xviii], atención ambulatoria en ginecología y obstetricia^[xix] y cirugías ambulatorias ^{xx}.

En este trabajo, se presenta un cuestionario diseñado para el ámbito hospitalario público y que reúne la ventaja de un número reducido de ítems (19), facilidad y rapidez de la respuesta, que abarca los elementos básicos en la evaluación de la calidad percibida, incluyendo la calidad de la atención sanitaria y que, a diferencia de otras propuestas, combina expectativas y percepciones para obtener una medida compatible con el “paradigma de la desconfirmación”.^{xiii}

Por otro lado, hay que recordar que se trata de una medida de calidad percibida, y no de la calidad técnica que ofrece el hospital, que debe estar sujetas a otras mediciones.

Respecto a la percepción global del presente trabajo, la cual fue de 3.886 (d.t. 0.165), es decir entre “como me lo esperaba” y “mejor de lo que esperaba”, que se correlaciona con estudios como de Monteagudo ^{xvi} donde la puntuación SERVQHOS global fue de $3,87 \pm 0,30$; o el trabajo

de investigación de la Unidad de Quemados del Hospital Universitario de Getafe ^{ix} donde la puntuación media de satisfacción general fue de 3,7.

Asimismo, comparando la media de los factores de calidad subjetivos fue de 3.96 (d.t. 0.11) y de calidad objetiva de 3.80 (d.t. 0.18), con una leve ventaja del primero, muestra coincidencia con la investigación de Mira Solves ^{xiii}, la puntuación media en el factor Calidad Subjetiva fue de 3.82 (d.t. 0.88) y la media en el factor Calidad Objetiva fue de 3.48 (d.t. 0.79).

Sin embargo, en otros estudios se observó una menor aprobación por parte de las pacientes como dos estudios realizados en Medio Oriente refieren una valoración del servicio desfavorable desde la percepción del usuario ^[xx].

Si observamos los aspectos individuales, los mejor valorado se encuentran “información que da el medico”, (4,127 d.t. 0.999); “Confianza y seguridad”, (4,073 d.t. 0,949); “Amabilidad del personal”, (4,067 d.t. 1,021) y “preparación del personal”; (4,067 d.t. 0,887). En los otros estudios de referencia, también se han observado algunos de estos ítems como los mejores valorados: “amabilidad del personal” y “confianza y seguridad” ^{xiii xvi}.

Por otro lado, los aspectos peor valorados en este trabajo fueron: “información a familiares”, (3,56 d.t. 1,184); “comodidad de las habitaciones”, (3,62 d.t. 1,139) y “señalizaciones extrahospitalarias” (3,687 d.t. 0,977). Que también fueron las peores valoradas en estudios de referencias ^{xiii xvi}.

El SERVQHOS, también se ha aplicado en la evaluación de servicios de oncología en mujeres con cáncer de mama, donde la información proporcionada por los médicos y la amabilidad del personal fueron los aspectos destacados y las falencias del servicio se relacionaron con la información brindada a los familiares ^x.

Conclusión

Las encuestas SERVQHOS son válidas y confiables para evaluar la calidad percibida de pacientes en un área de salud. La calidad percibida global en el Servicio de internado de ginecología del HPMI tiene una media general de 3.886 (d.t. 0.165), es decir que las pacientes percibieron una atención entre "como se lo esperaba" y "mejor de lo esperado", destacándose los ítems relacionados al ámbito profesional como “información que da el medico”, “Confianza y seguridad”, “Amabilidad del personal” y “preparación del personal” y los menos valorados fueron “información a familiares”, “comodidad de las habitaciones”, y “señalizaciones extrahospitalarias”. Valorándose en conjunto mejor los factores subjetivos sobre los objetivos. Por último, las pacientes con menor nivel educativo mostraron una mayor satisfacción. No hubo diferencias significativas en los otros subgrupos. Estos resultados evidencian fortalezas del equipo de salud y aspectos organizativos que podrían mejorarse.

Bibliografía

[i] Organización Mundial de la Salud. Quality of care [Internet]. 2024 [citado 1 mayo 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

[iii] Donabedian A. The Lichfield lecture. Garantía de calidad en la atención de salud: el papel del consumidor. Rev Calid Asist. 2001;16:102-6.

- [iii] Grönroos C. Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios. 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2004.
- [iv] Alvarado R, Femeni D, Moran V. Percepción de los usuarios sobre la calidad de atención que reciben en el Centro de Salud N°34 de la Villa Potrerillos, Luján de Cuyo, Mendoza durante el segundo semestre del 2018 [tesis]. Mendoza: UNCuyo; 2018.
- [v] Petracci M, Hernández P, Minvielle M, Sánchez N, Cordero M. Calidad en atención de la salud. Serie seminarios salud y política pública: seminario V. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2004.
- [vi] Organización Mundial de la Salud. Quality health services [Internet]. 2020 [citado 1 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- [vii] Organización Panamericana de la Salud. Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud [Internet]. 2020 [citado 1 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud>
- [viii] Ministerio de Salud de Argentina. Calidad de atención médica [Internet]. 2023 [citado 1 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica>
- [ix] Gómez C, García R, De los Reyes N, Fernández J, Holguín P. Patient satisfaction in a Spanish burn unit. Burns. 2019;45(2):341-7.
- [x] Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De la Villa-Santoveña M, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Vegas-Pardavila E. Analysis of satisfaction in women with recent diagnosis of breast cancer. Multicenter study in oncology services. Rev Calid Asist. 2011;26(5):306-14. doi:10.1016/j.cali.2011.06.006
- [xi] Prada-García C, Benítez-Andrades JA. Evaluation of the satisfaction of patients seen in the dermatology department of a Spanish tertiary hospital. Healthcare (Basel). 2022;10(8):1560. doi:10.3390/healthcare10081560. PMID: 36011218; PMCID: PMC9408560.
- [xii] Hernández Meca ME, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. Soc Esp Enferm Nefrol. 2005;8(2):90-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200002
- [xiii] Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Med Preventiva. 1998;IV:12-8.
- [xiv] Organización Mundial de la Salud, OECD, Banco Mundial. Delivering quality health services: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 1 mayo 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>
- [xv] Espínola SR. Accesibilidad y calidad de la atención médica. Informe técnico. Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires: UCA; 2019.
- [xvi] Monteagudo O, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Rev Calid Asist. 2003;18(5):263-71. doi:10.1016/S1134-282X(03)77619-2

[xvii] Mira JJ, Buil A, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. Gac Sanit. 1997;11:176-89.

[xviii] Borré Ortiz YM, Vega Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc Enferm. 2014;20(3):81-94. doi:10.4067/S0717-95532014000300008

[xix] Muñoz Juárez SH, Hernández CdC, Ávila O. Calidad en el cuidado de pacientes de atención ambulatoria de los servicios de ginecología y obstetricia. J Negat No Posit Results. 2021;6(2):244-57.

[xx] Numpaque-Pacabaque A, Rocha-Buelvas A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. Rev Fac Med. 2016;64(4):715-20. doi:10.15446/revfacmed.v64n4.54839

1. Médica, Residente Tocoginecología

2. Medica/o especialista en Tocoginecología

Hospital Público Materno Infantil de Salta

Sífilis Gestacional y sus Complicaciones Perinatales en el Hospital Público Materno Infantil entre el Periodo de enero 2020 a diciembre 2024.

Autores:

Dra Ruiz Mauger, Milagros; Dra Ortiz, Bryanna Belén; Dra Méndez, Macarena Inés; Dra Paredes, Noelia; Dr Rizzotti, Carlos.

Resumen

Objetivos:

Determinar la situación epidemiológica de sífilis gestacional y sus complicaciones perinatales.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio analítico observacional, tipo longitudinal retrospectivo con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron todas las gestantes con diagnóstico de sífilis que tuvieron su parto en el Hospital Público Materno Infantil de Salta Capital en el período comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre del 2024 y las comorbilidades del recién nacido. Se excluyó a pacientes con pruebas treponémicas negativas, con registros incompletos en la historia clínica o en Sistema Informático Perinatal (SIPOB). Se utilizaron bases de datos obtenidas a través del programa ACCESS, procesadas en EXCEL y analizadas con el software en línea RMEDIC. Posteriormente, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial (Test de Chi Cuadrado) con un $\alpha = 0.05$ para una p significativa < 0.05 .

Resultados:

La muestra fue de 653 pacientes con sífilis gestacional, con una prevalencia del 3.4% en el periodo. La media de edad fue de 24.5 años. El 81.8% presentó controles prenatales inadecuados. Un 41,8% realizó tratamiento completo. La sífilis gestacional se asoció significativamente a resultados perinatales negativos: APGAR bajo ($p < 0.01$). Los recién nacidos con sífilis congénita fueron 185 (28,33%) y presentaron como manifestaciones clínicas más frecuentes exantema macular (47%), neurosífilis (22.1%) y neumonía alba (21.8%).

Conclusión

La prevalencia de sífilis gestacional en nuestro nosocomio fue menor a la nacional (5.5%). Esta patología se asoció significativamente a resultados perinatales negativos como APGAR bajo, no así con bajo peso, prematuridad, reanimación e ingreso a UTIN.

ABSTRACT

Objectives:

To determine the epidemiological situation of gestational syphilis and its perinatal complications.

Materials and methods:

A retrospective, longitudinal, observational, analytical study was conducted with non-probability convenience sampling. All pregnant women diagnosed with syphilis who delivered at the HPMI of Salta, Capital, between January 1, 2020, and December 31, 2024, as well as newborn comorbidities, were included. Patients with negative treponemal tests, incomplete records in their medical records, or in the Perinatal Information System (SIPOB) were excluded. Databases obtained through the ACCESS program were processed in EXCEL and analyzed with the online software RMEDIC. Descriptive and inferential statistical techniques (Chi-square test) were subsequently applied, with an $\alpha = 0.05$ for a significant $p < 0.05$.

Results:

The sample consisted of 653 patients with gestational syphilis, with a prevalence of 3.4% during the period. The mean age was 24.5 years. 81.8% had inadequate prenatal care. 41.8% received full treatment. Gestational syphilis was significantly associated with negative perinatal outcomes: low APGAR ($p < 0.01$). The newborns with congenital syphilis numbered 185 (28.33%), and the most frequent clinical manifestations were macular rash (47%), neurosyphilis (22.1%), and pneumonia alba (21.8%).

Conclusion:

The prevalence of gestational syphilis in our hospital was lower than the national prevalence (5.5%). This condition was significantly associated with negative perinatal outcomes such as low APGAR scores, but not with low birth weight, prematurity, resuscitation, and NICU admission.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan un problema de salud pública a nivel mundial. Anualmente se registran

más de 376 millones de nuevos casos de ellas, de los cuales 6 millones corresponden a sífilis.¹ En Argentina, la tasa de prevalencia de sífilis en población general es de 57 casos cada 100.000 habitantes y se refleja un incremento sostenido, con prevalencia en las diferentes etapas de la adolescencia.²⁻³

Esta patología es un problema grave cuando afecta a una mujer gestante dado a que se transmite verticalmente al feto, generando complicaciones tales como abortos espontáneos, hidrops neonatal, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte en el recién nacido. La sífilis gestacional se diagnostica en toda mujer embarazada, púérpera o con abortos recientes, con pruebas no treponémicas reactivas confirmadas con pruebas treponémicas.⁷ Su tratamiento se realiza con penicilina benzatínica, dependiendo del estadio clínico en el cual se encuentra.⁵

Para lograr disminuir la prevalencia de sífilis gestacional y así disminuir la morbi-mortalidad materno perinatal se realizan los controles prenatales de manera precoz, continua y completa, por medio de la identificación oportuna, la prevención y manejo de los factores de riesgo.⁶

Se presume infección congénita a todos los casos de infección por sífilis materna durante el embarazo.⁴ Las manifestaciones clínicas son extraordinariamente polimorfas y se pueden presentar en 2 estadios: sífilis congénita precoz y sífilis congénita tardía.⁸ La sífilis congénita precoz o temprana se denomina a la que se presenta desde el recién nacido hasta los 2 o 3 años. La forma clínica es inespecífica y puede observarse en otras infecciones intrauterinas. Entre ellas encontramos: Restricción del crecimiento intrauterino, Lesiones mucocutáneas, Hepatoesplenomegalia, Exantema maculopapular en las palmas y las plantas, Alteraciones hematológicas, alteraciones renales, anomalías óseas, entre otras.⁴ La sífilis congénita tardía es aquella que se manifiesta después del 3 al 4 año habiendo el niño sufrido o no lesiones precoces, especialmente en aquellos no tratados. Su detección y tratamiento en el periodo perinatal evita estas complicaciones. La infección suele ser más difundida y generalizada cuando es precoz, y más localizada cuando exterioriza sus manifestaciones tardías.⁸

Objetivos

Propósito

La realización del presente trabajo tiene como finalidad mostrar la importancia del fortalecimiento de las medidas de promoción, prevención y control de la forma de transmisión, de manera que se pueda contribuir con la implementación de diagnósticos en forma precoz, establecer un tratamiento oportuno y disminuir la morbimortalidad materno infantil.

Objetivo General

Determinar la situación epidemiológica de sífilis gestacional en el Hospital Público Materno Infantil (HPMI) entre el periodo comprendido de enero 2020 a diciembre 2024.

Objetivos Específicos

- Establecer la prevalencia de sífilis gestacional y congénita en la población del HPMI en el periodo descrito.
- Caracterizar a la población según variables demográficas.
- Determinar los resultados perinatales de pacientes con sífilis gestacional y recién nacidos con sífilis congénita.
- Describir las complicaciones fetales más frecuentes en nuestra población.

Materiales y Métodos

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio analítico, observacional, longitudinal y retrospectivo.

Material

Se incluyeron las gestantes que tuvieron su parto en el HPMI (19840 pacientes) en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024.

Variables

- **Edad:** Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en el que se realizó el estudio. Se considerará en años.
- **Gestaciones:** Número de embarazos previos al corriente. Se clasificará en “primíparas” cuando no presente embarazos previos y “multíparas” cuando presente uno o más embarazos previos.
- **Nivel educativo:** Grado mayor de escolaridad alcanzado por la paciente. Se clasificará en: “Ninguno”, “primario”, “secundario” o “terciario”.
- **Número de controles prenatales:** Se define por el número de veces que la paciente acudió a una consulta previo al parto, basado en las recomendaciones de la OMS ¹⁷. Se clasificará en: “Suficiente” si el número es mayor a 8 e “Insuficiente” si el número es igual o menor a 7.
- **Inicio del control prenatal:** Se define según las semanas de gestación a las cuales se iniciaron los controles prenatales. Se clasificará en “precoz” si fue antes de las 14 semanas y “tardío” si fue igual o posterior a estas.
- **Hábitos tóxicos:** Consumo de cualquier sustancia tóxica para la madre y el feto. Se clasificará en “positivo” y “negativo”.
- **Sífilis materna:** VDRL positiva con prueba treponémica positiva

- **Tratamiento materno:** Se define como: “completo”; si presentó tres dosis de penicilina asociado a tratamiento de su pareja e “incompleto”; si no cumple con los criterios establecidos anteriormente .
- **Resultados perinatales:** Para evaluar los resultados perinatales de acuerdo a lo encontrado más frecuentemente en la bibliografía estudiada, se evalúan una serie de variables:

o **Peso según edad gestacional:** Se obtiene a partir del peso en gramos que se registre del recién nacido al momento de su nacimiento en relación a la edad gestacional, clasificado según tablas de referencia en: “adecuado”, “pequeño” o “grande” para la edad gestacional

o **Apgar:** Puntaje del score de Apgar en el primer o en el quinto minuto de vida. Se clasificará en “vigoroso”, si fue mayor a 5 en ambas oportunidades y en “bajo” si fue menor o igual a 5

o **Edad gestacional:** Se define como la edad gestacional al momento del nacimiento. Se clasificará en “prematureo” si es menor a 37 semanas o “término” si es mayor o igual a 37 semanas

o **Reanimación:** Se clasifica como “presente” o “ausente” según se hayan realizado alguna de las siguientes medidas: Necesidad de estimulación, oxígeno, aspiración, intubación, Masaje cardíaco

o **Muerte fetal intraútero:** Se define como aquella situación en la cual se presentó ausencia de actividad cardíaca aun cuando el feto se encontraba intraútero.

o **VDRL en el recién nacido:** Se define según el resultado de la prueba no treponémica en el recién nacido. Se clasifica como “positiva”, “negativa” o en casos de no poseer el registro “sin registros”

o **Ingreso a UTIN:** Necesidad de ingreso al servicio de terapia intensiva neonatal inmediatamente posterior al parto.

o **Patologías más frecuentes en recién nacidos con sífilis congénita**

Criterios de Inclusión

- Pacientes que ingresaron al centro obstétrico del HPMI entre 1 de enero de 2020 y 31 de diciembre de 2024 (tanto parto vaginal como cesárea)
- Resultado de laboratorio con VDRL positiva y Prueba treponémica positiva.

Criterios de Exclusión

- VDRL positiva con Prueba treponémica negativa
- Información incompleta en los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) o Historia clínica perinatal básica (HCPB).

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y se aplicaron los criterios de selección. La muestra obtenida fue de 653 pacientes.

Metodología de Estudio

El estudio se realizó solicitando al servicio de informática del HPMI datos de todas las pacientes cuyo parto fue asistido en el hospital en dicho periodo, los cuales se obtuvieron mediante el programa Access. Se excluyó a las pacientes con VDRL negativa y a las que presentaban VDRL positiva con prueba confirmatoria negativa. Se generó una base de datos en excel con las variables a estudiar. Por medio de dicho programa se analizó cada variable por separado y en conjunto. Se incluyeron las tablas en el software en línea RMEDIC.

Por otro lado, se estudiaron las historias clínicas de los recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en búsqueda de las manifestaciones clínicas precoces que se presentaron en cada caso en particular.

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el software en línea RMEDIC. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial (Test de Chi Cuadrado) con un $\alpha = 0.05$ para una p significativa < 0.05 .

Consideraciones Éticas

El presente trabajo de investigación se ajusta a la RM 1480/2011 (investigación en seres humanos) para proteger la identificación de la población de estudio, se codificó la información de los datos recolectados.

Debido a que los datos serán obtenidos del sistema informático perinatal se obtuvo la autorización correspondiente de la institución para la obtención, manipulación y publicación de los resultados obtenidos mediante disposición interna posterior a la evaluación realizada por la unidad de gestión de conocimiento.

Resultados

Se estudiaron un total de 19864 pacientes que tuvieron su parto en el HPMI entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024. Se aplicaron los criterios de selección, quedando un total de 653 pacientes ($n=653$). La media de edad fue de 24.5 años. En cuanto al nivel educativo se observó que 528 pacientes (80,85%) presentaban secundario completo. Un total de 362 pacientes fueron multíparas (50,40%). De todas las pacientes, 118 (18,07%) presentaban consumo de alguna sustancia tóxica durante su embarazo . (Tabla 1)

Se estudiaron las características del control prenatal en las pacientes estudiadas. Se observó que 529 pacientes (81,80%) presentaban un control insuficiente de su embarazo . En cuanto al

inicio de los mismos, 353 pacientes (45,90%) iniciaron sus controles antes de las 14 semanas. (Tabla 1)

Se analizaron los datos del tipo de tratamiento realizado tanto por las pacientes como sus parejas, obteniéndose como resultado que un 58,2% resultó incompleto o no realizó tratamiento. (gráfico 1)

Se analizó en conjunto a la variable Tratamiento materno con las variables en estudio y se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 2). De las pacientes que presentan tratamiento incompleto, 246 (64,47%) tienen entre 20 y 30 años. En cuanto al nivel educativo, 298 (78,42%) de las pacientes con tratamiento incompleto presentan secundario completo. Las pacientes multíparas son 223 y representan un 58% de las pacientes con tratamiento incompleto. De las pacientes con tratamiento incompleto, 74 (19,47%) refirió consumo de sustancias tóxicas durante su embarazo. En relación a los controles prenatales de las pacientes con tratamiento incompleto, 317 (83,32%) presentaban un control insuficiente, y 188 (49,48%) los iniciaron de manera tardía.

Se presentaron 10 casos de muerte fetal intrauterina. En 7 de ellas se registró un tratamiento incompleto.

Se compararon los resultados perinatales con el tratamiento materno, obteniéndose los siguientes resultados (Tabla 3):

1. Existe asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento materno con el resultado del score de APGAR al momento del nacimiento (Gráfico 2)
2. No existe asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento materno con la edad gestacional al momento del nacimiento, el peso en relación con la edad gestacional, el ingreso a UTIN y la necesidad de reanimación.

Se estudiaron las manifestaciones clínicas presentes en los recién nacidos con VDRL positiva (n=185), siendo ellas, en orden decreciente de frecuencia, exantema macular (47%), neurosífilis (22,1%), neumonía alba (21,08%), hepatoesplenomegalia (5,4%) y anemia (4.3%). Disponibles en el gráfico 3.

TABLA 1: Distribución de frecuencias de las variables en estudio (n=653)

VARIABLE	CATEGORÍA	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
EDAD	<20 años	110	16,80%
	Entre 20 y 30 años	460	70,40%
	Entre 30 y 40 años	80	12,25%
	>40 años	3	0,45%
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	1	0,15%
	Primario	88	13,47%
	Secundario	528	80,85%
	Universitario	36	5,51%
GESTACIONES	Múltipara	362	55,40%
	Primípara	291	44,56%
HÁBITOS TÓXICOS	Positivo	118	18,07%
	Negativo	535	81,92%
NÚMERO DE CPN	Suficiente	124	18,90%
	Insuficiente	529	81,80%
INICIO DEL CPN	Precoz	353	54,95%
	Tardío	300	45,90%
TIPO DE TRATAMIENTO	Completo	273	41,80%
	Incompleto	380	58,20%

TABLA 2: Relación entre variable “Tratamiento materno” y las variables en estudio. (n=653)

VARIABLE	CATEGORÍA	TRATAMIENTO COMPLETO (n=273)		TRATAMIENTO INCOMPLETO (n=380)	
		FA	FR	FA	FR
EDAD	<20 años	46	(16,84%)	64	(16,84%)
	Entre 20 y 30 años	196	(71,79%)	264	(64,47%)
	Entre 30 y 40 años	30	(1,09%)	50	(13,15%)
	>40 años	1	(0,36%)	2	(0,52%)
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	1	(0,36%)	0	(0%)
	Primario	32	(11,72%)	56	(14,73%)
	Secundario	230	(84,24%)	298	(78,42%)
	Universitario	10	(3,66%)	26	(6,84%)

GESTACIONES	Múltipara	139	(50,91%)	223	(58,68%)
	Primípara	134	(49,08%)	157	(41,31%)
HÁBITOS TÓXICOS	Negativo	229	(83,88%)	306	(80,52%)
	Positivo	44	(16,11%)	74	(19,47%)
NÚMERO DE CPN	Suficiente	61	(22,24%)	63	(16,57%)
	Insuficiente	212	(77,65%)	317	(83,42%)
INICIO DEL CPN	Precoz	161	(59,97%)	192	(50,52%)
	Tardío	112	(41,02%)	188	(49,48%)

TABLA 3: Relación entre variable “Tratamiento materno” y resultados perinatales. (n=653)

VARIABLE	CATEGORÍA	TRATAMIENTO COMPLETO (n=273)		TRATAMIENTO INCOMPLETO (n=380)		Test Chi cuadrado
		FA	FR	FA	FR	P
EDAD GESTACIONAL	Prematuro	38	(13,91%)	65	(17,19%)	0,32
	Término	235	(86,06%)	315	(82,89%)	
PESO AL NACER	Adecuado	249	(91,92%)	343	(90,26%)	0,73
	Pequeño	9	(3,29%)	15	(5,49%)	
	Grande	15	(5,49%)	19	(5%)	
APGAR	Vigoroso	269	(98,53%)	362	(95,26%)	0,04
	Bajo	4	(1,46%)	18	(4,73%)	
REANIMACIÓN	Negativo	220	(80,58%)	294	(77,36%)	0,37
	Positivo	53	(19,41%)	86	(22,63%)	
INGRESO A UTIN	Aloj. Conjunta	224	(82,95%)	284	(74,73%)	0,05
	Neonatología	49	(17,94%)	89	(25,26%)	

Gráfico 1: Frecuencia de la variable tipo de tratamiento (n=653)

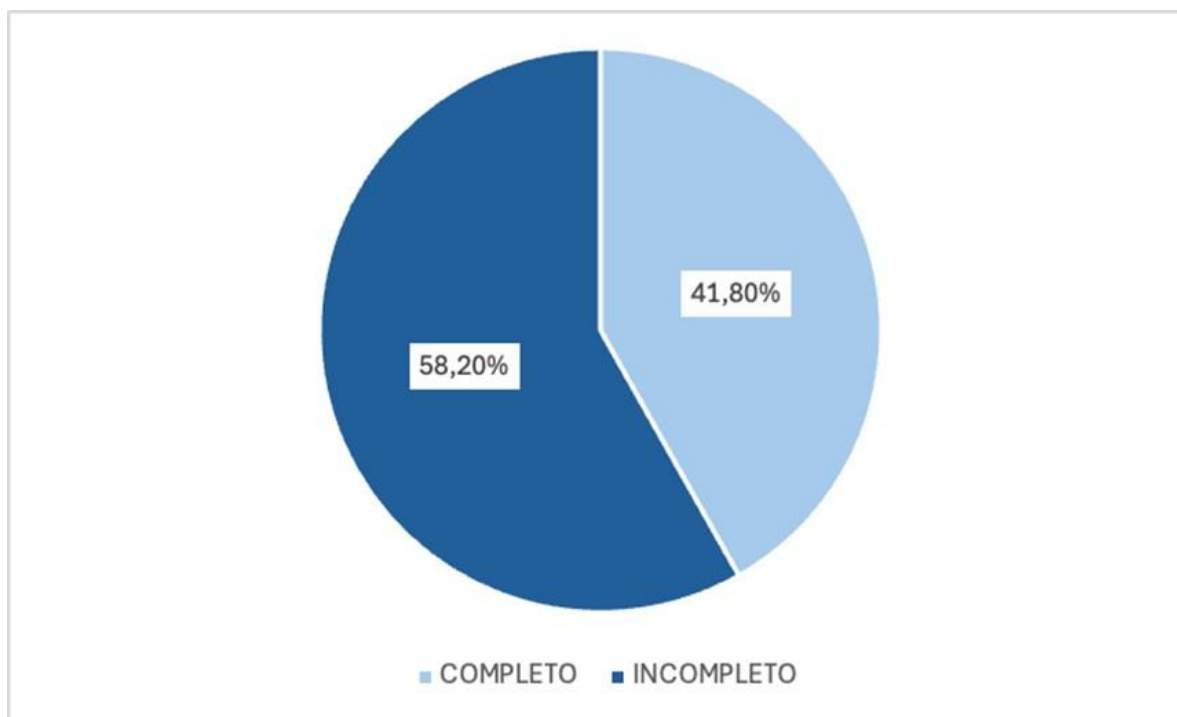


Gráfico 2: Distribución del score de APGAR según tratamiento materno (n=653)

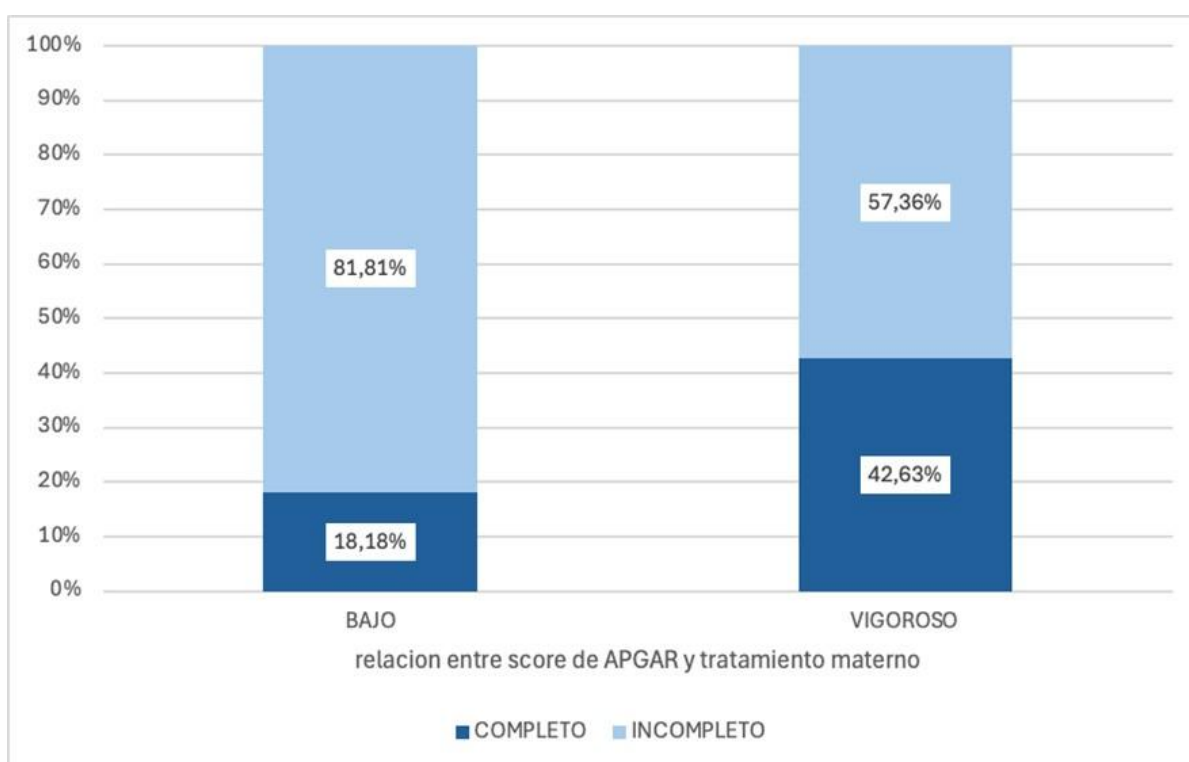
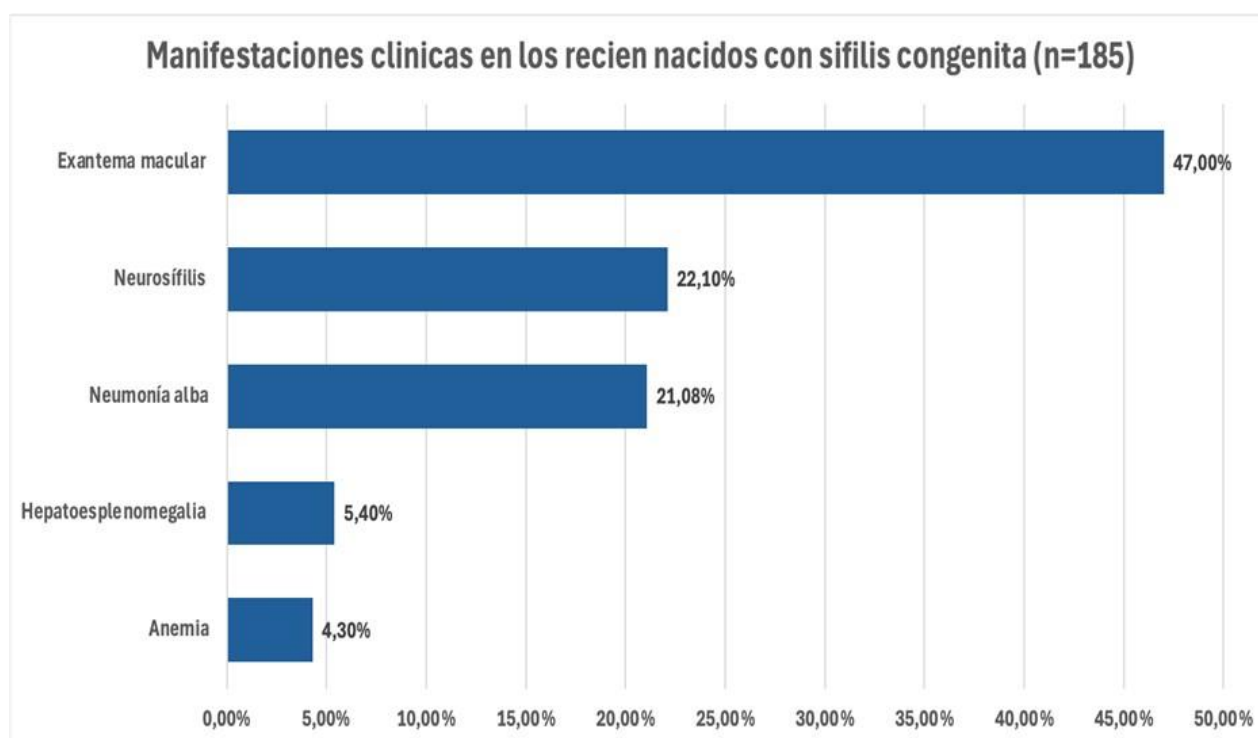


Gráfico 3: Manifestaciones clínicas más frecuentes en recién nacidos con sífilis congénita (n=185)



Discusión

Los resultados expuestos anteriormente se obtuvieron mediante la utilización de carnet perinatales. Consideramos que resulta un elemento extremadamente útil siempre y cuando el llenado y carga de datos sea el correcto. En nuestro trabajo, consideramos oportuno recalcar que muchos de los datos se encontraban incompletos, por lo que resultó una de las barreras más importantes para la realización del mismo.

La sífilis, a pesar de ser una enfermedad fácilmente diagnosticable y tratable, cuyo único reservorio es el ser humano y las vías de transmisión son limitadas, sigue estando en el mapa de la problemática de salud pública en varias regiones del mundo, especialmente en Latinoamérica. A pesar de contar con múltiples políticas de salud pública en casi todos los países, representa aún una enfermedad de transmisión sexual de alta prevalencia. En Argentina también se observan regiones con mayor prevalencia que otras, siendo el centro y el Noreste las regiones más afectadas. Particularmente, en el presente trabajo se encontró que la prevalencia de sífilis gestacional en base a nuestra fuente de recolección de datos fue menor a la nacional (3.4% frente a 5.5%).¹⁸

La importancia del diagnóstico precoz de sífilis gestacional radica en la disminución de complicaciones materno-fetales. Es por esto que se debe cumplir cabalmente la recomendación de OMS de efectuar las pruebas diagnósticas durante la gestación. Por otra parte, también se resalta la importancia de efectuar la primera prueba diagnóstica tan pronto como sea posible, ya que se tiene evidencia que hay mayores riesgos de complicaciones materno-fetales cuando este diagnóstico se hace recién en el tercer trimestre de embarazo, en comparación con el primer y segundo trimestre.

Se estima que el tratamiento óptimo de la sífilis durante el embarazo reduce el riesgo de sífilis congénita en un 97%, la muerte fetal en un 82%, el parto prematuro en un 64% y la mortalidad neonatal en un 80%.¹²

En nuestra población, el 45% de las pacientes con sífilis no inicia sus controles prenatales de manera temprana y además, más del 50% de nuestras pacientes no cumplen con el tratamiento correcto y completo. Todo esto hace que el diagnóstico de la sífilis durante el embarazo se retrase y por lo tanto aumenten los casos de sífilis congénita. La causa puede corresponder a la dificultad para la accesibilidad al sistema de salud, sumado a las barreras socioeconómicas encontradas en nuestra población, como ser la multiparidad, embarazo adolescente, hábitos tóxicos durante el embarazo.

La sífilis gestacional presenta como una de las principales complicaciones al parto prematuro, tal como los resultados obtenidos en un estudio realizado en Venezuela por Coromoto Marrero y Cols ¹³. Por el contrario, en nuestra población, no se evidencio que exista una asociación estadísticamente significativa entre la prematuridad y la sífilis durante el embarazo, donde el 45% de los recién nacidos fueron prematuros aun habiendo realizado un tratamiento completo.

Otra de las complicaciones más frecuentes, es la presencia de bajo peso al nacer. Esta premisa se comprobó en estudios realizados en Paraguay por [Leguizamón, Vega Bogado](#) y [Godoy](#) ¹⁴ y en Colombia por [Holguín Barrera](#) y cols ¹⁵. Por el contrario, en nuestro estudio, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el peso al nacer y la sífilis gestacional correctamente tratada. Es así que este resultado puede deberse a otras comorbilidades presentes en los recién nacidos, como la prematuridad o el consumo de sustancias tóxicas presentes en una parte significativa de nuestras pacientes.

El score de APGAR al nacer es un elemento que sirve para valorar la adaptación fetal a la vida extrauterina. No tiene la capacidad de predecir la salud futura del recién nacido. En diversos estudios, como el realizado por [Chavarro y Bois](#) ¹⁶, se asoció a la sífilis con el APGAR bajo al nacer, al igual que en nuestro estudio.

Finalmente, se destaca la importancia del seguimiento epidemiológico tanto materno como neonatal, para poder lograr una base de datos fidedigna que permita la recolección y posterior análisis de los datos, de manera que se puedan implementar medidas para mejorar la calidad de atención en el binomio madre-hijo.

Conclusiones

- La prevalencia de sífilis gestacional en el HPMI en el periodo descrito fue del 3.4%.
- La población presenta bajo número de controles prenatales y de adherencia al tratamiento.
- El apgar bajo al nacimiento es una complicación asociada a la sífilis gestacional y su tratamiento incompleto.
- No encontramos asociación significativa entre el tratamiento y el bajo peso al nacer, prematuridad, necesidad de reanimación e ingreso a UTI asociados a dicha patología.

Recomendaciones

1. Realizar VDRL como prueba de escrutinio en toda pareja con vida sexual activa, con énfasis en la embarazada que acude a control prenatal realizando la prueba en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo.
2. Realizar VDRL a toda embarazada a su ingreso a los servicios de urgencias, aun cuando consultara por otra patología. No perder oportunidad del contacto con los servicios de salud
3. Una prueba no treponémica con diluciones inferiores a ocho (1,2,4) no descarta la infección por tanto es necesario realizar un nuevo control serológico a los 15 días para determinar incremento de los títulos.
4. Iniciar el tratamiento lo más precozmente posible e informar a las pacientes de las medidas para evitar re infecciones o transmisión vertical.
5. Control y seguimiento del recién nacido para un adecuado registro epidemiológico y por consecuencia, el correcto llenado de historias clínicas perinatales.

Referencias Bibliográficas

- Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. La sífilis materna no tratada y los resultados adversos del embarazo: una revisión sistemática y un metanálisis. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2013; 91: 217-26.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Vigilancia de enfermedades de transmisión sexual, 2018. Atlanta, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2019
- TRAMONT EC. Treponema pallidum (Syphilis). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and practice of infectious diseases (4ª ed). Churchill Livingstone, New York, 1995, pp 2117-2133.
- Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Pautas para la atención perinatal. 8ª ed. Elk Grove Village, IL: Academia Estadounidense de Pediatría, 2017.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Directrices para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, 2015 MMWR 2015 64 (3): 1-140.
- Casas-P. RL, Rodríguez M, Rivas J. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente? [Internet]. Rev Colomb Obstet Ginecol. el 30 de marzo de 2009;60(1):49–56 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/353/371>
- Ricardo Iván Álvarez Carrasco, set. 2018. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. Rev. Peru. ginecol. obstet. vol.64 no.3 Lima. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2095>
- Macêdo VC de, Lira PIC de, Frias PG de, Romaguera LMD, Caires S de FF, Ximenes RA de A. Risk factors for syphilis in women: case-control study. Rev Saude Pública.

- [Internet]. 2017 Ago; 51: 78 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138335/133814>
- World Health Organization. Eliminación mundial de la sífilis congénita : fundamentos y estrategia para la acción. The global elimination of congenital syphilis : rationale and strategy for action. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43856>
 - Organización Panamericana de la Salud. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2022 Jul 23]. 58 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51791>
 - Corrales SC. Importancia epidemiológica del diagnóstico temprano en el manejo de sífilis gestacional y congénita, falla terapéutica del tratamiento secundaria a demora en el diagnóstico. Rev Salud Bosque. 2013;3(2):43–8. [citado 2022 Jul 23]. Disponible en: <https://revistas.unboedu.co/index.php/RSB/article/view/41/27>
 - [Emily Adhikari](#). 5 de enero de 2021. Sífilis en el embarazo. Contemporary OB / GYN, Vol 66 No 1 , Volumen Vol 66 , Número1
 - Coromoto Marrero y Cols. año 2023. Asociación de parto pretérmino en embarazadas con diagnóstico de sífilis. Salus.2023; 27(3):23-28. Valencia Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.
 - [Leguizamón, Rosa](#); [Vega Bogado, Maria Enilda](#); [Godoy, Gladys](#). Jun 2013. Sífilis en gestantes y en recién nacidos [Nac. \(Itauguá\)](#) ; 5(1): 28-33
 - [Mónica Liseth Holguín Barrera](#), y cols. Año 2020, Incidencia y consecuencias de la Sífilis Congénita sobre el peso y la prematurez en hijos de gestantes menores de 25 años. [Revista Neuronum](#), ISSN-e 2422-5193, [6, N°. 4, 2020](#), págs. 219-241
 - [María Silva-Chávarro, Ana](#); [Bois-Melli, Federico](#), año 2017, Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles. [Revista Mexicana de Pediatría, 2017, Vol 84, Issue 2, p54](#)
 - World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/250796>
 - Secretaría de Gobierno de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia N° 450, Semana Epidemiológica 19 [Internet]. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019 [citado 2022 Jul 23]. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/boletin-integrado-vigilancia-n451.pdf>
 - Organización Panamericana de la Salud. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2022 Jul 23]. 58 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51791>

Prophylactic oxytocin dose following vaginal birth to prevent postpartum hemorrhage: a systematic review and dose-response meta-analysis

Autores:

Hébert, V.; D'Souza, R.; Santesso, N.; Zeraatkar, D.; Oltean, I.; Furnivall, M.; Sadeghirad, B.; Darling, E.K.

OBJECTIVE: A systematic review and dose-response meta-analysis assessing the effect of different oxytocin prophylaxis doses on preventing postpartum hemorrhage after vaginal birth.

DATA SOURCES: MEDLINE, Embase, CINAHL, Web of Science, Global Health, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and ClinicalTrials.gov (inception-June 9, 2025), along with reference lists of eligible trials.

STUDY ELIGIBILITY CRITERIA: Randomized controlled trials comparing different intravenous or intramuscular doses of prophylactic oxytocin, or a single prophylactic dose with no oxytocin, following vaginal birth were included.

STUDY APPRAISAL AND SYNTHESIS METHODS: Two authors independently evaluated studies for inclusion and risk of bias. A random-effects dose-response metaanalysis was conducted using a one-stage approach with a restricted maximum likelihood heterogeneity estimator and modeled using restricted cubic splines to detect departure from linearity. Certainty of evidence was assessed using Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation methodology. Sufficient data were available to undertake a dose-response meta-analysis for blood loss ≥ 1000 mL, mean blood loss, blood transfusion, and use of additional uterotonics.

RESULTS: 13 studies involving 8961 participants were included, with oxytocin doses ranging from 2.5 to 80 IU. A J-shaped, nonlinear relationship was observed for blood loss ≥ 1000 mL, mean blood loss, and use of additional uterotonics. Doses of 4 to 10 IU resulted in 6 to 7 fewer individuals per 1000 experiencing blood loss ≥ 1000 mL (high certainty; risk with no oxytocin: 19 per 1000 individuals), likely 10 to 12 fewer individuals per 100 requiring additional uterotonics (moderate certainty; risk with no oxytocin: 26 per 100 individuals), but likely resulted in little to no difference in mean blood loss (moderate certainty). Lower doses (2.5-3 IU) likely reduced the risk of severe blood loss (moderate certainty) and may reduce additional uterotonic use (low certainty). At 20 IU, the risk of severe blood loss was probably reduced (moderate certainty), with possible diminishing returns at higher doses (low certainty). Additional uterotonics may Prophylactic oxytocin dose following vaginal birth to prevent postpartum hemorrhage: a systematic review and dose-response meta-analysis. 1 increase at doses ≥ 20 IU (low certainty). No dose-response relationship was observed for blood transfusion.

CONCLUSION: Available evidence suggests the optimal range for oxytocin prophylaxis after vaginal birth is 4 to 10 IU, with lower doses within this range offering the best balance of efficacy and safety. However, limitations in the evidence base, including narrow dose ranges, under-representation of high-risk populations, and inconsistent reporting of safety outcomes,

highlight the need for further research across clinical contexts. 13 studies involving 8961 participants were included, with oxytocin doses ranging from 2.5 to 80 IU. A J-shaped, nonlinear relationship was observed for blood loss ≥ 1000 mL, mean blood loss, and use of additional uterotonics. Doses of 4 to 10 IU resulted in 6 to 7 fewer individuals per 1000 experiencing blood loss ≥ 1000 mL (high certainty; risk with no oxytocin: 19 per 1000 individuals), likely 10 to 12 fewer individuals per 100 requiring additional uterotonics (moderate certainty; risk with no oxytocin: 26 per 100 individuals), but likely resulted in little to no difference in mean blood loss (moderate certainty). Lower doses (2.5-3 IU) likely reduced the risk of severe blood loss (moderate certainty) and may reduce additional uterotonic use (low certainty). At 20 IU, the risk of severe blood loss was probably reduced (moderate certainty), with possible diminishing returns at higher doses (low certainty). Additional uterotonics may increase at doses ≥ 20 IU (low certainty). No dose-response relationship was observed for blood transfusion. **CONCLUSION:** Available evidence suggests the optimal range for oxytocin prophylaxis after vaginal birth is 4 to 10 IU, with lower doses within this range offering the best balance of efficacy and safety. However, limitations in the evidence base, including narrow dose ranges, under-representation of high-risk populations, and inconsistent reporting of safety outcomes, highlight the need for further research across clinical contexts.

American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 234 Nr. 2 Páginas: 350 - 389
Fecha de publicación: 01/02/2026

After Hours

Autor:

Dr. Luis Daniel Flores - FRCOG
Director de Publicaciones de FASGO

Después de una jornada en el consultorio, quirófano o sala de partos, el cerebro suele estar en un estado de **fatiga por el trabajo con una** carga emocional alta. Has pasado el día procesando diagnósticos, gestionando expectativas de pacientes y manteniendo un nivel de alerta máximo.

La idea de esta sección de la Revista FASGO ES ayudarnos a desconectarnos de las situaciones mencionadas y activar el "modo reposo" o que nos transporten a realidades completamente distintas.

Para comenzar, y alejarnos de la literatura técnica- científica, es buscar un LIBRO. Aquí tenemos algunas recomendaciones divididas por el "ánimo" con el que busquemos:

1. Para apagar el "Modo Alerta": El **Confort Reading**

Si el día fue estresante, necesitas libros que se sientan como una manta cálida. Historias amables, sin conflictos desgarradores.

- **"La sociedad de la lectura de los amantes del pastel de piel de patata de Guernsey" (Mary Ann Shaffer):** Una novela epistolar encantadora, ligera y optimista sobre la conexión humana.
- **"El club de la buena estrella" (Amy Tan):** Historias sobre relaciones familiares que, aunque tienen su drama, son envolventes y reconfortantes.

2. Para el "Hambre de Ficción": Escapismo puro

Si lo que quieres es dejar de pensar en síntomas y protocolos, sumérgete en mundos donde las reglas son diferentes.

- **"Circe" (Madeline Miller):** Una reinterpretación de la mitología griega. La prosa es tan estética que te saca de las paredes blancas del consultorio al instante.
- **"El problema de los tres cuerpos" (Cixin Liu):** Ciencia ficción dura que expande la mente hacia el cosmos, ideal para relativizar los problemas del día a día.

3. Para la "Reflexión Suave": Ensayos no médicos

A veces, como médico, uno quiere seguir aprendiendo sobre el ser humano, pero desde una perspectiva filosófica o artística, no patológica.

- **"El infinito en un junco" (Irene Vallejo):** Una historia sobre los libros y el mundo antiguo. Es fascinante, está maravillosamente escrito y te recuerda la belleza de la civilización.
- **"Elogio de la sombra" (Jun'ichirō Tanizaki):** Un ensayo breve sobre la estética japonesa que te enseña a apreciar la calma y los detalles sutiles.

Consejos para el ritual de lectura post-consultorio

Evita el "Efecto Espejo": A menos que seas un apasionado absoluto, evita novelas sobre hospitales o enfermedades. Tu cerebro necesita saber que la jornada laboral ha terminado.

- **El formato importa:** Si tus ojos están cansados de mirar pantallas o expedientes, considera el **audiolibro** mientras conduces a casa o el **papel físico** para alejarte de la luz azul.
- **recomendación:** se recomienda leer 25 minutos de un libro físico, para resetear el sistema nervioso, mejorar la concentración, y mejora el sueño.

Escuela FASGO

Curso de Mastología
Prof. Dr. Renée del Castillo
Nivel 1



Director
Prof. Dr. Pedro
Daguerre

**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

**Curso de
Diversidad y
Embarazo**



Directora
Dra. Olga Marega

**Curso de
Ginecología
Oncológica**



Director
Dr. Gonzalo Franco

**Imágenes en
Obstetricia**
Interpretación e
Indicaciones.



Director
Dr. José Ochoa

**Curso de
Puerperio de
Alto Riesgo**



Directora
Dra. Leticia
Ojeda

**Riesgo Médico Legal
en la Práctica de
Tocoginecología**



Director
Dr. Roberto
Keklikian



FASGO

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Abdomen Agudo Ginecológico por Abordaje Mínimamente Invasivo



Directora
Dra. Matilde
Quaranta

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

Dolor pelviano crónico. Nuevos conceptos sobre diagnóstico y tratamiento



Director
Dr. Alejandro
González

Qué debemos saber y hacer en Osteopenia y Osteoporosis



Directora
Dra. Mabel
Martino

Consultas Frecuentes en la Urgencia Ginecológica



Directores
Prof. Tit.
Dr. Silvio Tatti
Doc. Aut.
Dra. Laura Fleider

Embarazo Múltiple



Director
Dr. Lucas
Otaño

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

Asfixia Intrauterina



Director
Dr. Roberto
Votta

**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>