

AGO.uy

ARCHIVOS de GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA

Publicación científica de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay

EDICIÓN CUATRIMESTRAL

ISSN 0797-0803 Impresa

ISSN 1510-8678 Electrónica

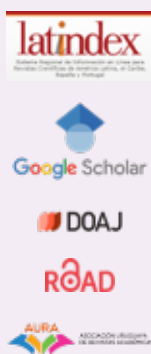
2023 | Diciembre

Volumen 61

Número 3

Páginas 141-204





Montevideo, diciembre de 2023

ARCHIVOS DE Ginecología y Obstetricia

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

www.ago.uy

2023; Volumen 61, Número 3: 141-204 • DICIEMBRE • ISSN 0797-0803 (impresa) | ISSN 1510-8678 (electrónica)

EDITORIA: Dra. Natalia Pérez. Bvar. Artigas 1550; SGU. Montevideo. Secretarías de redacción: Dra. Florencia Feldman, Dra. Clara Olmedo

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SGU

Presidente: Dr. Claudio Sosa

Primer Vicepresidente: Dra. Margarita Escardó

Segundo Vicepresidente: Dr. Edgardo Castillo

Secretaria: Dra. Natalia Pérez

Pro-Secretario: Dra. Claudia Torrado

Tesorero: Dra. Rosario Moran

Pro-Tesorerera: Dra. Mariana Piastrri

Biblioteca/Public/Web: Dra. Mariana Boutmy

Past President: Dr. Gerardo Vitureira

SOCIEDADES ANEXAS DE LA SGU

Sociedad Uruguaya de Ginecología Oncología

- SUGO. Presidente: Dr. Santiago Scasso

Sociedad Uruguaya de Salud Sexual y Reproductiva

- SUSSR- SGU. Presidente: Dra. Verónica Fiol

Sociedad de Ecografía Ginecotológica del Uruguay.

Presidente: Dr. Marcelo De Agostini

Sociedad de Endoscopia Ginecológica del Uruguay.

Presidente: Dr. José C. Fagnoni

Sociedad Uruguaya de Ginecología de la

Infancia y Adolescencia - SUGIA.

Presidente: Dra. Patricia Di Landro

Sociedad de Mastología Ginecológica del Uruguay.

Presidente: Dr. Eduardo Musetti

Sociedad Uruguaya de Endocrinología

Ginecológica y Menopausia- SUEGYM.

Presidente: Dra. Stephanie Viroga

Sociedad Uruguaya de Perineología - SUPER.

Presidente: Dr. Fernando Craviotto

Consejo Editorial SGU • AGO

Dr. José Enrique Pons, Dr. Gustavo Ferreiro,

Dr. Gerardo Vitureira Liard, Dr. Claudio Sosa,

Dra. Natalia Pérez Pérez

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Justo G. Alonso Tellechea

Dra. Carmen Álvarez Santin

Dra. Ma. Luisa Banfi

Dr. Leonel Briozzo

Dra. Estela Conselo

Dr. José C. Cuadro

Dr. José C. Fagnoni Blengio

Dr. Washington Lauría

Dr. José H. Leborgne

Dr. Mario Olazábal Calvete

Dr. José E. Pons

Dr. Ricardo Pou

Dr. Ramón Rodríguez de Armas

Dr. Alegre Sassón

Dr. Ricardo Topolanski

SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

H. Pereira Rossell. Bvar. Artigas 1550. Segundo piso.

Montevideo, Uruguay. CP 11.600.

Telfax: (598) 2709 9287

e mail: sgineuruguay@gmail.com

Esta es una publicación científica autofinanciada y de distribución exclusivamente gratuita. Se agradece la difusión y la colaboración.

Cualquier parte de esta publicación puede reproducirse con previa autorización de los autores y editores, siempre que se cite la fuente y se envíe copia a la SGU.

REVISTA ARBITRADA | EDICIÓN CUATRIMESTRAL

Patrocinantes

GADOR | ROCHE | TRESUL | URUFARMA

Contenido

ORIGINAL

- Ley de reproducción humana en Uruguay. Consideraciones para el ginecólogo general 147
Human reproduction law in Uruguay. Considerations for the general gynecologist
Virginia Chaquiriand

ESPACIO CONTRATADO

- Prueba cobas® HPV. Proporcionar confianza con cada resultado 159

ORIGINALES

- Comparación de las principales características sociodemográficas, familiares y culturales entre las gestantes adolescentes de 2005 con las de 2021 en un hospital público de Santander 161
Comparison of the main sociodemographic, family and cultural characteristics between teenage pregnant women in 2005 with those in 2021 in a public hospital in Santander
Caicedo A, Ortiz R Castellanos-Domínguez YZ

- Endometritis crónica y fertilidad: diagnóstico histeroscópico y su correlación con los resultados anatomopatológicos 173

Chronic endometritis and fertility: hysteroscopic diagnosis and its correlation with pathological results

Unidad de Histeroscopia - Hospital Británico

Clínica Ginecotocológica C

Pisón R, Boutmy M, Soust A, Della Ventura R, Alves J, Gualco G

CASOS CLÍNICOS

- Hidrops fetal secundario a sífilis congénita. Revisión y reporte de tres casos del CHPR en los primeros seis meses de 2022 183

Fetal hydrops secondary to congenital syphilis. Review and report of three CHPR cases in the first six months of 2022

Cisneros B, Lambruschini C, Santos D, Jeldres C,

Vila E, Bottaro S, Gesuele J, Guirado M, Briozzo L

- Violencia basada en género. A propósito de un caso clínico. Revisión de la literatura. Recomendaciones 195

Gender-based violence. Regarding a clinical case. Literature review. Recommendations

De los Santos V, Pastor M, Tarigo J

Editorial

Queridos lectores:

Primero que nada, queremos desearles a todos un excelente fin de año y mejor comienzo de 2024.

Este 2023, la SGU ha realizado múltiples tareas que abarcaron desde las jornadas de formación médico continua, participación en campañas de prevención hasta los temas gremiales con la participación de los delegados en la mesa del SAQ, reuniones en el MSP y asesoría legal a muchos asociados en temas laborales. Se creó la aplicación de la SGU para que los socios tuvieran mayor accesibilidad a charlas y documentos útiles para la práctica clínica y también acceso directo a través de ella a la revista.

Fue un año de mucho trabajo para todos los integrantes de la SGU, acompañados, además, por todos los interesados en contribuir positiva y creativamente con lo mejor de cada uno para hacer crecer y consolidar cada vez más a la Sociedad.

Aún queda mucho por hacer en lo que respecta a la revista: seguimos en el proceso de indexación, que continuará a la par del crecimiento en *contenidos* y en *calidad de su proceso editorial*, de gestión y revisión por pares, así como de la concreción de los objetivos que plantean los principales indexadores.

Para esto es clave comenzar por una *simple acción*: compartir con colegas nacionales y extranjeros cada número de la revista, difundiendo la existencia de AGO.uy y más que nada, el trabajo de todos los autores: Para quienes lo deseen, el aporte de *artículos de investigación para publicar* es altamente reconocido y considerado por la Dirección Editorial de la Revista.

En este número tenemos *cuatro artículos de investigación* y *un reporte de caso*: éste es, entonces, un muy interesante producto de lectura.

Agradezco a todos nuestros revisores, que han trabajado todo el año para hacer que los artículos publicados alcancen su máxima calidad; a los autores por el arduo trabajo de transmitir conocimientos y a los lectores por ser la razón de existir de la revista.

Espero que disfruten de este último número del año.

Saludos a todos,



DRA. NATALIA PÉREZ
Editora AGO

Ley de reproducción humana en Uruguay. Consideraciones para el ginecólogo general

*Human reproduction law in Uruguay.
Considerations for the general gynecologist*

Virginia Chaquiriand¹

Resumen

En noviembre se cumplirán 10 años de la ley de Reproducción Humana Asistida. Esta integró la esterilidad y los tratamientos de reproducción para parejas infértiles, así como para mujeres solas o en pareja homosexual a las prestaciones del sistema de salud. En este artículo analizamos las pautas y la normativa de nuestro país, la cobertura de los pacientes, cuáles son los estudios y las técnicas que se incorporaron, qué pasos y para quienes, indicaciones y financiamiento, así como distintos aspectos sobre lo que pensamos que falta y debiera agregarse en próximas etapas.

Nuestro país tiene una ley avanzada, que ha permitido el nacimiento en 8 años de más de

2000 niños solo con alta complejidad. En el correr de estos 10 años se ha mejorado la accesibilidad reduciendo el incremento en los copagos, y se incorporó la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos.

Tenemos resultados que nos permiten compararnos con orgullo a los mejores del mundo. Pero es importante continuar mejorando para poder ampliar la accesibilidad y la equidad, sin perder la excelencia en la calidad de atención.

Palabras clave: ley de reproducción asistida, Uruguay

Abstract

November will mark the 10th anniversary of the Assisted Human Reproduction Law. This law integrated sterility and reproductive treatments for infertile couples, as well as for single women or homosexual couples to the health system benefits. In this article we analyze the guidelines and regulations of our country, the cover-

1 Ex. Prof. Adjunta de Ginecología.
Presidente de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana.

Virginia Chaquiriand. <https://orcid.org/0000-0003-1509-2780>

Autor correspondiente: Virginia Chaquiriand. virginia.chaquiriand@gmail.com

Recibido: 28/06/2023 **Aceptado:** 30/07/2023

age of patients, which are the studies and techniques that were incorporated, which steps and for whom, indications and financing, as well as different aspects about what we think is missing and should be added in the next stages.

Our country has an advanced law, which has allowed the birth in 8 years of more than 2000 children only with high complexity. In the course of these 10 years, accessibility has been improved by reducing the increase in co-payments, and fertility preservation in oncology patients has been incorporated.

We have results that allow us to proudly compare ourselves to the best in the world. But it is important to continue improving in order to increase accessibility and equity, without losing excellence in the quality of care.

Key words: Assisted Human Reproduction Law, Uruguay.

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2023 se cumplieron 10 años de la firma de la ley de reproducción humana asistida, la ley 19.167.⁽⁸⁾

Hasta entonces, en nuestro país la esterilidad, su estudio y tratamiento y no estaban incluidas en las prestaciones de salud, y por tanto quienes tenían dificultades para concebir tenían que afrontar el problema no solo desde el punto de vista médico y afectivo, que ya es todo un desafío, sino que el problema económico hacía que para muchos, fuera una situación insuperable.

Analizaremos qué brinda la ley, a quiénes y en qué condiciones. Y también qué debe saber un ginecólogo o cualquier integrante del sistema de salud para encaminar a las pacientes, así como nuestra visión sobre lo que tenemos y lo que debemos mejorar.

La ley reconoce la esterilidad como una

enfermedad e incorpora en las prestaciones del sistema de salud, su estudio, diagnóstico y tratamiento, así como el acceso a estudios y a las técnicas para mujeres solas o en pareja homosexual.

Se define como esterilidad la incapacidad de una pareja para la concepción natural luego de un año e infertilidad la incapacidad de tener un recién nacido vivo.⁽⁴⁾

Establece las técnicas de reproducción, su incorporación así como sus límites, siendo taxativa («La aplicación de cualquier otra técnica no incluida en la enumeración detallada precedentemente, requerirá la autorización del Ministerio de Salud Pública, previo informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida»).

Describe el financiamiento de los tratamientos, el funcionamiento de los mismos y establece la comisión honoraria de reproducción humana asistida para determinadas funciones.

Luego de firmada la ley, en 2014 se hizo primero la reglamentación de las etapas de diagnóstico y estudio así como financiamiento de la baja complejidad, estableciendo el Manual de procedimientos para el Manejo Sanitario de la Reproducción Asistida según Ley 19.167 / 2013.⁽²⁾ Y en 2015 la norma que establece el financiamiento de la alta complejidad a través del FNR (Fondo Nacional de Recursos), norma que se fue modificando en la evolución y revisando a la luz de los resultados; actualmente, la última vigente es de 2023.⁽³⁾

Básicamente, lo que inicia entonces es una nueva «era» en que todas las instituciones del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud; hospitales o mutualistas así como seguros que atienden por Fonasa) deben brindar las consultas por fertilidad a través de equipos multidisciplinarios, integrados por

ginecólogo, psicólogo y andrólogo. Se establece una guía de los estudios básicos a realizar en función de las guías internacionales de buenas prácticas, incluyendo los estudios en las PIAS (Plan integral de Atención en Salud). Esta guía es el Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la Reproducción Asistida de acuerdo a la Ley 19.167.⁽²⁾

¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA EL GINECÓLOGO GENERAL?

Es muy importante realizar los estudios desde el inicio a ambos integrantes de la pareja, cada uno en su institución, y completando correctamente la valoración de los dos. En el caso de las mujeres de inicio requiere múltiples estudios (estudio de reserva ovárica, ecografía, exudado cervicovaginal, estudios hormonales, estudio de la permeabilidad tubaria, serologías y eventualmente otros estudios en caso de encontrar patologías). En el caso del hombre se inicia con serologías y espermograma completo, en caso de no ser completamente normal es necesario repetirlo a los tres meses, y luego si se confirma su alteración, estudios hormonales, ecografía y ecodoppler testicular, espermocultivo y eventualmente estudios genéticos (cariotipo, mutaciones con fibrosis quística).⁽²⁾

Luego de establecidos los diagnósticos, y si es necesario se realizan interconsultas con otras especialidades, se establece cuál será la técnica a realizar. Las de baja complejidad se realizan en la propia institución o en el proveedor externo que la misma designe, a través de copagos que se fijan al igual que los copagos de otros estudios o procedimientos (ejemplo: los de tomografías, resonancias, laparoscopias). En el caso de los hospitales públicos, estos tratamientos no tienen costo para los pacientes.

En las mutualistas los copagos son iguales para todas y los fijan las autoridades de salud. Los seguros tienen un régimen algo diferente en cada caso, como sucede para otras prestaciones.

Se cubren hasta tres intentos de relaciones programadas con estimulación de la ovulación y tres intentos de inseminaciones artificiales (con semen de cónyuge o de donante).

En caso de fallo de la baja complejidad o cuando de inicio la indicación es de alta complejidad, se presenta el caso ante el Fondo Nacional de Recursos (FNR) para solicitar la cobertura del mismo.⁽³⁾ Se estableció para ello un sistema de copagos, siendo la reproducción humana asistida, la única prestación del FNR que tiene financiación parcial (para el resto de las prestaciones del FNR el financiamiento es total para todas las personas que tienen cobertura). (Por ejemplo la diálisis es siempre gratis para todos independiente de los ingresos que perciban los pacientes).

En las primeras visitas se realiza la historia clínica completa, examen físico, ecografía, estudio de la reserva ovárica, permeabilidad tubaria y factor masculino. Desde el inicio ambos integrantes deben hacer serologías infecciosas también.

Se sugiere consulta con psicología, y es obligatorio realizarla en caso de requerir donación de gametas o embriones, es decir que quienes vayan a hacer tratamiento con donación de semen, óvulos o embriones deberán consultar y tener el informe correspondiente para que se le asigne la donación.

Quienes tienen patologías de base, necesitan también valoración por los especialistas que los siguen, con vistas a optimizar el terreno para el embarazo, evaluar la potencial influencia del embarazo sobre la pato-

logía y viceversa, y también del tratamiento de reproducción sobre la patología, riesgos y complicaciones por la suma de ambas cosas.

De ahí la importancia en la práctica clínica, de trabajar en equipos interdisciplinarios con otros especialistas como ecografistas, medicina interna, endocrinología, nefrología, urología, hematología, genetistas y otros.

También es importante trabajar en equipo con otras subespecialidades de la propia ginecología como los que hacen endoscopia, cirugía ginecológica, y el seguimiento del embarazo luego de conseguido el mismo.

El ideal es tener diálogo fluido como sucede en los equipos de obstetricia de alto riesgo e insertar el equipo de reproducción en seno del mismo equipo. En el largo plazo permite un aprendizaje continuo de todo el equipo que enriquece a todos y permite brindar una asistencia integral.

Si hemos de describir a grandes rasgos los tratamientos, la baja complejidad es aquella en que la fecundación se produce en el vientre de la mujer, la alta complejidad cuando se produce en el laboratorio.⁽⁴⁾

El primer escalón de la baja complejidad son los coitos programados o relaciones dirigidas, en general con estimulación de la ovulación y seguimiento folicular ecográfico. Está indicado sobre todo en pacientes jóvenes con trastornos ovulatorios. Es esencial el seguimiento ecográfico para evaluar la respuesta a la estimulación y sobre todo evitar el embarazo múltiple.⁽¹¹⁾

El segundo escalón son las inseminaciones artificiales, casi siempre con estimulación de la ovulación, que pueden ser con semen del cónyuge o semen de donante.

Para realizar estos tratamientos es indispensable tener certeza de la permeabilidad de las trompas y que el factor masculino sea

suficiente. De ahí la importancia de haber hecho una correcta valoración de ambos integrantes de la pareja desde el inicio.

Es importante explicar a los pacientes, en función de su terreno, su diagnóstico y la edad, las expectativas en tasas de embarazo que se puede tener de estas técnicas, así como los riesgos y complicaciones.

El mayor riesgo de las mismas es el embarazo múltiple,⁽¹¹⁾ y debemos tener claro que esto es una complicación y está muy lejos de ser el objetivo de los tratamientos. Por supuesto también pueden surgir otras, como el embarazo ectópico, la pérdida de embarazos, etc. Más raramente, el síndrome de hiperestimulación ovárica, dado que en principio el objetivo de la estimulación en baja complejidad debería ser la ovulación monofolicular, eventualmente hasta dos o máximo tres folículos.⁽¹²⁾

Las inseminaciones con semen de cónyuge en pacientes con factor cervical, endometriosis leve, anovulación o trastornos ovulatorios, factor masculino leve, esterilidad sin causa aparente de breve duración, obstrucción tubaria unilateral, defectos de fase lútea, uso de semen congelado, parejas serodiscordantes o ambas infectadas, incapacidad de depositar el semen en vagina (luego de fracaso de terapia).

Las inseminaciones con semen de donante se proponen frente azoospermia del marido (sin espermatozoides en la biopsia testicular), muy mala calidad del factor masculino, mujer sola o en pareja homosexual, enfermedades genéticas transmisibles de origen paterno y que no pueden o no desean hacer PGT (*preimplantation genetic testing*).

Existen criterios de inclusión y de exclusión: permeabilidad de una de las trompas verificada, factor masculino suficiente, serologías al día, reserva ovárica sea suficiente,

IMC (índice de masa corporal) entre 18 y 32, salud psicofísica, el bienestar del niño como pilar fundamental, y ausencia de consumo de sustancias tóxicas por parte de ambos integrantes de la pareja.⁽²⁾

En caso de tratamientos que requieran donación de gametas, se establece en el mismo manual, cómo se deben estudiar a los donantes, requisitos para la donación y condiciones. La misma debe ser anónima y altruista. El INDT (Instituto Nacional de Donación y Transplante) se encarga de controlar las donaciones, de gametos y embriones siendo de mucha importancia el reporte de los datos para que tengan la información completa.⁽²⁾

En los casos de pacientes con obstrucción tubaria bilateral, baja reserva ovárica, factor masculino severo, enfermedades genéticas transmisibles, enfermedades infecciosas transmisibles, endometriosis severa, o frente al fallo de la baja complejidad se planteará la alta complejidad o fecundación in vitro (FIV).⁽³⁾

Para poder acceder al financiamiento por parte del FNR de la FIV, la paciente tiene que tener menos de 40 años al momento de hacer la solicitud. Luego de cumplidos los 40 ya pierden toda posibilidad de acceder a estas ayudas si no fueron solicitadas previamente. Y para ello hay que hacer una solicitud formal, con formularios a firmar y llenar por parte del médico y la paciente o pareja y haber sido subidas al portal del FNR. No alcanza con que la paciente haya consultado con la intención de iniciar, si no se completó el trámite correspondiente.

Se debe informar sobre el efecto perjudicial de la edad sobre las tasas de embarazo tanto espontáneo como con tratamientos.⁽¹³⁾

Una de las «quejas» más importantes que recibimos quienes trabajamos en reproduc-

ción por parte de los pacientes, es la desinformación en cuanto al riesgo de posponer el embarazo. Y que en el control se habla de la anticoncepción pero no sobre reproducción.

De acuerdo a las normas internacionales sobre las buenas prácticas en reproducción, en pacientes menores de 35 años sin factores de riesgo de infertilidad, luego de pasado el año de búsqueda se justifica comenzar la valoración por equipo especializado.⁽⁴⁾

En pacientes mayores de 35 años o menores de 35 pero que tienen ciclos irregulares, o han tenido cirugías en el aparato reproductivo, endometriosis, patologías del aparato reproductivo, antecedentes familiares de fallo ovárico precoz o que el marido tiene factores de riesgo para un factor masculino, alcanza con 6 meses para iniciar la valoración.

Otro elemento fundamental es que no se financiarán los tratamientos de las parejas que hayan solicitado la esterilización voluntaria y tengan hijos vivos.⁽³⁾ Con lo cual, antes de realizar una ligadura tubaria debemos informar a las pacientes que, en caso de arrepentimiento o desear tener más hijos, el FNR no financiará el tratamiento si tienen hijos vivos.

Las técnicas de alta complejidad son múltiples, y la fecundación in vitro puede hacerse con ovocitos propios o donados, semen propio o donado, embriones propios o donados, y en caso que la mujer no pueda gestar por no tener útero o una malformación uterina que se lo impida, se puede hacer surrogación.

En el caso de gametas donadas o embriones donados, la donación es anónima y altruista.⁽⁸⁾

En el caso de la surrogación debe hacerse frente a indicaciones precisas y específicas y

al día de hoy quien surrogue tiene que ser familiar de 2^{do} grado de uno de los integrantes de la pareja, y deben haber gametas de por lo menos uno de los dos.⁽³⁾⁽⁸⁾

En lo que refiere al financiamiento, el FNR subvenciona hasta tres intentos de estimulación y punción, independiente del origen de las gametas. En caso de ser necesario se puede hacer biopsia testicular para obtener espermatozoides del testículo y esto también entra en el financiamiento. Los pacientes deben ir pagando los intentos de a uno; el monto de copago se establece de acuerdo a franjas según los ingresos de los mismos certificados por la DGI.⁽¹⁵⁾

La cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos para el tratamiento de la infertilidad considera criterios de Inclusión, edad entre 18 y menos de 40, fallo en las técnicas de baja complejidad, afectación de la reserva ovárica, una obstrucción tubaria bilateral o proceso adherencial pélvico moderado-severo, endometriosis moderada-severa, esterilidad sin causa aparente de más de cinco años de evolución en mujeres mayores de 35 años, esterilización voluntaria de uno de los dos sin hijos vivos, factor masculino severo, enfermedades infectocontagiosas en el hombre (VHC y VIH).⁽³⁾

Para ovocitos donados se plantea por Insuficiencia ovárica prematura u oculta, fallo repetido de FIV por mala calidad ovocitaria o riesgo de transmisión de enfermedades genéticas por la mujer.

Con semen donado cuando haya azoospermia o fallo de tratamientos con semen propio a causa del factor masculino, alteraciones cromosómicas o genéticas, parejas serodiscordantes en que no sea posible lavar el semen o no lo deseen por los riesgos que aun puedan presentar, mujeres sin pareja o parejas de mujeres.

La transferencia de embriones donados estará indicada en fallos previos de FIV o IC-SI con gametos propios, o pacientes con insuficiencia ovárica que tampoco tienen espermatozoides.

¿CÓMO ES UNA FIV?

En la FIV se pretende obtener múltiples ovocitos para fertilizar, dado que no todos llegan a dar embrión. De ser necesario, con las técnicas de congelación embrionaria actuales podemos transferir un embrión y guardar el resto sin temor a perderlo por ello.

Lo deseable es siempre transferir un embrión.⁽¹⁴⁾ En las jóvenes, porque las tasas de implantación de los embriones suelen ser buenas, y transferir más de un embrión aumenta el riesgo de múltiple; y en las más añosas, si bien las tasas son mucho menores, el riesgo de un embarazo múltiple es más grave y por tanto fundamental de evitar.

Cuando se evalúan los resultados y los costos globales, teniendo en cuenta no sólo los costos de los tratamientos de reproducción sino también los de las complicaciones del embarazo, parto, neonatales e infantiles, necesidades de asistencia especial por prematuridad u otras complicaciones de los embarazos múltiples, y las certificaciones y ausencias de los padres por los cuidados que requieren los hijos, es preferible aumentar la cobertura de los tratamientos priorizando la transferencia de un solo embrión las veces que haga falta hasta llegar al embarazo, antes que los embarazos múltiples.⁽¹⁷⁾

Se pueden transferir embriones congelados, existiendo para ello muchas indicaciones.⁽¹⁶⁾ Entre otras destacamos el prevenir el síndrome de hiperestimulación ovárica y la realización de estudio preimplantacional de los embriones (PGT).

Al día de hoy, el FNR no cubre el PGT, por lo cual los pacientes deben hacerse cargo de los costos en forma particular, y es una técnica costosa.

Existen tres tipos de PGT. El PGT-A que es para detección de aneuploidias, PGT-M para estudio de enfermedades monogénicas, y PGT-SR para los pacientes portadores de rearrreglos cromosómicos como translocaciones u otras alteraciones.

En todas las parejas que vayan a hacer PGT, es fundamental contar con el cariotipo de ambos integrantes de la pareja. Cuando existe una indicación médica para el estudio, como pérdidas recurrentes de embarazo, baja reserva ovárica, factor masculino severo, la institución del SNIS debe cubrir el estudio dado que el cariotipo, así como el estudio de X frágil en pacientes jóvenes con baja reserva ovárica o la secuenciación del gen de fibrosis en el factor masculino severo, fueron incorporadas en las PIAS cuando se realizó la normativa del MSP para el estudio y diagnóstico de la pareja con esterilidad y la baja complejidad.⁽²⁾

Cuando quedan embriones congelados, se realiza la transferencia en diferido. Para ello se prepara el endometrio en ciclo natural, en ciclo sustituido (con estrógeno y progesterona) o en ciclo estimulado (con gonadotrofinas, letrozole o clomifeno), con tasas de embarazo similares, aunque en los últimos años se ha publicado mucha evidencia en favor del ciclo natural, porque el cuerpo amarillo sería protector frente a algunas complicaciones tardías del embarazo como estados hipertensivos severos, preeclampsia severa precoz, desprendimiento de placenta.⁽¹⁰⁾

El FNR cubre tres intentos de estimulación de FIV, con copagos en función de los ingresos de la pareja. Para cada intento de

estimulación deben realizar despistajes de cocaína marihuana y nicotina⁽³⁾ dado que su consumo afecta las tasas de embarazo y hacer el copago correspondiente.

Cuando recién se reglamentó la ley de reproducción, el costo de los copagos, tanto para alta como baja complejidad era ascendente. Esto era muy mal vivido por los pacientes, porque tras que no conseguían el resultado esperado, se sentían penalizados de tener que pagar más por el mismo tratamiento.

Desde 2020, los costos son los mismos por cada intento.

También inicialmente se había establecido que una vez que la paciente cumpliera 40 años, no tendría derecho a más inicios de ciclo, con la excepción de los dos primeros años de funcionamiento de la ley, en que todas las pacientes con indicación independiente de la edad podían solicitar los tratamientos de alta complejidad.

Luego de pasados los dos años se modificó la normativa y desde 2017, si la paciente hace la solicitud antes de los 40, puede utilizarla después con iguales condiciones.

Las pacientes tienen que tener claro que más allá de poder ingresar el trámite, y tener derecho al financiamiento por el FNR usándolo luego de los 40, las tasas de embarazo van bajando por la edad y por tanto, el pronóstico por el paso del tiempo se ve afectado negativamente.

En cuanto a los resultados, en el último reporte de resultados publicado por el FNR, en 2023, se destacan números que nos enorgullecen, aunque también vemos oportunidades de mejora.

Destacamos del mismo los siguientes datos⁽¹⁾:

- Entre 2015 y 2022 ingresaron 5625 solicitudes de inicio de tratamiento, de las cua-

les se autorizaron 5015 (89,2 %), la media de edad de las mujeres al momento de la solicitud fue de 36,3 años.

- De acuerdo al informe, 6,44 mujeres cada 1.000 hacen uso de las técnicas de Reproducción Humana Asistida en promedio. Los departamentos de Montevideo, Maldonado y Canelones son los que tiene tasas de uso más altas, mientras que en los departamentos de Artigas y Salto se observaron las más bajas.
- Casi 85 % viene del subsistema privado y 15,5 % del subsistema público.
- Existen tres clínicas (IMAE) que las pacientes pueden elegir, independiente del hospital, mutualista o seguro en que se atiendan.
- En las tres clínicas predomina el tramo etario de 35 a 39 años.
- Se registraron un total de 1799 partos del total de transferencias de embriones de ellos en 303 (16,8 %) correspondieron a embarazos múltiples (2099 nacidos vivos).
- 32 % de las transferencias financiadas por FNR culminan en un parto (con al menos un nacido vivo). En menores de 35, la tasa de parto/transferencia es de 0,39, de 35 a 39 es de 0,32, mientras que para las mayores a 40 años es de 0,24.
- El mismo reporte afirma que la edad de la mujer es el factor de mayor importancia en cuanto a las chances de conseguir un recién nacido vivo.

Desde 2022 se modificó la ley de reproducción agregando la cobertura de congelación de gametas en pacientes oncológicos menores de 40 años, que recibirán tratamientos que podrían afectar a su fertilidad.

En el caso de la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas, la cobertura de la misma es de 100 % del tratamiento.⁽³⁾

Esta es una incorporación sumamente importante a las prestaciones y tiene mucho impacto en el pronóstico reproductivo de pacientes que superarán el cáncer gracias a los avances de la oncología y que quedarán formar familia en el futuro.

Es fundamental que cada institución genere equipos de trabajo con los especialistas que siguen pacientes con patologías oncológicas y los equipos de fertilidad. De esa manera, en cuanto se hace el diagnóstico se informa a los pacientes, se los asesora y en caso de desearlo, se inicia el trámite para que no difiera el inicio del tratamiento de la patología oncológica.⁽⁶⁾

OPORTUNIDADES PARA EL FUTURO

En un futuro sería muy interesante poder ampliar la preservación de la fertilidad a otras patologías que pueden repercutir en el pronóstico reproductivo, sin necesariamente ser cáncer o requerir quimioterapia, como enfermedades auto-inmunes, endometriosis, enfermedades que requieren diferir el embarazo a edades límite, o cirugías que pueden comprometer el pronóstico reproductivo por patología benigna.

En estos 10 años se ha avanzado mucho y las pacientes pueden acceder a muchas ayudas que antes parecían para «elegidos», pero nunca es suficiente. Para las pacientes o parejas del interior es más difícil acceder a consultas especializadas y de acuerdo a los números publicados por el FNR, en el interior más profundo parecería haber menos acceso a los tratamientos.

Sigue siendo un desafío conseguir que algunas instituciones cubran los estudios necesarios solicitados por el FNR como cariotipo, estudios genéticos, y son estudios caros que a veces limitan mucho que los pacientes

puedan continuar avanzando con las autorizaciones necesarias.

Es importante insistir en información en cuanto a la repercusión de la edad sobre la fertilidad, los riesgos de diferir y las estrategias de prevención. La ley establece que desde los distintos actores, debe realizarse prevención, y sin duda, en ese aspecto todos tenemos aun mucho por construir.

Desde hace tiempo se viene trabajando en el FNR para incluir el PGT entre las prestaciones, sobre todo en casos de parejas que requieren este estudio para poder tener la autorización para poder hacer el tratamiento, como los portadores de fibrosis quística, X frágil o alteraciones en el cariotipo. Existe un compromiso por parte de las autoridades en incorporarlo prontamente, y esperamos ansiosamente por ello.

Por parte de pacientes, y muchos actores en el medio, se solicita prorrogar la edad límite para los tratamientos, sobre todo justificada en tratamientos con ovocitos donados. El argumento para limitar a 40 años el inicio de los tratamientos tiene que ver con las tasas de aneuploidías de embriones generados con ovocitos de más de 40, y las bajas tasas de éxito de los procedimientos.

Cuando los ovocitos son donados (y las donantes tienen menos de 32 años) las tasas de éxito pueden llegar al 50 %, aún cuando la transferencia se haga en pacientes mayores de 40. Por supuesto que las complicaciones del embarazo por la edad, como HTA, diabetes y otras, no podemos reducirlas, pero al día del hoy, con equipos entrenados y en pacientes adecuadamente estudiadas antes del iniciar el tratamiento, estas complicaciones son muy bien manejadas por los equipos de obstetricia así como los equipos interdisciplinarios que con ellos trabajan y permiten obtener muy buenos resultados.⁽⁹⁾

Sin dudas es un desafío establecer una edad límite, a partir de la cual ya no sería razonable financiar este tipo de procedimientos, ya no por el criterio tasa de embarazo, sino justamente por los riesgos del propio embarazo vinculados a la edad.

Para pacientes que han conseguido un embarazo luego de varios intentos de tratamiento, sería deseable que «la cuenta» vuelva a iniciar, porque quien tuvo un hijo luego de tres FIV, ya no tiene subvención por parte del FNR para un segundo hijo.

También sería deseable buscar la forma de extender el plazo de cobertura de la criopreservación de los embriones a cargo del FNR, cuando las parejas piensan transferirse más adelante.

Finalmente, otro tema de discusión son los copagos. Los tratamientos de reproducción asistida son la única prestación del FNR que no se financian a 100%. Sin duda comprendemos que esto es lo que ha permitido financiar estos tratamientos, afrontando los costos de la mejor calidad de asistencia disponible, los fármacos originales y permitiendo a las clínicas adquirir los mejores equipamientos, y gracias a todo ello, los resultados que tenemos en nuestro país, nos permiten compararnos con los mejores del mundo. Y todo esto, sin listas de espera.

No tan lejos, en otros países, dieron cobertura a 100% pero brindando una calidad mediocre de atención, que repercute en forma importante en los resultados.

En otros países hay listas de espera que pueden ser de años, lo que hace que pacientes de 38 años o más o esperan o recurren a los tratamientos en forma privada para no ver sus probabilidades bajar durante la espera.

Los aspectos económicos siguen siendo una limitante importante para las parejas

que desean embarazo, lo que hace que muchos deban desistir, endeudarse o limitarse a un solo hijo, y en los últimos tiempos también, favorece el turismo reproductivo a países en que por poco dinero les ofrecen «el oro y el moro», y que los pacientes terminan eligiendo viajar, desconociendo el riesgo que corren de tener resultados inferiores y menor calidad, pero que se ven «obligados» a elegir porque los copagos terminan siendo inaccesibles, sobre todo en los casos de pacientes que requieren múltiples intentos. De ahí la importancia de continuar trabajando para que lo económico no sea una barrera que impida a las personas a formar su familia.

Existen países como Francia, en que se subvenciona a 100 % con rangos mas amplios de edad, tanto las técnicas de alta y baja complejidad como preservación de ovocitos, por causa social o por patologías, como cáncer, endometriosis u otras patologías. Sin embargo, como no se acepta compensar a los donantes, tienen serias dificultades para conseguirlos, y eso es una limitante importante para acceder a este tipo de tratamiento.⁽⁷⁾

Como podemos ver no hay soluciones perfectas y cada país debe ir trabajando en la mejor solución, contemplando aspectos científicos, económicos y humanos, adaptándose a su realidad y posibilidades.

Pensamos que nuestro país se debe tener un sistema informático adecuado que registre todas las parejas que consultan por fertilidad, las causas que la determinan, los tratamientos que se realizan tanto de baja como de alta complejidad, que sean financiados o no por el sistema de salud, seguir los resultados, y controlarlos, así como conocer en el largo plazo la evolución de las pacientes que han realizado tratamientos, y de los

niños nacidos. Esto es una herramienta fundamental para el seguimiento y control, pero también para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud y planificación de políticas de estado.

CONCLUSIONES

La ley de reproducción en estos 10 años nos ha permitido avanzar muchísimo en cobertura, accesibilidad y ha permitido el nacimiento de muchos niños. Solo de alta complejidad han nacido más de 2000 niños entre 2015 y 2022, en un país que necesita nacimientos, y no tenemos los números de la baja complejidad.

Tenemos un nivel de atención, de resultados y de profesionales, tanto clínicos como en los laboratorios, y todos los especialistas que forman parte de los equipos interdisciplinarios, que nos permiten compararnos con todo orgullo a los mejores el mundo.

Resta continuar trabajando en incorporar prestaciones y reducir barreras, sobre todo económicas, así como mejorar el acceso de quienes viven más lejos de las grandes ciudades, para reforzar también la equidad.

Si bien la infertilidad o la necesidad de tratamientos de reproducción no hace a la sobrevivencia de los pacientes, sí afecta a la calidad de vida y termina repercutiendo en otros aspectos de la salud mental y emocional. Es fundamental que aseguremos a nuestros pacientes que les brindaremos lo mejor que podamos, lo más cercano a lo que el estado actual del conocimiento muestra como lo mejor, acompañado de un trato cercano y humano, en el que además de tratar a los pacientes, los cuidamos y acompañamos.

Como país podemos estar orgullosos de que en estos 10 años autoridades ministeriales, parlamentarios, comisiones, integrantes

del FNR así como sociedades científicas, como la SURH sobre todo y asociaciones de pacientes, han trabajado en conjunto para entre todos permitirnos tener una ley que es muy correcta, e iría mejorando progresivamente, dejando de lado diferencias políticas e ideologías, priorizando dar la mejor calidad de atención a los pacientes, los mejores resultados y permitiendo que cada vez más profesionales de distintas áreas se vayan formando en el trabajo en equipo, que todos los días cambia, avanza y representa un gran desafío, porque si bien en su base hace a la salud y a los derechos, hace también a las familias, a la sociedad y a la felicidad de las personas.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad. REPORTE DE RESULTADOS. Unidad Evaluación. FNR Mayo 2023 Dr. Abayuba Perna, Dra. Natalia Piñeiro, Dr. Daniel Pedrosa
2. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. PARA EL MANEJO SANITARIO REPRODUCCION ASISTIDA según Ley 19.167 / 2013 URUGUAY
3. Fondo Nacional de Recursos (2023): "Tratamiento de la Infertilidad Humana y Oncofertilidad mediante Técnicas de Reproducción Asistida de Alta Complejidad. Normativa de Cobertura". Recuperado de: https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2015/04/n_reproduccion_alta.pdf
4. Remohí Bellver Matorras Weinig Ballesteros Pellicer Manual práctico de Esterilidad y Reproducción Humana. Aspectos clínicos. Capítulo 3. Edición 2017.
5. Isikoglu M, Avci A, Kendirci Ceviren A, Aydinuraz B, Ata B. Conventional IVF revisited: Is ICSI better for non-male factor infertility? Randomized controlled double blind study. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021 Sep;50(7):101990. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101990. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33221561.
6. Oktay K, Harvey BE, Partridge AH, Quinn GP, Reinecke J, Taylor HS, Wallace WH, Wang ET, Loren AW. Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2018 Jul 1;36(19):1994-2001. doi: 10.1200/JCO.2018.78.1914. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29620997.
7. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique. ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/8/2/SSAX1917211L/jo/texte> Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/8/2/2021-1017/jo/texte> JORF n°0178 du 3 août 2021
8. Ley N° 19167. REGULACION DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA Promulgación: 22/11/2013 Publicación: 29/11/2013 Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo: 2 Semestre: 2 Año: 2013 Página: 2088 Reglamentada por: Decreto N° 84/015 de 27/02/2015, Decreto N° 311/014 de 30/10/2014.
9. van der Hoorn ML, van Bentem K, Lashley E. Evidence-Based Pre-Pregnancy Counseling for Oocyte Donation Pregnancies: a Systematic Review and Guide for Physicians. Reprod Sci. 2022 Dec;29(12):3311-3320. doi: 10.1007/s43032-021-00821-x. Epub 2022 Jan 3. PMID: 34981463.
10. Lawrenz B, Coughlan C, Melado L, Fatemi HM. The ART of frozen embryo transfer: back to nature! Gynecol Endocrinol. 2020 Jun;36(6):479-483. doi: 10.1080/09513590.2020.1740918. Epub 2020 Mar 18. PMID: 32188299.
11. Sebghati M, Khalil A. Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021 Jan;70:112-122. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.013. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32859535.
12. Cohlen B, Bijkerk A, Van der Poel S, Ombelet W. IUI: review and systematic assessment of the evidence that supports global recommendations. Hum Reprod Update. 2018 May 1;24(3):300-319. doi: 10.1093/humupd/dmx041. PMID: 29452361.
13. Franasiak JM, Forman EJ, Hong KH, Werner MD, Upham KM, Treff NR, Scott RT Jr. The nature of aneuploidy with increasing age of the female partner: a review of 15,169 consecutive trophectoderm biopsies evaluated with comprehensive chromosomal screening. Fertil Steril. 2014 Mar;101(3):656-663.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.11.004. Epub 2013 Dec 17. PMID: 24355045.
14. Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology; Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Elective single-embryo transfer. Fertil Steril. 2012 Apr;97(4):835-42. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.11.050. Epub 2011 Dec 22. PMID: 22196716.
15. PRECIOS Y COPAGOS DE TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA MEDIANTE TÉCNICAS DE ALTA COMPLEJIDAD. VIGENTE

- HASTA 31/12/2023. <https://www.fnr.gub.uy/tabla-de-copagos-reproduccion-humana-asistida/>
16. Venetis C, Keller E, Chambers GM. Freeze-all embryos during treatment with assisted reproduction: Health economic aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2023 Feb;86:102303. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2022.102303. Epub 2022 Dec 29. PMID: 36658073.
 17. Graham ME, Jelin A, Hoon AH Jr, Wilms Floet AM, Levey E, Graham EM. Assisted reproductive technology: Short- and long-term outcomes. *Dev Med Child Neurol.* 2023 Jan;65(1):38-49. doi: 10.1111/dmcn.15332. Epub 2022 Jul 18. PMID: 35851656; PMCID: PMC9809323.
 18. Morales C. Current Applications and Controversies in Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidies (PGT-A) in In Vitro Fertilization. *Reprod Sci.* 2023 Jul 29. doi: 10.1007/s43032-023-01301-0. Epub ahead of print. PMID: 37515717.
 19. Madero JI, Manotas MC, García-Acero M, López Cáceres A, López Jaimes C. Preimplantation genetic testing in assisted reproduction. *Minerva Obstet Gynecol.* 2023 Jun;75(3):260-272. doi: 10.23736/S2724-606X.21.04805-3. Epub 2021 Jul 30. PMID: 34328296.



Prueba cobas® HPV

Proporcionar confianza con cada resultado

El **test cobas® HPV** para su uso en los sistemas cobas® 4800/5800/6800 es una **prueba molecular, in vitro, cualitativa y totalmente automatizada para la detección del ADN del virus del papiloma humano** (VPH, o HPV en inglés) en muestras de hisopado cervical.

Esta prueba utiliza la amplificación del ADN diana mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la hibridación de ácidos nucleicos para la detección de 14 genotipos de alto riesgo del VPH, en un único análisis. La prueba permite la identificación específica e independiente de los genotipos 16 y 18 del VPH y la detección simultánea del resto de genotipos de alto riesgo (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68) a niveles de infección clínicamente relevantes. Las muestras de células cervicales pueden obtenerse utilizando medios de citología líquidos y las mismas son estables entre 3 y 6 meses a temperatura ambiente, lo cual facilita su traslado y posterior procesamiento.

La prueba cobas® HPV está indicada para:

- Tamizaje (*screening*) primario para identificar mujeres con riesgo elevado de desarrollar cáncer cervical o que ya presentan la enfermedad de alto grado.
- Cribado primario de primera línea con objeto de valorar la presencia o ausencia de los genotipos 16 y 18 del HPV.
- Cribado de pacientes en cuyos resultados de la citología cervical se han detectado ASCUS

(células escamosas atípicas de significado indeterminado) a fin de determinar si es necesario realizar una colposcopia.

- Cribado de pacientes en cuyos resultados de la citología cervical se han detectado ASCUS con objeto de valorar la presencia o ausencia de los genotipos de alto riesgo 16 y 18 del HPV.
- Su uso conjunto con una citología cervical para valorar la presencia o ausencia de tipos de alto riesgo del HPV: 16 y/o 18 y otros.

El test cobas® HPV ha sido validado para su uso con muestras vaginales de autonomía recogidas bajo las instrucciones del personal sanitario

La prueba cobas® HPV proporciona un rendimiento fiable y **clínicamente validado** para la realización automatizada del *screening* de cáncer de cuello de útero. El robusto estudio clínico ATHENA, con más de 47.000 mujeres incluidas, que Roche realizó para validar clínicamente su test, ayudó a dar forma a nuestra comprensión del papel de las pruebas moleculares para la detección precoz del cáncer de cuello de útero.

A nivel nacional, cada día Roche manifiesta su compromiso con la causa de erradicar esta enfermedad, no solo trayendo al país la más alta tecnología sino también apoyando la educación médica continua, difundiendo información a la población, apoyando la realización de campañas en conjunto con la *Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer* y prestigiosas sociedades científicas, entre otras muchas acciones.

¡Difundamos esta información!

hoyporvos.com.uy

Slinda®

DROSPIRENONA 4 mg
LIBRE DE ESTRÓGENO

Innovación en anticoncepción

24 + 4

DOP
ÚNICA DROSPIRENONE
ONLY PILL



APROBADO POR

FDA U.S. FOOD & DRUG
ADMINISTRATION

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

 Sólida eficacia anticonceptiva
equivalente a los AOC.

 Seguridad comprobada.

 Único anticonceptivo
aprobado en adolescentes.

 Excelente control de ciclo.
Sangrados predecibles.

 Beneficios más allá
de la anticoncepción.



Slinda.uy



ANTICONCEPTIVOS
Urufarma

Comparación de las principales características sociodemográficas, familiares y culturales entre las gestantes adolescentes de 2005 con las de 2021 en un hospital público de Santander

Comparison of the main sociodemographic, family and cultural characteristics between teenage pregnant women in 2005 with those in 2021 in a public hospital in Santander

Caicedo A¹, Ortiz R², Castellanos-Domínguez YZ³

Resumen

Objetivo. Evidenciar características sociodemográficas, familiares y culturales relevantes de una cohorte de gestantes adolescentes atendidas en un hospital público de Santander en el año 2005, comparadas con otra cohorte atendida en la misma institución en 2021.

1. Ginecóloga y Obstetra de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
2. Ginecólogo y obstetra UIS, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia
3. Bacterióloga, MSc Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

Caicedo A.

<https://orcid.org/0000-0002-5089-8272>

Ortiz R.

<https://orcid.org/0009-0004-4859-5952>

Castellanos Y.

<https://orcid.org/0000-0001-5881-1998>

Autor corresponsal: Angela Caicedo, acaicedo471@unab.edu.co

Recibido: 19/07/2023 Aceptado: 11/12/2023

Material y métodos. Estudio observacional analítico tipo panel que compara las principales características de gestantes adolescentes atendidas en 2021 frente a datos obtenidos en la misma institución en el año 2005, con el fin de identificar las diferencias en las variables analizadas. Se realizó un muestreo secuencial hasta completar un total de 350 participantes.

Resultados. De 350 gestantes incluidas en el 2021, la mediana de edad fue 18 años, y la de inicio de relaciones sexuales fue 15 años, el 51,7 % era amas de casa y a diferencia de las gestantes de 2005, la mayoría continuaba o finalizaba sus estudios secundarios. Hubo un incremento en el número de compañeros sexuales (valor de $p < 0,001$), además de un aumento del doble de gestaciones repetitivas en adolescentes en la muestra de 2021 (valor de $p < 0,001$). Con el

pasar de los años no se ha impactado de manera significativa en violencia intrafamiliar (26,1 % en 2005 vs. 26 % en 2021).

Conclusiones. La gestación en adolescentes es uno de los principales problemas de salud pública que no se ha modificado de manera significativa en los últimos años, con una mayor incidencia de conductas de riesgo asumidas; se hace imperativo reforzar la educación en sexualidad, autocuidado y empoderamiento de la mujer.

Palabras clave: Embarazo en adolescencia, Salud Reproductiva, Educación Sexual, Resultado del Embarazo, Gradiente Social de Salud, Comportamiento anti-conceptivo/psicología, Violencia.

Abstract

Objective. To demonstrate relevant sociodemographic, family and cultural changes in a cohort of pregnant adolescents treated at a public hospital in Santander in 2005 with another cohort treated at the same institution in 2021.

Materials and methods. Observational analytical panel study that compares the main characteristics of pregnant adolescents treated in 2021 against data obtained at the same institution in 2005, in order to identify differences in the variables analyzed. A sequential sampling was carried out until completing a total of 350 participants.

Results. Of 350 pregnant women included in the 2021, the median age was 18 years, and the age of initiation of sexual relations was 15 years, 51.7% were housewives and, unlike the pregnant women in 2005, the majority continued or finished their secondary studies. There was an increase in the number of sexual partners (p value <0.001), in addition to a doubling of repetitive pregnancies in adolescents in the 2021 sample (p value <0.001). Over the years, there has been

no significant impact on intrafamily violence (26.1% in 2005 vs. 26% in 2021).

Conclusions. Adolescent pregnancy is one of the main public health problems that has not changed significantly in recent years, with a higher incidence of assumed risk behaviors; it is imperative to reinforce education on sexuality, self-care and empowerment of women.

Keywords: Adolescent pregnancy, Reproductive Health, Sex Education, Pregnancy Outcome, Socio-economic Factors, Contraception Behavior/psychology, Violence.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes ocurre entre los 10 y 19 años independientemente de la edad ginecológica⁽¹⁾ y se caracteriza por ser una etapa crítica en el desarrollo psicosocial y físico, con especial sensibilidad en temas de salud sexual y reproductiva.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ Se convierte en uno de los principales problemas en salud pública debido a las altas tasas de presentación, con consecuencias sociales, económicas, demográficas, de gran impacto en comunidades marginadas, comúnmente asociadas a condiciones de pobreza, falta de educación, oportunidades de empleo y contextos de violencia⁽⁶⁾⁽⁹⁾; limitando el desarrollo personal, generando una dependencia económica hacia terceros, disminuyendo las posibilidades de superación personal, económica y social, perpetuando el círculo de pobreza y siendo una causa importante de morbilidad materna y neonatal.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

Se reconoce además el inicio cada vez más temprano de la vida sexual, al igual que los estereotipos de género y patrones culturales, que favorecen la violencia como factores que propician el aumento en la tasa de embarazos en adolescentes.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾ De la mis-

ma manera influyen los contextos carentes de, acceso a la información, a suministro de métodos de planificación familiar y al uso indebido de los mismos.⁽¹²⁾ Estos embarazos entonces, incrementan los riesgos para la vida de la joven madre y su bebé.⁽⁵⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ Pero además impactan sobre aspectos sociales y económicos que determinan y condicionan la vida de la gestante adolescente y su futuro hijo, teniendo en cuenta los contextos de educación y empleo futuro limitados.⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾

De acuerdo a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, 11% de los nacimientos en el mundo provienen de madres adolescentes entre los 15 y los 19 años.⁽⁵⁾ En Colombia, las estadísticas vitales del Departamento administrativo Nacional de estadística (DANE), reportaron para el año 2021 un total de 4.726 niñas entre los 10 a 14 años que fueron madres entre 2015 y 2021 representando el 21,8 % del total de nacimientos, mientras que entre los 15 y 19 años 106.695 embarazos representaron el 21,5 % de los nacimientos comprendidos en este periodo.⁽¹⁶⁾ En Santander para el año 2020, de los 26.216 nacimientos ocurridos, 4.000 (15,2 %) ocurrieron en niñas entre los 10 y 19 años.⁽¹⁷⁾ Para 2021, 3.744 (14,5 %) fueron gestaciones en adolescentes; en Bucaramanga, del total de nacimientos en 2021 se presentaron 822 (12,4 %) embarazos en adolescentes.⁽¹⁸⁾

Se llevó a cabo la recolección de datos en uno de los hospitales que forma parte de la red de atención de la ESE ISABU (Instituto de Salud de Bucaramanga) en donde para 2020 se registraron un total de 1.284 nacimientos, de los cuales 215 (16,7%) corresponden a hijos de madres adolescentes y para 2021 se reportaron 1.156 nacimientos, de los cuales 273 (23,6%) son hijos de madres adolescentes.

En Santander la investigación de esta si-

tuación se ha convertido en algo limitado. Para el año 2005 se realizó un estudio de caracterización en la misma red de atención, en el que se establecieron las características demográficas, socioculturales y familiares de 336 gestantes adolescentes; dentro de los principales datos encontrados se estableció la edad promedio de embarazo a los 17 años, el inicio de relaciones sexuales a los 15 años, el 52,1 % cursaba o había terminado la secundaria y el 51,8 % pertenecía a un estrato socioeconómico bajo; se obtuvo información sobre planificación familiar, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas.⁽¹⁹⁾ No obstante, a la fecha no se han reportado nuevos estudios con las variables que se tuvieron en cuenta en este primer acercamiento al tema, por lo tanto, este estudio trató de definir los cambios en la dinámica de esta población a lo largo del tiempo teniendo en cuenta las altas tasas de presentación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población. Se realizó estudio analítico tipo panel, en el que se incluyeron pacientes embarazadas entre los 10 y 19 años o en puerperio menor a 72 horas, que asistieron a los servicios de atención del Hospital Local del Norte, institución de segundo nivel, perteneciente al Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) y a la Unidad intermedia materno infantil Santa Teresa (UIMIST), parte de la red pública de atención de Bucaramanga entre 2020 y 2021, que aceptaran participar en el estudio y estuvieran de acuerdo con el diligenciamiento de la encuesta y su respectivo asentimiento y consentimiento informado por el responsable legal en caso de tratarse de una paciente menor de edad, en conformidad a las leyes colombianas.

Se excluyeron aquellas participantes con limitaciones cognitivas que impedían la comprensión del formato de recolección de información, aquellas bajo el efecto de alucinógenos o fármacos psicotrópicos, además de pacientes con abortos u óbitos fetales en el momento de la recolección de información. Se realizó un muestreo secuencial hasta completar el tamaño de muestra, el cual se estimó basado en las estadísticas de Santander y de acuerdo con el estudio de Ortiz et al.⁽¹⁹⁾, con una prevalencia de 21,4 %, un nivel de confianza de 95 % efecto de diseño de 1, precisión de 5 % y una tasa de no respuesta de 16,7 %, proyectado una muestra ajustada de 311 gestantes adolescentes (Winepi.net 4.2).

Procedimiento. El estudio se llevó a cabo en adolescentes embarazadas usuarias de los servicios de las instituciones de salud previamente mencionadas tras acreditar los criterios de inclusión y exclusión se procedió a recolectar la información mediante un formato tipo encuesta autodilenciado.

Variables medidas. El instrumento contenía información dividida en distintas secciones. En la primera parte se buscó información sociodemográfica, la segunda y tercera parte de la encuesta abordó aspectos clínicos y el uso de métodos de planificación familiar, el cuarto componente evaluó los aspectos psicosociales y el quinto módulo se refería a su compañero.

Análisis estadístico. La información se ingresó directamente en el programa Microsoft Excel por duplicado y de forma independiente por dos personas del equipo que fue exportada al programa estadístico STATA 14,0 donde se realizaron los análisis respectivos. Los resultados se presentan en frecuencias absolutas (FA) y proporciones (%) para las variables cualitativas, la prueba de

Chi cuadrado (χ^2) se usó para equiparar variables de tipo cualitativo y t de Student para las variables cuantitativas. Valores de p menores o iguales a 0,05 fueron de significancia estadística.

Aspectos éticos. De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, las Pautas CIOMS y conforme a la Resolución 8430 de 1993, esta es una investigación de riesgo mínimo y contó con el aval de los comités de ética e investigación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y de la ESE ISABU (SC- 065-2020). Se respetó la confidencialidad de los datos, el anonimato de las participantes y el manejo adecuado de la información recolectada.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 350 gestantes adolescentes entre los 13 y 19 años usuarias de los servicios del Hospital Local del Norte y UIMIST en un periodo comprendido entre octubre de 2020 y noviembre de 2021.

Al realizar el análisis comparativo (tabla 1) de los resultados obtenidos entre la cohorte de 2020-2021 con la cohorte de 2005 obtenida por Ortiz et al., se determina que la mediana de la edad en la población de 2021 fue de 18 años mientras que la de 2005, 17 años.

La estratificación socioeconómica en Colombia se basa en 6 estratos, el Estrato 1: Bajo-Bajo. Los inmuebles clasificados en esta categoría suelen tener carencias importantes en calidad de infraestructura y servicios públicos. Sus habitantes suelen tener marcadas necesidades y denotan un alto nivel de pobreza monetaria. En cuanto al estrato socioeconómico, solo la mitad de las gestantes (51,7 %) de 2005 pertenecía a estrato 1, en comparación con el 79,1 % de la población de 2021 (valor de $p < 0,001$).

Se identificó solo un pequeño incremento en el porcentaje de gestantes que convivían en unión libre de un 61,2 % (2005) al 68,6 % para 2021 y el 66,1 % de las gestantes de 2005 eran amas de casa, en comparación con el 51,7 % de 2021, (valor de $p < 0,001$), un mayor número de gestantes continuaban o finalizaban sus estudios secundarios pasando de 52,3 % para 2005 al 78,6 % en 2021 ($p < 0,001$).

En cuanto a las variables clínicas cabe resaltar que no hubo diferencias en la edad de inicio de relaciones sexuales planteada para los dos grupos, siendo en promedio de 15 años. El 30,3 % de las gestantes de 2021, en comparación con el 18 % de las de 2005, era madre por segunda o tercera vez, demostrando que hubo un incremento en casi el doble de nuevas gestaciones en población adolescente. Se identificó que el padre del bebé del 17,4 % de las adolescentes con más de una gestación al momento de la encuesta de 2021, era un padre diferente a la gestación previa en comparación con el 5,7 % de la cohorte de 2005 ($p < 0,001$), esto asociado a un incremento en el número de compañeros sexuales durante la vida de las adolescentes, dado que en 2005 el 34,2 % reconocía más de un compañero sexual en comparación con el 58 % en el grupo analizado en 2021 ($p < 0,001$). Hay que mencionar además que tanto para 2005 como para 2021 más del 50 % de las pacientes no deseaba estar embarazada (59,2 % *versus* 62,6 %, respectivamente), sin ver un impacto significativo de este sentimiento en las tasas de aborto.

Se establece además que en comparación con 2005, existe un mayor acceso a la información sobre métodos de planificación familiar, reconocido por las participantes (61,8 % en 2005 *vs.* 85,7 % en 2021; $p < 0,001$), sigue siendo en su mayoría adquirida en sus

instituciones educativas en un 31,5 % para 2005 en comparación con un 39,7 % en 2021 ($p = 0,026$), tornándose de suma importancia la información que las mujeres adquieren desde el hogar, estableciendo un incremento para las participantes analizadas en 2021 de la información brindada por padres en este tema (28 %) *vs* un 13,8 % en 2005 ($p < 0,001$), pero adicionalmente se encontró un incremento en la información recibida por personal de salud, que es quizá uno de los ejes que se deba impactar.

Se destaca el aumento en el uso de métodos de planificación familiar al comparar los grupos en casi el doble entre 2005 y 2021 (del 33,9 % al 62,9 % $p < 0,001$), mostrando una mayor accesibilidad a estos servicios con el correr de los años, comportamiento diferente al de programas de promoción y prevención como el de toma de citología cervicouterina, para el cual más del 60 % de las gestantes tanto en 2005 como en 2021 no había accedido a este tipo de servicios (74,8 % *vs* 68,9 %, respectivamente).

En cuanto a factores familiares, se establecieron diferencias entre gestantes provenientes de familias con padres separados, que pasó de un 53,8 % *vs* un 31,7 % para 2021 ($p < 0,001$), así mismo y a pesar del impacto familiar que acarrea una gestación adolescente en el núcleo familiar, se identificó una mayor aceptación por madre y padre de la menor en la cohorte de 2021 en comparación con la cohorte de 2005 (74,6 % - 55,7 % *vs* 57,9 % - 36,9 %, respectivamente, valor de $p < 0,001$ para ambas variables) y además una menor tasa de abandono por parte de la red de apoyo de la gestante en esta etapa de mayor vulnerabilidad, encontrando una reducción en el porcentaje de gestantes que vivían solas pasando de un 3,3 % en 2005 a un 0,3 % en 2021 ($p = 0,003$).

Tabla 1.

Análisis comparativo de resultados evidenciados en 2005 y 2021.

VARIABLES	2005.		2021		VALOR DE P
	333		350		
	n	%	n	%	
Sociodemográficas					
Edad	17*	13-19**	18*	13-19**	0,982
Estrato socioeconómico bajo (1)	172	51,7	277	79,1	<0,001
Afiliación a seguridad social	327	98,2	332	94,9	0,018
Estado civil Unión libre	204	61,2	240	68,6	0,045
Ocupación hogar	220	66,1	181	51,7	<0,001
Básica secundaria finalizada o en curso	174	52,3	275	78,6	<0,001
Obstétricas					
Más de una gestación	60	18,0	106	30,3	<0,001
Planificación y sexualidad					
Edad inicio relaciones sexuales	15*	11-16**	15*	11-18**	1,000
Paternidad diferente en cada embarazo	19	5,7	61	17,4	<0,001
Más de un compañero sexual	114	34,2	203	58,0	<0,001
Ha tenido información sobre planificación	206	61,8	300	85,7	<0,001
Dónde recibió información					
Colegio	105	31,5	139	39,7	0,026
Padres	46	13,8	98	28,0	<0,001
Amigos	27	8,1	39	11,1	0,180
Personal de salud	47	14,1	70	20,0	0,041
Medios de comunicación	2	0,6	4	1,1	0,448
Uso de métodos de planificación	113	33,9	220	62,9	<0,001
Embarazo actual no deseado	197	59,2	219	62,6	0,361
Intento de aborto	15	4,5	22	6,3	0,304
No toma de CCV	249	74,8	241	68,9	0,086
Historia de ITS	12	3,6	12	3,4	0,901
Aspectos psicosociales					
Con quién vive					
Sola	11	3,3	1	0,3	0,003
Con la pareja	124	37,2	124	35,4	0,623
Con los padres	120	36	103	29,4	0,066
Proviene de familia con padres separados	179	53,8	111	31,7	<0,001
Aceptación del embarazo por parte de madre	193	57,9	261	74,6	<0,001
Aceptación del embarazo por parte de padre	123	36,9	195	55,7	<0,001
Violencia familiar	87	26,1	91	26,0	0,970
Edad de violencia sexual	13*	9-14**	16*	14-17**	0,665
Hija de madre adolescente	247	74,1	250	71,4	0,420
Hermana gestante en la adolescencia	113	33,9	138	39,4	0,137
Prácticas de riesgo					
Consumo de sustancia psicoactivas	28	8,4	50	14,3	0,016
Información del compañero					
Mediana de la edad	21*	15-49**	22*	15-42**	0,991
Trabaja	294	88,3	312	89,1	0,724
Bachillerato completo	171	51,4	120	34,3	<0,001
Consumo algún tipo de sustancia	158	47,5	169	48,3	0,826
Antecedentes de arresto	50	15	68	19,4	0,127
Reacción ante el embarazo					
Deseaba el embarazo	211	63,4	217	62,0	0,713
Abandono	49	14,7	22	6,3	<0,001
Sugirió interrumpir el embarazo	24	7,2	22	6,3	0,631

*Mediana; **Rango intercuartílico

Llama la atención que con el pasar de los años no se ha impactado de manera significativa en factores como la violencia intrafamiliar, dichos entornos violentos continúan reportándose en un 26 % de las pacientes encuestadas, cifra que no ha cambiado con respecto a 2005. Cabe mencionar adicionalmente, cuando hablamos de dinámicas familiares que el ser hija de madre adolescente parece ser un problema perpetuado en el tiempo, más del 70 % de las adolescentes son hijas de madres adolescentes (74,1 % para 2005 *versus* un 71,4 % para 2021).

Al hablar de las conductas de riesgo de las adolescentes se encontró un incremento en la población que reconocía haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva en algún momento de su vida pasando de un 8,4 % en 2005 a un 14,3 % para 2021 ($p=0,016$), siendo un factor de riesgo conocido cuando se trata de factores determinantes en la gestación a temprana edad.

En cuanto al grado de escolaridad de las parejas de las adolescentes, se encontró una reducción en el número de los que terminaron sus estudios de bachillerato en comparación con 2005, encontrando que el 34,3 % de los hombres de 2021 había terminado sus estudios *vs.* el 51,4 % de los de las participantes de 2005 ($p < 0,001$). Otra de las diferencias significativas entre las variables analizadas entre las dos cohortes fue la reacción del padre del bebé al enterarse de la gestación, considerando que las tasas de abandono por parte del compañero sentimental eran del 14,7 % para 2005 *vs.* el 6,3 % para 2021 ($p < 0,001$).

Importante resaltar que al interrogar sobre conductas de riesgo por parte del compañero no existen variaciones importantes con el paso de los años, el 48,3 % consume sustancias psicoactivas (comparado con un

47,5 % en 2005) y el 19,4 % de estos hombres ha sido arrestado alguna vez en su vida (comparado con un 15 % en 2005). Se muestra el análisis comparativo completo en la Tabla 1.

DISCUSIÓN

El embarazo y la maternidad en la adolescencia se convierten en una problemática importante a tratar, dada la complejidad de los aspectos asociados a ella.⁽²⁰⁾ De acuerdo con el presente estudio y en concordancia con lo reportado por Ortiz et al. en 2005 el inicio de vida sexual en las adolescentes participantes se da hacia los 15 años⁽¹⁸⁾; hallazgos que difieren con los reportes estadísticos colombianos basados en la ENDS que reporta una edad de inicio de las relaciones sexuales, para 2015 de 17,7 años.⁽²¹⁾

Al realizar el análisis se encontró un mayor número de adolescentes pertenecientes al estrato 1, concordando con los resultados de los estudios realizados en Latinoamérica y el Caribe, en donde los nacimientos de adolescentes siguen concentrándose en las mujeres más pobres⁽²²⁾, al igual que en Reino Unido y Estados Unidos en donde las tasas más altas de embarazo adolescente se presentan en los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos,⁽²³⁾ esto se relaciona a lo ya publicado en la literatura, en donde se describe que las niñas que eligen quedar embarazadas lo hacen porque tienen perspectivas educativas y laborales limitadas⁽⁴⁾⁽²⁴⁾ y que aquellas jóvenes que se desarrollan en sociedades más equitativas pueden retrasar la maternidad o la unión conyugal a favor de la educación, la participación en la fuerza laboral o en el desarrollo de un proyecto de vida.⁽²⁵⁾

El asumirse el inicio de la vida sexual a

una edad temprana, se instaura una conducta sexual de riesgo, la cual está determinada entre otras cosas por las relaciones conflictivas y los entornos de violencia en los que viven los adolescentes. Lo anterior se vio reflejado en los resultados de 2005, al igual que en el presente estudio, teniendo en cuenta que el 53,8 % en 2005 y el 31,71 % de las gestantes de 2021, provenían de hogares con padres separados, datos concordantes con un estudio realizado en estudiantes de educación secundaria obligatoria de Castilla y León en España, en donde se identificó que adolescentes que inician su vida sexual a una edad más temprana eran adolescentes de 14 años con padres divorciados.⁽²⁶⁾ Por ende, se torna importante generar un impacto significativo en las políticas de fortalecimiento de familia, las cuales tengan en cuenta no solo los cambios económicos y sociales de la población sino también consideren el impacto de la transición demográfica que se vive actualmente.⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾

El hallazgo de que el 74,1 % de las adolescentes de 2005 y el 71,4 % de las gestantes incluidas en este trabajo son hijas de madres adolescentes, indica que el problema se perpetúa a lo largo de las generaciones, por lo que se recomienda buscar estrategias que permitan cerrar el círculo de ocurrencia de este fenómeno, considerando el enfoque en familia y en fortalecimiento de la información brindada a las adolescentes en lo que respecta al empoderamiento en su sexualidad y a sus decisiones en torno a su fecundidad.⁽²⁹⁾

Por otro lado, es importante mencionar los factores de riesgo de embarazos repetitivos en la población adolescente; teniendo en cuenta la literatura actual se han podido identificar antecedentes de aborto espontáneo (OR 1,659 IC 1,082-2,544), multipa-

ridad (OR 1,659 IC 1,425-1,931) y planificación de una gestación en esta edad (OR 1,735 IC 1,3-2,316) como los factores más importantes.⁽³⁰⁾ El análisis comparativo permitió visualizar que la ocurrencia de embarazos previos sigue siendo un factor asociado, evidenciándose incluso un incremento mayor del 12 % entre lo observado en 2005 y 2021; en 2005 Ortiz et al. reportaron que las gestantes adolescentes con más de una gestación correspondían al 18 % del total de población y el 58,9 % afirmaron haber deseado quedar embarazadas, de acuerdo con nuestros resultados un 30,3 % de la población había tenido un embarazo previo y 37,4 % deseaba una gestación en esta edad.⁽¹⁸⁾

Llama la atención la cifra de 62,57 % de pacientes que informaron no desear su gestación que contrasta con el 6,29 % que intentó terminarla, datos que no han variado de manera significativa en el tiempo al comparar con el estudio de 2005 (59,2 % y 4,5 % para cada variable, respectivamente). Esto permite inferir que quizás la información sobre los derechos que tienen las gestantes sobre la terminación voluntaria del embarazo no está clara, por lo cual debe ser responsabilidad de las instituciones de salud, proveer dicha información para la toma de decisiones libres y bien informadas no solo en torno a interrupción voluntaria del embarazo, sino también a su sexualidad.⁽³¹⁾

Se resalta adicionalmente los aspectos favorables del análisis comparativo de la cohorte de 2005 con la de 2021, en donde se identificaron: mayores tasas de apoyo y aceptación del embarazo por parte de los padres de la adolescente (de un 57,9 % a un 74,6 % por la madre y de un 36,9 % a un 55,7 % por el padre) a pesar del impacto que estas gestaciones tienen en el ciclo vital del sistema familiar, implicando periodos de cri-

sis e incluso de la percepción de fracaso para los padres y la sociedad.⁽³²⁾ Se documentó un mayor grado de información recibida por las adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva por parte de sus cuidadores, comparada con las adolescentes de la cohorte de 2005. Además de una reducción en las tasas de abandono por parte de las parejas de las adolescentes (14,3 % a 6,3 %, respectivamente), esto explicado de acuerdo al estudio de Kane et al. en 2019, por el cambio en la actitud del hombre actual frente a un embarazo no deseado, siendo dependiente de las normas y roles sociales en los cuales se desenvuelva el individuo.⁽²³⁾

Se ha establecido entonces que si bien la población adolescente conoce diferentes métodos de planificación familiar y dicha información ha ido en aumento, si comparamos los datos de 2005 con nuestro estudio, aún existen dificultades importantes en su uso. De acuerdo con Montenegro et al., en la ciudad de Barranquilla el 89,9 % de las participantes afirmaba conocer sobre métodos de planificación familiar y su correcto uso.⁽³³⁾ Este es quizás, en general, uno de los temas más importantes a impactar: lograr el fortalecimiento del autoestima de nuestras adolescentes, desde sus hogares, entornos educativos y sociedad además de brindar herramientas para que luchen por lograr el empoderamiento y la equidad de las niñas y jóvenes, siendo este uno de los objetivos de desarrollo sostenible, para lo cual es clave contar con una educación sexual con un enfoque integral que supere los modelos biológico y moral-religioso y que tenga también en cuenta la expresión de los deseos sexuales, las emociones y los sentimientos, el cuidado del propio cuerpo y el de los otros y se base en la perspectiva de género y la de los

derechos humanos logrando un ejercicio informado, libre y responsable de su sexualidad.⁽³¹⁾

Fortalezas y limitaciones. Se trata de un análisis con enfoque comparativo con el estudio de Ortiz et al. de 2005⁽¹⁹⁾, en el cual la información aquí reunida es un insumo de alta relevancia para los programas y estrategias que la institución implementa con el objetivo de disminuir este indicador. Los resultados aquí obtenidos están limitados en su gran mayoría al estrato socioeconómico al que pertenecen el grupo de pacientes objeto de la investigación además de que se trata de un estudio observacional el cual es susceptible a sesgos de información derivados del participante.

CONCLUSIÓN

El embarazo en adolescentes sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública cuya prevalencia no ha cambiado de manera significativa en los últimos años en las poblaciones analizadas; siendo importante considerar una mayor incidencia de conductas de riesgo asumidas por las adolescentes para ser identificados en torno a la maternidad en la adolescencia. Se establece entonces que, si bien los adolescentes conocen y obtienen información acerca de métodos de planificación familiar, las dificultades se presentan en el uso adecuado de ellos, por ende se hace imperativo reforzar la consejería y educación en el uso correcto de los mismos, en la importancia del autocuidado, el empoderamiento de la mujer en su salud sexual y reproductiva, fortalecimiento de autoestima propiciando la disminución de conductas de riesgo sexual que incrementan las posibilidades de una gestación.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. Los autores declaran no haber recibido subvención específica para esta investigación

Agradecimientos

Stephanie Paba Rojas y Dannia Rosas Pabón estudiantes de pregrado VI año de medicina Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de Bucaramanga, Hospital local del Norte y UIMIST

Bibliografía

- Mendivelso Duarte Fredy Orlando. Comportamiento del embarazo adolescente en Colombia [Internet]. Análisis epidemiológico 2000 a 2011. 2012 [cited 2020 Feb 17]. Available from: http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/comportamiento_del_embarazo_adolescente_en_colombia.pdf
- Decker MR, Kalamar A, Tunçalp Ö, Hindin MJ. Early adolescent childbearing in low- and middle-income countries: associations with income inequity, human development and gender equality. Health Policy Plan [Internet]. 2016 Sep 10 [cited 2020 Feb 9];32(2):czw121. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czw121>
- Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health [Internet]. 2017 United Nations Population Fund - UNFPA and WHO for the Adolescent Working Group under EWEC. Available from <https://www.unfpa.org/publications/technical-guidance-prioritizing-adolescent-health>
- Rojas-Betancur M, Méndez-Villamizar R. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(1): 81-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016009>
- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121 Suppl 1:40–8.
- Embarazo en la adolescencia - Organización Mundial de la salud. 15 de septiembre de 2022 [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Quintero Rondón, A. P. & Rojas Betancur, H. M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, 222-237. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
- Corona HF, Funes DF. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Rev Médica Clínica Las Condes. 2015;26(1):74–80.
- Pinzón-Rondón AM, Ruiz-Sternberg AM, Aguilera-Otalvaro PA, Abril-Basto PD. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018 Nov 1;83(5):487–99.
- Murad Rocío, Rivillas Juan Carlos, Gómez German, Sicachá Jorge, Vargas Victoria. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 15]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS_No_P/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf
- Comportamientos relacionados con la salud de los adolescentes. [Internet]. [cited 2020 Feb 15]. Available from: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section4>
- Habito CM, Vaughan C, Morgan A. Adolescent sexual initiation and pregnancy: what more can be learned through further analysis of the demographic and health surveys in the Philippines? BMC Public Health [Internet]. 2019 Dec 20 [cited 2020 Feb 15];19(1):1142. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7451-4>
- La-Orpipat T, Suwanrath C. Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand. J Obstet Gynaecol (Lahore) [Internet]. 2019 Oct 3 [cited 2020 Feb 15];39(7):934–40. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2019.1581736>
- Robson D, Daniels S, Flatley C, Kumar S. Obstetric and perinatal outcomes for twin pregnancies in adolescent girls. Sci Rep. 2018 Dec 1;8(1):1–6.
- González-Andrade F, Saeteros-Cordero X. Pregnancy in adolescence and adverse neonatal outcomes in Ecuadorian mestizo newborns. Pediatr Neonatol. 2019;0(0).
- Departamento Administrativo Nacional de estadística - DANE Ramírez RV, Quintero KC, Cote H. Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia. OPS - DANE. 2021.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Nacimientos 2020 [Internet]. [cited 2023 Jan 14]. Available from:

- <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2020>
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Nacimientos 2021 [Internet]. DANE. 2021 [cited 2023 Mar 13]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2021>
 19. Ortiz R, Anaya N, Sepúlveda C, Torres S, Camacho P. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *MedUNAB*. 2010;8(2).
 20. Wong SPW, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk Factors and Birth Outcomes Associated with Teenage Pregnancy: A Canadian Sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2020;33(2):153–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.10.006>
 21. Ministerio de salud y protección social; profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2015;219;220.
 22. Neal S, Harvey C, Chandra-Mouli V, Caffé S, Camacho AV. Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: Disaggregated data from demographic and health surveys. *Reprod Health* [Internet]. 2018 Aug 29 [cited 2022 Oct 4];15(1):1–10. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12978-018-0578-4>
 23. Kane J, Lohan M, Kelly C. Adolescent men's attitudes and decision making in relation to pregnancy and pregnancy outcomes: An integrative review of the literature from 2010 to 2017. *J Adolesc*. 2019 Apr 1;72:23–31.
 24. Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Dec 16 [cited 2020 Feb 22];17(1):65. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1246-3>
 25. Fernández Y, Calle A. Empoderamiento femenino: La vía para la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos Female empowerment: the way to the appropriation exercise of sexual and reproductive of women. *Manglar*. 2017;14(2):107–14.
 26. Royuela Ruiz P, Rodríguez Molinero L, Marugán de Miguelsanz JM, Carbajosa Rodríguez V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*. 2015;17(66):127–36.
 27. MinSalud. De Apoyo Y Fortalecimiento a Las familias. Ministerio de Salud de la Republica de Colombia 2018.
 28. Mora-Guerrero GM, Escárate-Colín LM, Espinoza-Lerdón CA, Peña-Paredes AB. Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. *Prospectiva* [Internet]. 2021 Jul 1;151–71. Available from: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.10785>
 29. Fonseca Padilla E PI. Análisis dinámicas familiares , redes de apoyo y embarazo adolescente Erwin Fonseca Padilla Directora : Irene Parra Universidad El Bosque Facultad de Medicina Programa Especialización en Salud Familiar y Comunitaria Bogotá , D . C . AGRADECIMIENTOS. Univ El Bosque. 2019;
 30. Maravilla JC, Betts KS, Couto e Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;217(5):527-545.e31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021>
 31. Prada D, Rojas DE, Vargas P, Ramírez J. El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias. *Salud Areandina*. 2015;4(2):66–74.
 32. Antonio Navarrete Cueto C, Rosalía Flores Peña -Maira, Rojas García -Beatriz, Guzmán Pérez M, Castañeda González -Astrid G. Características de las familias de adolescentes embarazadas pertenecientes a un contexto escolar. *CIEG, Rev Arbitr DEL Cent Investig Y Estud GERENCIALES* [Internet]. 2019;263–75. Available from: www.grupocieg.org
 33. Montenegro C, Milena S, Guerra S, Rojas I. Conocimientos y prácticas en sexualidad en - ProQuest. *Arch Venez Farmacol y Ter* [Internet]. 2021;40(1):63–7. Available from: <https://www.proquest.com/docview/2545668683/A81CBACB76BF45A6PQ/1>

**El secreto de continuar
tan femenina y natural....**

ColpoEstriol[®] *estriol*

**Dos efectivas alternativas
para un tratamiento completo**



**La alternativa
estrogénica natural**



TEMIS LOSTALO
Excelencia farmacéutica



Gador
Al Cuidado de la Vida

Endometritis crónica y fertilidad: diagnóstico histeroscópico y su correlación con los resultados anatomopatológicos

Chronic endometritis and fertility: hysteroscopic diagnosis and its correlation with pathological results

Unidad de Histeroscopia - Hospital Británico
Clínica Ginecotológica C

Pisón R¹, Boutmy M², Soust A³, Della Ventura R⁴, Alves J⁵, Gualco G⁶

Resumen

La endometritis crónica (EC) es una entidad que ha sido reconocida en los últimos 10-15 años. Si bien generalmente se presenta con síntomas inespecíficos o es asintomática, su existencia se asocia a resultados reproductivos adversos. Aún existen múltiples dudas acerca de cuál es

la mejor herramienta para su diagnóstico, a que pacientes deberíamos estudiar y cuál es el tratamiento más específico y efectivo que deberíamos realizar.

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer y comparar la correlación diagnóstica entre los hallazgos macroscópicos obtenidos durante la histeroscopia con el diagnóstico histológico realizado mediante inmunohistoquímica (IHQ) (CD38, CD138) en la biopsia endometrial.

Es un estudio observacional retrospectivo, realizado en el Hospital Británico de Montevideo Uruguay, en el período comprendido entre el 1 de mayo de 2019 y el 31 de enero de 2023. Se incluyeron 120 pacientes en las que se solicitó una histeroscopia como valoración de su fertilidad y se les realizó una biopsia endometrial para confirmar o descartar el diagnóstico de endometritis crónica mediante IHQ.

El 70 % de las pacientes que tenía una IHQ positiva para EC tenía hallazgos histeroscópicos consistentes con este diagnóstico. El 74 % de las

1. Ex asistente Clínica Ginecotológica C
2. Prof. Adj. Clínica Ginecotológica C
3. Asistente Clínica Ginecotológica C
4. Ex Residente Clínica Ginecotológica C
5. Jefe de Ginecología Hospital Británico
6. Directora de Patología - Laboratorio Diagnóstico Montevideo

Unidad de Histeroscopia - Hospital Británico
Clínica Ginecotológica C

Pison R
<https://orcid.org/0000-00003-1636-1081>
Boutmy M
<https://orcid.org/0000-0001-6868-8233>
Soust A
<https://orcid.org/0000-0003-0529-2738>
Della Ventura R
<https://orcid.org/0009-0006-3865-655x>
Alves J
<https://orcid.org/0000-0001-7902-4213>
Gualco G
<https://orcid.org/0000-0003-0245-2804>

Autor corresponsal: rosinapisongarcia@gmail.com
Recibido: 05/07/2023 Aceptado: 31/10/2023

pacientes con IHQ negativa no presentaba hallazgos histeroscópicos de endometritis. Un 30 % de pacientes con IHQ positiva no presentaba hallazgos histeroscópicos compatibles con EC. Además, las pacientes con IHQ negativa generalmente no presentaron hallazgos compatibles con endometritis en la histeroscopia. Estos hallazgos indican una buena correlación entre los hallazgos histeroscópicos y el diagnóstico histológico definitivo de EC en nuestro centro. Cabe destacar que este es el primer estudio realizado en nuestro medio sobre el diagnóstico histeroscópico de endometritis crónica.

Palabras claves: endometritis crónica, histeroscopia, inmunohistoquímica CD138

Abstract

Chronic endometritis (CE) is an entity that has been recognized in the last 10-15 years. Although it generally presents with non-specific symptoms or is asymptomatic, its existence is associated with adverse reproductive outcomes. There are still many doubts about what is the best tool for diagnosis, which patients we should study and what is the most specific and effective treatment that we should perform.

The aim of our study was to understand and compare the diagnostic correlation between the macroscopic findings obtained during hysteroscopy with the histological diagnosis performed through immunohistochemistry (IHC) (CD38, CD138) in endometrial biopsy.

It is a retrospective observational study, carried out at the British Hospital of Montevideo Uruguay, in the period between May 1, 2019 and January 31, 2023. We included 120 patients who underwent hysteroscopy for fertility assessment, and an endometrial biopsy was performed to confirm or rule out the diagnosis of chronic endometritis using IHC.

70% of patients who had a positive IHC for CE exhibited hysteroscopic findings consistent with this diagnosis. 74% of patients with negative IHC did not present hysteroscopic findings of endometritis. We identified 30% of patients with a positive IHC who did not present hysteroscopic findings compatible with CE. Additionally, patients with negative IHC generally did not exhibit findings consistent with endometritis on hysteroscopy. These findings indicate a good correlation between hysteroscopic findings and the definitive histological diagnosis of CE in our center.

It should be noted that this is the first study carried out in our environment on the hysteroscopic diagnosis of chronic endometritis.

Key words: chronic endometritis, hysteroscopy, CD138 immunohistochemistry.

INTRODUCCIÓN

La endometritis crónica es un estado inflamatorio del endometrio causado por microbiota endometrial anormal.¹ Se caracteriza por la presencia de plasmocitos en el estroma endometrial.² Los patógenos generalmente involucrados son *Enterobacterias*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Mycoplasma* y *Ureaplasma*.

En los últimos años ha habido un creciente interés en esta entidad debido a su asociación con la infertilidad, la pérdida recurrente del embarazo y las fallas repetidas en la implantación.^{1,4} Aunque puede ser asintomática, se encuentra en más del 40 % de las pacientes con infertilidad.³ Los síntomas, cuando están presentes, pueden incluir sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico, dispareunia y flujo vaginal. La presencia de endometritis crónica se asocia con una disminución tanto en los embarazos resul-

tantes de técnicas de reproducción asistida como en los embarazos espontáneos.^{3,5,6} Se ha observado que las mujeres con endometritis crónica tienen tasas más bajas de embarazo y nacidos vivos en comparación con aquellas que no la padecen.¹ Sin embargo, los resultados de los tratamientos de fertilidad de alta complejidad son similares en pacientes con endometritis tratadas y aquellas sin endometritis.¹ Se ha demostrado que, las pacientes sometidas a tratamientos de fertilidad que tenían endometritis grave, los resultados son peores en comparación con los casos leves.¹ No existen dudas que el tratamiento para la endometritis mejora los resultados en pacientes sometidas a tratamientos reproductivos de alta complejidad que presentan fallas recurrentes de implantación.⁵

El diagnóstico de la endometritis crónica sigue siendo objeto de debate en cuanto a cuál es la mejor herramienta. Actualmente, se considera que el *gold standard* para el diagnóstico es la detección histológica de plasmocitos en el estroma endometrial en la biopsia de endometrio.⁷ Sin embargo, la detección de plasmocitos con las tinciones convencionales puede presentar dificultades debido a factores que confunden, por lo que el uso de la IHQ ha demostrado mejorar su detección.⁸

El syndecan-1 (CD138) es un proteoglicano que se encuentra en la superficie celular de los plasmocitos, pero no se expresa en células mononucleares, linfocitos o células estromales, lo que evita confusiones al identificar la presencia de plasmocitos con las tinciones habituales.⁸ Por lo tanto, el marcador CD138 (syndecan1) se utiliza para el diagnóstico de endometritis crónica porque se tiñe de manera efectiva en la superficie de las células plasmáticas.⁷

La biopsia endometrial necesaria para el estudio histológico puede realizarse por una biopsia a ciegas o mediante histeroscopia. La histeroscopia se considera el método de elección para evaluar la cavidad endometrial, ya que permite realizar una biopsia dirigida del endometrio durante el mismo procedimiento. En el año 2019, Cicinelli et al. llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar los hallazgos compatibles con el diagnóstico de endometritis crónica durante la histeroscopia.² Sin embargo, es importante tener en cuenta que la histeroscopia sigue siendo un procedimiento técnico dependiente que requiere una formación adecuada para poder realizar un diagnóstico preciso de esta entidad basado los hallazgos macroscópicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron 120 pacientes asistidas en el Hospital Británico en el período comprendido entre el 1 de mayo de 2019 y el 31 de enero de 2023.

Todas las pacientes incluidas se encontraban siendo evaluadas por esterilidad/infertilidad y la solicitud de la histeroscopia fue por esta causa. Durante el procedimiento se realizó una biopsia endometrial para confirmar o descartar por histología el diagnóstico de endometritis crónica.

Las histeroscopias fueron realizadas por dos técnicos de experiencia utilizando una óptica de 2,9 mm y un set de Bettocchi mediante técnica "vagina-histeroscopia de oficina". Se realizaron en consultorio y se utilizó suero fisiológico como medio de distensión. El diagnóstico de endometritis crónica en el informe histeroscópico se basó en la presencia de al menos uno de los siguientes hallaz-

Figura 1.

Hallazgos histeroscópicos de endometritis crónica. Fotos Dras Boutmy-Pisón. (A- Palidez endometrial, B- Piqueteado hemorrágico, C y D micropólipos)



gos macroscópicos a nivel endometrial: micropólipos, piqueteado hemorrágico y palidez endometrial (figura 1).

Durante la histeroscopia se realizó una biopsia endometrial dirigida en la zona de endometrio con los hallazgos más representativos de endometritis crónica. La biopsia se realizó con una pinza grasper de 5 Fr. Esta muestra histológica fue utilizada para el diagnóstico anátomo patológico de endometritis crónica. Todas las muestras histológicas fueron procesadas en el mismo laboratorio. Se realizó un primer análisis por tinción habitual con hematoxilina y eosina y luego se realizó inmunohistoquímica sobre la muestra utilizando los marcadores CD38 y CD 138 (figura 2).

Tomando en cuenta como *gold standard* para el diagnóstico de endometritis crónica los resultados de la IHQ, estos fueron correlacionados en forma retrospectiva con los hallazgos macroscópicos de la histeroscopia.

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes al realizar el procedimiento fue de 38 años. La prevalencia de endometritis crónica diagnosticada por inmunohistoquímica en este grupo de pacientes fue del 45 %.

Se encontró un 70 % (n=38) de las pacientes que tuvieron un diagnóstico de endometritis crónica mediante la biopsia e IHQ tenían hallazgos histeroscópicos compatibles con este diagnóstico (p value < 0.005) (Gráfica 1). El 74 % de las pacientes con IHQ negativa para endometritis crónica no tenían diagnóstico histeroscópico de endometritis crónica (n=49) (p value < 0.005) (Gráfica 2).

Hay un 30 % de pacientes que tuvieron una IHQ positiva para endometritis crónica pero que histeroscópicamente no presentaron hallazgos macroscópicos para este diagnóstico (n=16).

Un 31 % de pacientes que tuvieron un diagnóstico positivo de endometritis crónica

Figura 2.

Diagnóstico IHQ positivo para CD138 y CD38 (Dras Gualco, Musto y Ortega).

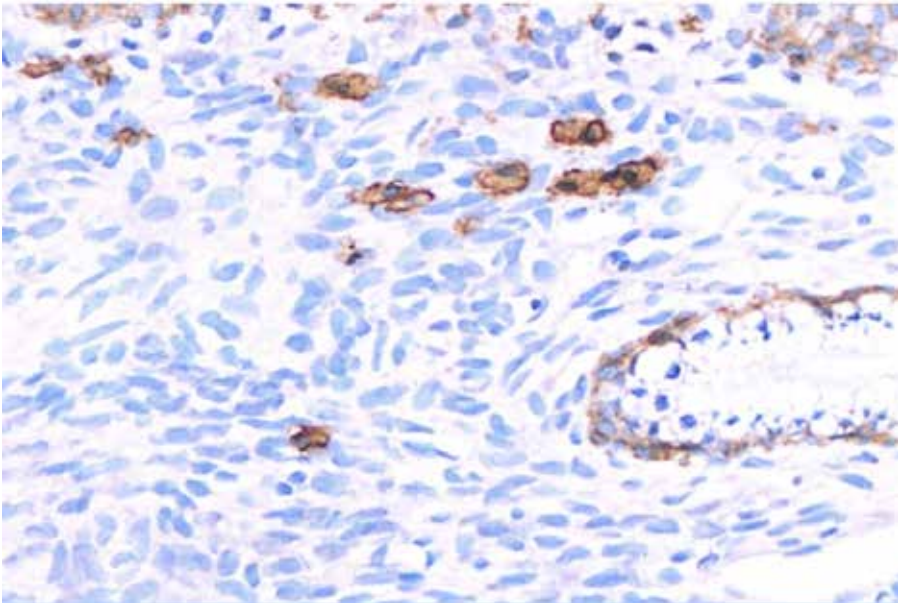


Gráfico 1.

Pacientes con IHQ positiva para EC (n=54) y resultados histeroscópicos

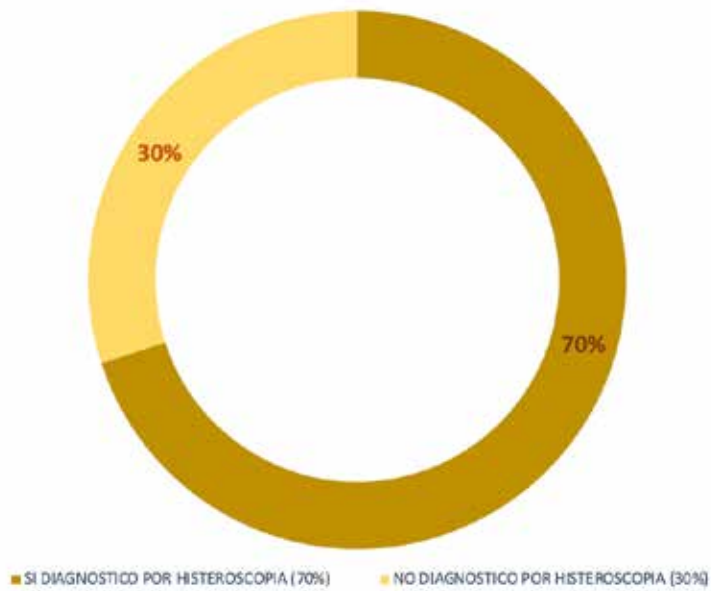
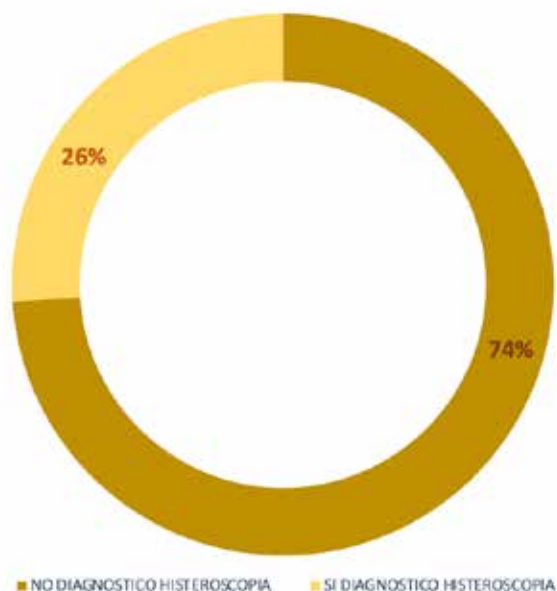


Gráfico 2.

Pacientes con IHQ negativa para EC (n= 66)



por histeroscopia que no se confirmó con el estudio histológico del endometrio.

DISCUSIÓN

El reconocimiento reciente de la endometritis crónica ha llevado a la falta de pautas claras para su diagnóstico y manejo. Se ha observado una mayor prevalencia de EC en mujeres con infertilidad, con estimaciones que oscilan entre el 2,8 % y el 3 9%, llegando incluso al 60-66 % en aquellas con pérdida recurrente de embarazo o fallos repetidos en la implantación³. En nuestro grupo de pacientes encontramos una prevalencia del 45 %, similar a datos publicados.

El valor de la histeroscopia en el diagnóstico de la EC no se limita solo a los hallazgos macroscópicos que permiten su identificación, sino que también es la forma más efectiva de obtener una biopsia endometrial pa-

ra el estudio histológico. Aunque es un procedimiento invasivo, se realiza en el consultorio con una baja tasa de complicaciones, lo que permite visualizar la cavidad uterina y obtener una biopsia dirigida del área más representativa del endometrio.

El diagnóstico clásico de endometritis se basa en el estudio histológico de la biopsia endometrial, donde la presencia de plasmocitos en el estroma endometrial es el punto clave para su confirmación.² Sin embargo, reconocer los plasmocitos en las biopsias convencionales puede resultar difícil incluso para patólogos experimentados, debido a su similitud con los leucocitos y los fibroblastos.^{2,9} El uso de marcadores como el CD138 mejora la certeza diagnóstica.² Sin embargo, el uso rutinario de IHQ en las biopsias endometriales en nuestro medio puede ser limitado debido a los costos no cubiertos por las prestaciones del Plan Integral de Atención a

la Salud, y además solo se realiza si se sospecha previamente o se solicita de forma rutinaria, lo que puede resultar en oportunidades perdidas para realizar este diagnóstico.

Es importante destacar que el diagnóstico histológico también tiene algunas limitaciones. La presencia de plasmocitos varía en las diferentes etapas del ciclo endometrial, siendo más común encontrarlos en la primera mitad del ciclo.⁹ La sola presencia de plasmocitos en el estroma endometrial no tiene la misma implicancia en todos los casos, su cantidad se correlaciona con la gravedad de la enfermedad, el pronóstico reproductivo y la necesidad de tratamiento.

Durante mucho tiempo se ha debatido cuáles son los hallazgos histeroscópicos que se correlacionaban con la presencia de EC. El trabajo de Cicinelli en 2019 identificó hallazgos histeroscópicos compatibles con el diagnóstico, como el piqueteado. Hemorrágico focal o generalizado (aspecto de fresa), los micropólipos de distribución focal o generalizada, y el endometrio engrosado y pálido en la fase folicular que indica edema endometrial. Por lo que para ajustar la precisión diagnóstica de EC que realizamos con histeroscopia se necesita tener experiencia en evaluar sistemáticamente la cavidad y realizar este procedimiento en el momento correcto del ciclo menstrual.

En base a nuestros resultados, podemos concluir que en nuestro centro la histeroscopia tiene una correlación mayor a un 70 % con el diagnóstico IHQ de endometritis crónica. Sin embargo, hemos observado que un 30 % de las pacientes con diagnóstico histológico positivo de endometritis no presentó hallazgos histeroscópicos, y un 31 % de las pacientes con diagnóstico histeroscópico no tuvo confirmación histológica. Aunque estos son resultados obtenidos con un tama-

ño de muestra pequeño, plantean la necesidad de investigar las posibles causas de estas discrepancias. En ambos casos, se debe tener en cuenta que la histeroscopia es un procedimiento técnico dependiente y que los hallazgos necesarios para el diagnóstico requieren experiencia y ser realizados en el momento adecuado del ciclo menstrual.

En los casos en los que se obtuvo un diagnóstico histológico de endometritis, pero no se diagnosticó durante la histeroscopia, se podría plantear la posibilidad de que estos sean casos de endometritis crónica leve (<5 plasmocitos/10HPF), lo que explicaría la falta de cambios relevantes a nivel endometrial. De hecho, la evidencia muestra que, en casos de endometritis leve, no existen diferencias en los resultados reproductivos entre las pacientes tratadas y las pacientes sin diagnóstico de endometritis.¹

En los casos en los que se diagnosticó endometritis durante la histeroscopia pero no se confirmó con el estudio histológico, esto podría deberse al momento del ciclo en que se realizó el procedimiento. Algunos hallazgos histeroscópicos pueden confundirse con cambios fisiológicos, especialmente en la etapa posmenstrual inmediata. Estos hallazgos plantean preguntas para investigaciones futuras que nos permitan determinar si es necesario realizar estudios histológicos en todas las pacientes evaluadas por infertilidad para descartar la presencia de esta entidad.

CONCLUSIONES

Con base en nuestros hallazgos, concluimos que existe una fuerte correlación entre la histología positiva para endometritis crónica y los hallazgos histeroscópicos compatibles con esta entidad. La falta de hallazgos his-

teroscópicos para endometritis crónica tiende a asociarse con resultados negativos en la IHQ. Sin embargo, se observó un porcentaje de pacientes con resultados positivos en la IHQ para endometritis crónica que no presentaron hallazgos histeroscópicos consistentes con el diagnóstico. Esto resalta las limitaciones de ambos métodos diagnósticos. Se requieren más estudios para mejorar la precisión del diagnóstico de endometritis crónica y para determinar la necesidad de realizar biopsias endometriales de rutina en pacientes evaluadas por problemas de fertilidad.

Estas conclusiones subrayan la importancia de seguir investigando y desarrollando enfoques diagnósticos más precisos para endometritis crónica. Además, se necesita una mayor comprensión de los factores que contribuyen a las discrepancias entre los resultados de la IHQ y los hallazgos histeroscópicos con el fin de mejorar la asistencia de las pacientes que tienen una endometritis crónica.

Bibliografía

1. Vitagliano A, Laganà AS, De Ziegler D, Cicinelli R, Santarsiero CM, Buzzaccarini G, et al. Chronic Endometritis in Infertile Women: Impact of Untreated Disease, Plasma Cell Count and Antibiotic Therapy on IVF Outcome—A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 12, *Diagnosics*. MDPI; 2022.
2. Cicinelli E, Vitagliano A, Kumar A, Lasmar RB, Bettocchi S, Haimovich S, et al. Unified diagnostic criteria for chronic endometritis at fluid hysteroscopy: proposal and reliability evaluation through an international randomized-controlled observer study. *Fertil Steril*. 2019 Jul 1;112(1):162-173.e2.
3. Moreno I, Cicinelli E, Garcia-Grau I, Gonzalez-Monfort M, Bau D, Vilella F, et al. The diagnosis of chronic endometritis in infertile asymptomatic women: a comparative study of histology, microbial cultures, hysteroscopy, and molecular microbiology. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Jun 1;218(6):602.e1-602.e16.
4. Espinós JJ, Fabregues F, Fontes J, García-Velasco JA, Llácer J, Requena A, et al. Impact of chronic endometritis in infertility: a SWOT analysis. Vol. 42, *Reproductive BioMedicine Online*. Elsevier Ltd; 2021. p. 939-51.
5. Vitagliano A, Saccardi C, Noventa M, Di Spiezio Sardo A, Saccone G, Cicinelli E, et al. Effects of chronic endometritis therapy on in vitro fertilization outcome in women with repeated implantation failure: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2018 Jul 1;110(1):103-112.e1.
6. Liu J, Liu ZA, Liu Y, Cheng L, Yan L. Impact of antibiotic treatment for chronic endometritis on pregnancy outcomes in women with reproductive failures (RIF and RPL): A systematic review and meta-analysis. Vol. 9, *Frontiers in Medicine*. Frontiers Media S.A.; 2022.
7. Kimura F, Takebayashi A, Ishida M, Nakamura A, Kitazawa J, Morimune A, et al. Review: Chronic endometritis and its effect on reproduction. Vol. 45, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. Blackwell Publishing; 2019. p. 951-60.
8. Bayer-Garner IB, Nickell JA, Korourian S. Routine Syndecan-1 Immunohistochemistry Aids in the Diagnosis of Chronic Endometritis. Vol. 128, *Arch Pathol Lab Med*. 2004.
9. Singh N, Sethi A. Endometritis-Diagnosis, Treatment and its impact on fertility-A Scoping Review. Vol. 26, *Jornal Brasileiro de Reproducao Assistida*. SBRA - Associação Brasileira de Reprodução Assistida (Brazilian Society of Assisted Reproduction); 2022. p. 538-46.

Lenzetto[®]

1,53 mg Estradiol

Nuevo e innovador pulverizador transdérmico para la Terapia Hormonal en la Menopausia



Vía de administración transdérmica



Precisión de la dosis individualizada



Diseño único en pulverizador



Se seca en menos de 2 minutos



Tras la aplicación del fármaco el área se puede lavar después de 1 hora



Aplicación localizada invisible



La aplicación del fármaco deja un área limpia y seca



GEDEON RICHTER
La salud es nuestra misión



Calidad europea al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989 | TeleFax: 2487 4108 - 2486 3683 - 2486 3747 | tresul@adinet.com.uy | www.tresul.com



ellering

etonogestrel 0,120 mg + etinilestradiol 0,015 mg

Un anillo vaginal diferente



- o simple
- o seguro
- o confiable



ÚNICO que se puede conservar a temperatura ambiente, **no requiere cadena de frío**



Alta eficacia anticonceptiva



Fácil de utilizar



Liberación controlada y sostenida de sus principios activos



ACCESIBLE

Hidrops fetal secundario a sífilis congénita.

Revisión y reporte de tres casos del CHPR en los primeros seis meses de 2022

Fetal hydrops secondary to congenital syphilis. Review and report of three CHPR cases in the first six months of 2022

Cisneros B¹, Lambruschini C², Santos D³, Jeldres C⁴, Vila E⁵, Bottaro S⁶, Gesuele J⁷, Guirado M⁸, Briozzo L⁹

Resumen

Se presenta reporte de tres casos clínicos de hidrops fetal no inmune secundario a sífilis con-

génita asistidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2022.

Compartimos el diagnóstico prenatal, seguimiento, tratamiento y evolución postnatal.

Palabras clave: sífilis congénita, hidrops fetal, sífilis.

1. Residente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR
2. Residente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR
3. Residente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR
4. Residente de Neonatología, CHPR
5. Asistente de la Clínica Ginecotocológica A, CHPR.
6. Profesora Adjunta Clínica Ginecotocológica A, CHPR
7. Profesor Adjunto Cátedra Neonatología, CHPR
8. Profesora Adjunta Cátedra de Enfermedades Infecciosas
9. Profesor Clínica Ginecotocológica A, CHPR

Cisneros B
<https://orcid.org/0009-0009-2235-3388>
 Lambruschini C
<https://orcid.org/0009-0009-9349-6423>
 Santos D
<https://orcid.org/0009-0007-2261-3827>
 Jeldres C
<https://orcid.org/0009-0005-6067-348X>
 Vila E
<https://orcid.org/0009-0009-3025-0397>
 Bottaro S
<https://orcid.org/0000-0003-2550-9148>
 Gesuele J
<https://orcid.org/0000-0003-2992-0102>
 Guirado M
<https://orcid.org/>
 Briozzo L
<https://orcid.org/0000-0002-6772-3188>

Autor correspondiente: Cecilia Lambruschini, cecilam96@gmail.com

Recibido: 7/7/2023 Aceptado: 11/11/2023

Abstract

A three clinical cases of non-immune fetal hydrops secondary to congenital syphilis attended at the Pereira Rossell Hospital Center in 2022 are present.

We share prenatal diagnosis, follow-up, treatment and postnatal evolution.

Key words: congenital syphilis, fetal hydrops, syphilis.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección sistémica desde el inicio, causada por la bacteria *Treponema pallidum* cuya principal vía de transmisión es la sexual y en menor medida la vertical por pa-

saje transplacentario de bacterias o por contacto directo con lesiones genitales durante el pasaje del feto a través del canal de parto.⁽¹⁾

A pesar de que la sífilis es una infección conocida, prevenible y curable cuyo tratamiento es de bajo costo y accesible, se ha observado un marcado aumento en la incidencia de los casos en nuestro país en los últimos años, impactando directamente en la población femenina, en edad reproductiva y gestantes.

Se ha reportado un incremento de sífilis a nivel mundial, en 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 930.000 casos de sífilis gestacional (SG) en el mundo, que causaron 350.000 resultados adversos del embarazo y 200.000 casos de abortos u óbitos; globalmente en 2016 murieron 38000 neonatos a causa de sífilis congénita.^(1,2)

Más de dos millones de embarazadas tienen sífilis cada año. Se calculan tres millones de casos nuevos en América Latina y Caribe y 140.000 en Europa Occidental.⁽³⁾

En Uruguay, en 2006 el porcentaje de embarazadas con diagnóstico de sífilis fue de 2,5 %, registrando en 2010 un 4,2 %.⁽⁵⁾

En 2018, según auditoría de sífilis del Ministerio de Salud Pública (MSP) se registró un aumento en la tasa de sífilis congénita, revirtiendo la tendencia descendente observada desde el año 2015.⁽⁵⁾

El aumento de casos de sífilis congénita (SC) es más significativo en el subsector público y en el interior del país, principalmente en departamentos que corresponden a la región norte.⁽⁵⁾

Si se compara el quinquenio 2015 – 2019 la SG era de 1,54 % en el sector público aumentando a 2,7 % en 2020. Con respecto a la SC, a nivel público pasó de 3,46/1000 RNV (recién nacido vivo) a 7,1/1000 RNV.⁽⁵⁾

En 2010 el 14,5 % de las necropsias por óbitos fetales realizadas en el Centro Hospitalario Pereira Rosell corresponden a sífilis congénita.⁽⁵⁾

En los últimos años la incidencia de los casos de sífilis congénita pasó de 1,6 en 2015 a 9,5 por 1000 en 2019.^(6,7)

Este hecho tiene repercusiones a nivel biológico, social, económico de las pacientes y su entorno, pero lo que genera mayor preocupación es la afectación a nivel de la salud fetal y neonatal si el tratamiento no se hace de manera óptima y oportuna.^(1,8,9)

Este comportamiento en ascenso que se mantiene a lo largo de los años en nuestro medio, siendo aún más significativo en los casos de embarazadas, se encuentra en relación temporal con la pandemia por SARS-CoV-2 lo que nos hace pensar que se deba a los efectos negativos de la pandemia a nivel poblacional.

La sífilis en las pacientes embarazadas lleva con frecuencia al desarrollo de eventos adversos. Entre un 50 y 80 % de los embarazos que no reciben tratamiento adecuado pueden culminar en aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer así como infección congénita.⁽⁶⁾

La transmisión durante el primer y segundo trimestre se asocia con mayor riesgo de eventos adversos comparado cuando ocurre en el tercer trimestre.⁽¹⁰⁾ El 60 % a 78 % de los niños con sífilis congénita temprana son asintomáticos al nacer y 2/3 tendrán síntomas luego del nacimiento.

En cuanto a la mortalidad de la sífilis congénita es de un 91,8 % de los casos antes de los 28 días. Por lo que es de suma importancia su diagnóstico de forma precoz.⁽⁶⁾

Una de las complicaciones graves vinculadas a la sífilis congénita es el hidrops fetal. Definimos hidrops como la presencia anor-

mal de líquido seroso en al menos dos compartimientos intravasculares que se manifiesta como edema subcutáneo, derrame pleural, derrame pericárdico y ascitis. Habitualmente se asocia a edema placentario y polihidramnios.^(11,12)

Se clasifica al hidrops fetal según su etiología en inmune y no inmune. La sífilis corresponde a una causa etiológica no inmune junto con otras infecciones congénitas. La sífilis congénita que cursa con hidrops fetal tiene una mortalidad cercana al 30%, aún así, hay una buena respuesta con el tratamiento de primera elección como desarrollaremos.⁽¹³⁾

Los mecanismos fisiopatológicos por los que se produce el hidrops incluyen: hepatitis por destrucción hepática directa siendo el principal órgano hematopoyético fetal, alto gasto cardíaco secundario a la anemia ya sea por este proceso de hemólisis o de aplasia medular, miocarditis, sepsis fetal con lesión endotelial secundaria a la hipoxia, lo que provoca un incremento del líquido intersticial y una pérdida de proteínas llevando al estado hidrópico.^(13,14)

Todos los órganos fetales pueden estar comprometidos dada la inflamación generalizada que causan las espiroquetas.⁽¹⁵⁾

El método más común para evaluar la infección fetal es la ecografía, donde se identifican los estigmas de la transmisión in útero. Pueden visualizarse después de las 20 semanas cuando el feto es inmunocompetente para generar la respuesta inflamatoria necesaria para producir anomalías e incluyen hepato-esplenomegalia, placentomegalia, polihidramnios, ascitis y alteraciones en la velocidad sistólica pico de la arteria cerebral media en el Doppler.⁽¹³⁾

En el último año registramos en un período de tres meses tres casos de hidrops fetal

secundarios a sífilis materna, lo que generó una alerta dado el aumento en la incidencia.

Se realizó tratamiento dirigido con la administración inicial de penicilina intravenosa, si bien no existe clara evidencia en cuanto a cuál es la mejor opción terapéutica en estos casos, dada la gravedad del cuadro fetal se consideró esta opción como la más segura y eficaz en base a la evidencia actual.

El objetivo de este trabajo es comunicar el tratamiento y la evolución en estos 3 casos clínicos que se presentaron en un corto periodo de tiempo en nuestro servicio y revisar la bibliografía existente al momento sobre el tema.

CASOS CLÍNICOS.

Caso clínico 1.

Paciente de 27 años, sana. Grupo sanguíneo ARh+ coombs indirecto negativo.

Cursando 31 semanas de edad gestacional consulta en puerta de emergencia por disminución de movimiento fetales.

Se realiza ecografía obstétrica que informa 31 semanas de edad gestacional, hidrops fetal con un peso fetal en percentil (P) 98, líquido amniótico normal, placenta con múltiples lagos placentarios, moderada ascitis, muy discreto edema subcutáneo a nivel de cráneo y tóraco abdominal.

VDRL al ingreso: 128 unidades.

Se inicia tratamiento con penicilina cristalina 4 millones de unidades internacionales intravenoso cada 4 horas. Se realiza tratamiento de la pareja de forma completa.

La ecografía de control intratratamiento informa P 92, placenta edematosa, sospecha de hepatoesplenomegalia, ascitis leve. A los 10 días de tratamiento la paciente solicita manejo ambulatorio por lo cual se completa tratamiento con penicilina benzatínica

intramuscular (se administran dos dosis de 2.400.000 UI intramusculares al alta hospitalaria y a la semana siguiente).

Se solicita VDRL de control al mes obteniéndose un valor de 32 unidades.

Ecografía de seguimiento a las 38 semanas informó peso fetal estimado 3.908 g percentil 99. Hepato esplenomegalia, intestino hiperecogénico, placenta engrosada y edematosa con lagos venosos.

Dado hallazgos ecográficos se decide interrupción de la gestación, se realiza cesárea por elección materna.

Se obtiene recién nacido (RN) de sexo femenino, término inmaduro, de 38 semanas, peso al nacer 3.400 g, vigoroso, Apgar 8/10.

Se destaca del examen físico al nacimiento: abdomen globuloso, se palpa hígado a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal y polo de bazo. Resto del examen sin alteraciones.

Ingresa a unidad de cuidados intermedios, para valoración y seguimiento evolutivo dado antecedentes perinatales. Presenta buena adaptación a la vida extrauterina.

Se realiza paraclínica de valoración de la que se destaca: VDRL del cordón y VDRL periférico: Reactivo 32 unidades. TPHA reactivo.

Ecografía de abdomen y aparato urinario normales.

A pesar de tratamiento materno realizado correctamente, con descenso de títulos acorde al mismo, dado paciente con elementos clínicos y paraclínicos con leves alteraciones, con VDRL periférico de 32 unidades, e imposibilidad de asegurar que no se trata de infección activa en este momento, se discute en conjunto con familia de paciente los riesgos y beneficios y se realiza tratamiento con penicilina cristalina i.v. por 10 días a RN.

Completado el tratamiento, se otorga alta hospitalaria a los 11 días de vida.

Al mes de vida, se realiza control en policlínica de infectología. VDRL de control: reactivo 8 unidades, con descenso de 2 títulos con respecto al nacimiento. Paciente clínicamente estable. Sin elementos clínicos nuevos a destacar. Con crecimiento y desarrollo acorde a la edad.



Imagen 1.1.

Se observa placenta edematosa, engrosada.

Caso clínico 2

Paciente de 28 años, sana. Grupo sanguíneo ORh+ coombs negativo.

Derivada desde servicio de ecografía por alteración en ecografía de la que se destaca gravidez de 22 semanas, estructuras fetales normales, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, leve lámina de ascitis en hemiabdomen derecho. No se evidencia anemia mediante doppler de la arteria cerebral media.

A destacar, la paciente presentaba diagnóstico de sífilis en primer trimestre por un

RPR 16 unidades para el cual no recibe tratamiento ni seguimiento posterior. Durante la internación se solicita RPR con resultado de 128 unidades. Considerándose la sífilis como causa etiológica del hidrops fetal diagnosticado.

Se inicia tratamiento con penicilina cristalina 4 millones intravenoso cada 4 horas por 10 días y 2 dosis de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica intramuscular. La pareja sexual recibe tratamiento completo.

En la evolución se solicita ecografía intratratamiento a las 27 semanas: crecimiento en percentil 70, con líquido amniótico normal. Delgada lámina de ascitis de 3 mm en hemiabdomen derecho, hepatoesplenomegalia moderada, intestino sin particularidades.

Nuevo VDRL de 32 unidades, descenso adecuado de títulos. Buena respuesta al tratamiento instaurado para la sífilis materna.

En el seguimiento ecográfico posterior continúa la regresión de las alteraciones descritas persistiendo únicamente hepatoesplenomegalia leve en la última ecografía realizada.

La paciente inicia trabajo de parto espontáneo a las 38 semanas de gestación.

Se obtiene RN de término maduro, 40 semanas, peso al nacer 3.430 g vigoroso, Apgar 9/10.

Del examen físico en recepción: leve hepatomegalia, bazo normal. Sin otros elementos clínicos a destacar.

Se destaca de la paraclínica: VDRL de cordón no reactivo, TPHA reactivo. Se solicita VDRL periférico con resultado reactivo 2 unidades.

Paciente con buena adaptación a la vida extrauterina. Con examen físico normal.

Con antecedente prenatal de madre con diagnóstico de sífilis durante el embarazo, con tratamiento realizado de forma comple-

ta, descenso de títulos, sin evidencia de reinfección y RN asintomático, en el que se considera bajo riesgo de infección. No se realiza tratamiento. Se otorga el alta médica a las 72 horas de vida con control posterior en policlínica de pediatría e infectología.



Imagen 1.2.

Hepatomegalia fetal.

Caso clínico 3

Paciente de 22 años, sana. Grupo sanguíneo ORh+ coombs indirecto negativo.

Paciente que presenta a las 30 semanas de edad gestacional hallazgos ecográficos compatibles con hidrops fetal, de la misma se destaca líquido de ascitis y edema escrotal bilateral, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico y líquido amniótico aumentado. Ingresa al servicio de maternidad para estudio de la causa etiológica y tratamiento. De los resultados se destaca VDRL de 64 UI, prueba treponémica positiva, por lo que se considera la infección por sífilis como causa del hidrops fetal.

Se inicia tratamiento con penicilina intravenosa a dosis de 4 millones de UI cada 4 horas. La pareja sexual recibe tratamiento de forma completa.

Ecografía intratratamiento a las 31 semanas con un crecimiento en percentil 92, per-

siste líquido de ascitis y edema escrotal pero de menor entidad que en el estudio anterior, se visualiza hepatoesplenomegalia e intestino hiperecogénico, polihidramnios leve, placenta engrosada. Doppler feto-útero-placentario normal.

Se completan 14 días de tratamiento intravenoso en base a penicilina.

Paciente inicia trabajo de parto espontáneo cursando 40 semanas de edad gestacional.

RN de sexo masculino, 39 semanas, peso al nacer de 3050 g, vigoroso, Apgar 8/9.

Del examen físico en recepción: hepatoesplenomegalia y esplenomegalia. Sin otro elemento clínico a destacar.

Dado madre sin descenso de títulos en VDRL a pesar del tratamiento correctamente instaurado y resolución de hidrops fetal; y visto que recién nacido presenta elemento clínico de hepatoesplenomegalia, sugerente de sífilis congénita sumado a el no descenso significativo de los títulos de VDRL en cordón y en sangre periférica 32 y 64 Unidades respectivamente. Se inicia tratamiento al neonato con penicilina cristalina i.v. 50.000 UI.

Ecografía abdominal hígado aumentado de tamaño, bazo aumentado de tamaño, sin otros elementos a destacar.

Paciente se mantiene clínicamente estable, cumple 10 días de tratamiento con penicilina i.v. Se otorga el alta médica a los 13 días de vida.

Se realiza control al mes de vida, sin elementos clínicos a destacar. Se realiza paraclínica de seguimiento: VDRL periférico de 4 unidades, descenso de 4 títulos con respecto al nacimiento.



Imagen 1.3.
Hepatoesplenomegalia fetal.

En cuanto a los tres casos presentados en esta revisión, dado la gestación mal controlada en cantidad y calidad; se realizó diagnóstico tardío de sífilis gestacional asociando hidrops fetal, al momento del diagnóstico se inicia de forma oportuna manejo antibiótico de elección (tabla 1), evidenciando adecuada respuesta al tratamiento instaurado. En cuanto a los estudios complementarios de control, se realizó seguimiento paraclínico e imagenológico. (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La sífilis congénita sigue siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo, la morbimortalidad perinatal asociada a sífilis gestacional excede el de otras infecciones,⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ donde afrontar el diagnóstico no solo está en la familia, sino también en el sistema de salud por las secuelas a corto y largo plazo vinculadas a la infección, que van a generar costos apreciables en los servicios de salud. A pesar de las medidas de prevención, establecidas por la OMS y pautadas también en nuestro país, no se ha logrado la erradicación de la enfermedad y, por tanto, su transmisión perinatal.^(16,18)

Es multifactorial el motivo por el cual la incidencia de esta enfermedad persiste siendo

Tabla 1.

Casos clínicos

CASO	EG Dx Sifilis EG Dx Hidrops	Seguimiento Serologías	Seguimiento Ecográfico
CASO 1	31 Sem	<p>VDRL Dx 128 unidades</p> <p>Prueba treponémica +</p> <p>VDRL control postratamiento 32 unidades</p>	<p>ECO DX 31 Sem PFE 1999 gr P98 LAN placenta con múltiples lagos placentarios, moderada ascitis, muy discreto edema subcutáneo a nivel del cráneo y toraco-abdominal / Doppler resistencias maternas aumentadas.</p> <p>ECO- control- intratamiento PFE 2992 gr P92, placenta edematosa, sospecha de hepatoesplenomegalia.</p> <p>ECO- control- postratamiento PFE 3908 gr P 99 impresiona visualizarse calcificaciones intracraneales a nivel de ambos hemisferios cerebrales y a nivel de fosa posterior, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, placenta engrosada y edematosa con lagos venosos</p>
CASO 2	22 Sem	<p>VDRL Dx 128 unidades</p> <p>RPR previo de 1 trim 16 unidades no se realizó diagnóstico ni seguimiento</p> <p>VDRL control postratamiento 32 unidades</p>	<p>ECO ME Dx 22 Sem, se evidencia hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, leve lámina de ascitis en hemiabdomen derecho / Doppler normal</p> <p>ECO- control- intratamiento 27 Sem PFE 1008 gr P70, liquido amniótico normal, delgada lámina de ascitis de 3 mm en hemiabdomen derecho, hepatoesplenomegalia moderada, intestino sin particularidades</p> <p>ECO- control- postratamiento se evidencia regresión de las alteraciones previamente descritas, persistiendo únicamente hepatoesplenomegalia leve</p>
CASO 3	30 Sem	<p>VDRL Dx 64 unidades</p> <p>Prueba treponémica +</p> <p>VDRL control postratamiento 32 unidades</p>	<p>ECO Dx 30 Sem, se evidencia líquido de ascitis y edema escrotal bilateral, hepatoesplenomegalia, intestino hiperecogénico, y líquido amniótico aumentado</p> <p>ECO- control- intratamiento 31 Sem crecimiento P92, persiste con líquido de ascitis y edema escrotal, pero de menor entidad que en el estudio anterior, hepatoesplenomegalia e intestino hiperecogénico, polihidramnios leve, placenta engrosada / Doppler normal</p> <p>ECO- control- postratamiento 38 semanas, crecimiento Percentil 73, No se visualiza liquido de ascitis. Leve hidrocele bilateral, hepatomegalia, esplenomegalia</p>

Tabla 2.

Cambios en el seguimiento paraclínico y ecográfico de los casos clínicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad materna	27 años	28 años	22 años
Edad gestacional al diagnóstico	31 semanas	22 semanas	30 semanas
Edad gestacional al diagnóstico de sífilis	31 semanas	22 semanas	30 semanas
Tratamiento instaurado	Penicilina cristalina 4 millones i.v. c/4 horas por 10, más 2 dosis de 2.5 millones UI de penicilina G benzatínica i.m.	Penicilina cristalina 4 millones i.v. c/4 horas por 10, más 3 dosis de 2.5 millones UI de penicilina G benzatínica i.m.	Penicilina cristalina 4 millones i.v. c/4 horas por 14 días + 3 dosis de 2.5 millones UI penicilina G benzatínica i.m.
Edad gestacional al nacer	38 semanas	38 semanas	39 semanas
Peso al nacer	3400 gr, parto vaginal	3430 gr, cesárea	3050 gr cesárea
Resultado perinatal	Sobrevida neonatal	Sobrevida neonatal	Sobrevida neonatal
Seguimiento neonatal	VDRL cordón y periférico reactivo 32 unidades TPHA reactivo Tratamiento con penicilina cristalina i.v. por 10 días a RN alta a los 11 días de vida Control al mes post-tratamiento VDRL reactivo 8 unidades	VDRL cordón no reactivo VDRL periférico reactivo 2 unidades TPHA reactivo Recién nacido asintomático. Se considera escenario 3. No se realiza tratamiento. No se realizan estudios complementarios.	VDRL cordón reactivo 32 unidades VDRL periférico reactivo 64 unidades TPHA reactivo Se consideró escenario 1 de LUES Tratamiento con penicilina cristalina IV por 10 días a RN. alta a los 13 días de vida Control al mes post-tratamiento VDRL periférico reactivo 4 unidades

un problema de salud pública, cobrando amplia relevancia el primer nivel de atención y la prevención primaria y secundaria. Es mandatorio concientizar a la población así como a todos los integrantes de los equipos de salud permitiendo el acceso al tratamiento de forma oportuna así como el seguimiento.

Es relevante el abordaje del equipo multidisciplinario, el cual no solo se encargue del diagnóstico y tratamiento oportuno si no también de desmitificar la enfermedad y empoderar tanto a mujeres como hombres a tratar esta enfermedad sin tabues.

El desconocimiento por parte del paciente sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus posibles repercusiones a nivel fetal constituye otro factor determinante. El profesional de salud, debe realizar promoción y prevención de ITS durante la gestación, además de solicitar paraclínica pertinente para el diagnóstico y tratamiento oportuno. Por otra parte, es relevante destacar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos respecto al uso correcto de métodos anticonceptivos de barrera.

Destacamos la importancia en el tratamiento y captación de las parejas sexuales de la paciente de forma de evitar la reinfección y la transmisión de la infección a otras personas.

En los casos clínicos antes mencionados destacamos que en dos de ellos las parejas de las pacientes se encontraban privados de libertad, habiéndolo logrado en ambos el tratamiento.

En un informe realizado en cárceles de nuestro país la tasa de incidencia de sífilis activa ascendió al 0,9 %, de los cuales se estima que sólo un tercio está en tratamiento reconociendo aquí otro sitio en el cual podríamos abordar buscando mejorar el acceso a la educación, tamizaje y tratamiento en cárceles.⁽²²⁾

En nuestro país según datos de un trabajo de investigación que valoró obstáculos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis se informa que cada 10 casos de sífilis diagnosticado en mujeres embarazadas sólo en dos de ellos se identifica y trata a la pareja.⁽²¹⁾

Consideramos de gran importancia tener en cuenta estos aspectos con el fin de realizar un abordaje integral de la paciente buscando abordar su patología y el contexto social lo cual consideramos clave en el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

Tanto la OMS como las pautas de ministerio salud pública recomiendan el siguiente régimen de tratamiento para la sífilis congénita.^(16,18)

- Penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dosis, i.v. cada 12 horas, durante los primeros 7 días vida y cada 8 horas a partir de entonces por un total de 10 días.^(19,20)
- Penicilina procaína, 50.000 UI/kg dosis diaria i.m. por 10 días.

- Penicilina benzatínica 50.000 UI/kg unidad dosis i.m.

En una revisión de Cochrane, Walker GJA, Walker D, mencionan respecto al tratamiento de sífilis congénita diagnosticada en recién nacidos, que comparando el régimen penicilina benzatínica vs penicilina procaínica no se evidencian diferencias en términos de manifestaciones clínicas de sífilis congénita o cura serológica.⁽²⁰⁾

Es poca la información publicada sobre el manejo del feto con sífilis congénita e hidrops fetal, se ha descrito que se requiere tratamiento de la madre con penicilina cristalina.^(18,19,20)

La penicilina cristalina se distribuye en la mayoría de los tejidos y fluidos corporales, incluyendo pulmón, hígado, hueso, riñón, músculo, esputo, bilis, orina y líquido peritoneal, pleural y sinovial. Además, penetra en la cavidad peritoneal y meninges alcanzando niveles terapéuticos en el LCR.⁽²⁰⁾

El uso de penicilina cristalina tiene el beneficio de una mejor concentración en líquido cefalorraquídeo con buenos niveles terapéuticos en comparación con la penicilina benzatínica.⁽¹⁵⁾ Es por esto último que se recomienda si no se puede excluir el diagnóstico de neurosífilis.^(16,18)

Las pacientes embarazadas con diagnóstico de sífilis deben de recibir el régimen de tratamiento con penicilina correspondiente al escenario de infección que estén cursando en ese momento.⁽²³⁾

Destacamos la reversión de los elementos de hidrops fetal en los tres casos clínicos presentados, que consideramos se vincula al tratamiento instaurado precozmente con penicilina intravenosa a altas dosis. Esta opción terapéutica permite una inmediata y adecuada distribución del fármaco (incluyendo a nivel del SNC), con concentraciones

acordes de manera sostenida. Existe algún reporte previo de tratamiento del hidrops fetal con penicilina intravenosa con buena evolución⁽¹³⁾, pero no contamos con evidencia procedente de estudios dirigidos. Creemos importante considerar esta opción terapéutica en casos de afectación fetal grave dadas las implicancias pronósticas de la sepsis en el feto y neonato y la posibilidad de disminuir la morbimortalidad con la terapéutica planteada.

Los neonatos de los casos 1 y 3 recibieron tratamiento con penicilina a pesar de un correcto descenso de títulos de VDRL, ambos presentaban elementos clínicos y paraclínicos (leves alteraciones de la TGO y TGP hepática) asociados a sífilis congénita. Esta situación es frecuente en la práctica clínica ya que el hígado es un órgano frecuentemente afectado en la SC.⁽²³⁾ Estudios post mortem han demostrado la predilección del *Treponema* por el hígado.⁽²⁴⁾

La hepatomegalia ya sea debido a colestasis, hepatitis o por hematopoyesis extramedular es un fenómeno que demora meses en resolverse.⁽²³⁾

Esto puede hacer dudar al clínico si es un elemento de actividad o una lesión residual.

Por otro lado estas alteraciones se puede exacerbar con el inicio del tratamiento con penicilina, se ha especulado que la inflamación debida lisis del *Treponema* sería la causante.⁽²⁵⁾

CONCLUSIÓN

Destacamos el problema a nivel de Salud Mundial que representa la sífilis dado que a pesar de las medidas de prevención, pautadas en nuestro país, no se ha logrado la erradicación de la enfermedad y, por tanto, su transmisión perinatal y sus complicaciones.

Dentro de estas últimas el hidrops fetal, complicación grave, poco frecuente, estadio avanzado de la infección que puede culminar en óbito fetal o muerte del recién nacido.

Hoy en día no debería existir la sífilis congénita dado a que es una infección prevenible. En caso de infección perinatal sea el diagnóstico temprano o tardío se debe instaurar tratamiento de forma inmediata para prevenir la transmisión vertical. La sífilis congénita que cursa con hidrops fetal tiene una mortalidad cercana al 30 %, aun así, hay una buena respuesta con el tratamiento de primera elección que es la penicilina, disminuyendo la morbimortalidad perinatal.

Finalmente, con esta revisión buscamos presentar tres casos con características similares en su presentación clínica, en los que se realizó diagnóstico tardío de sífilis gestacional que al momento del diagnóstico ya se presentaba complicada con hidrops fetal, es importante resaltar el esquema de tratamiento propuesto de forma inmediata observado una adecuada evolución clínica; sin complicaciones perinatales.

El presente reporte nos lleva a considerar el tratamiento intrauterino inmediato con penicilina intravenosa a altas dosis como una opción terapéutica a tener en cuenta ante el diagnóstico de afectación fetal grave vinculado a sífilis durante el embarazo.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés respecto al tema al cual se está refiriendo en este artículo.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud pública. Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Montevideo ; 2018.

2. Pillay S, Tooke LJ. Symptomatic congenital syphilis in a tertiary neonatal unit in Cape Town, South Africa: High morbidity and mortality in a preventable disease. *S Afr Med J*. 2019 Aug 28;109(9):652–8.
3. Fich-Schilcrot F, Majluf-Cáceres P, Perales-Cartes J. Sífilis y gestación: actualización y revisión de la literatura Syphilis and gestation: update and review of the literature. Vol. 45, *Med Cutan Iber Lat Am*. 2017. Available from: www.medigraphic.com/medicinacutaneawww.medigraphic.org.mx
4. Moraes M, Estevan M. Actualización en sífilis congénita temprana.
5. Informe auditorías sobre sífilis congénita. 2018 Áreas programáticas: ITS-VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. Ministerio de Salud Pública.
6. Sequeira A, Canziani C, Amorín B, Venturino S, González E, Pérez C, et al. Situación actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, años 2015-2019. Segunda mención.
7. Libia Cuevas D, Rosebel de Oliveira D. Sífilis congénita desafío nacional. Uruguay 2003.
8. Ministerio de Salud pública. Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Montevideo ; 2018.
9. Leung KKY, Hon KL, Yeung A, Leung AKC, Man E. Congenital infections in Hong Kong: An overview of TORCH. Vol. 26, *Hong Kong Medical Journal*. Hong Kong Academy of Medicine Press; 2020. p. 127–38.
10. Duby J, Bitnun A, Shah V, Shannon P, Shinar S, Whyte H. Non-immune Hydrops Fetalis and Hepatic Dysfunction in a Preterm Infant With Congenital Syphilis. *Front Pediatr*. 2019 Dec 11;7.
11. Medicina Maternofetal P. Protocolo hidrops fetal no inmune. www.medicinafetalbarcelona.org
12. Fuchs F, Michaux K, Rousseau C, Ovetchkine P, Audibert F. Syphilis Infection: An Uncommon Etiology of Infectious Nonimmune Fetal Hydrops with Anemia. *Fetal Diagn Ther*. 2016 Jan 1;39(1):74–7.
13. Camacho-Montaño AM, Niño-Alba R, Páez-Castellanos E. Congenital syphilis with hydrops fetalis: report of four cases in a general referral hospital in Bogota, Colombia between 2016-2020. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2021;72(2):365–77.
14. Barron SD, Pass RF. Infectious Causes of Hydrops Fetalis. 1995.
15. Celik M. Congenital syphilis presenting with prenatal bowel hyperechogenicity and necrotizing enterocolitis. *SiSli Etfal Hastanesi Tip Bulteni / The Medical Bulletin of Sisli Hospital*. 2018;
16. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019
17. Jorge Basso Sub Secretario Jorge Quian M, Raquel Rosa D, Ríos G. Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. República oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. 2018
18. Ministerio de salud pública del Uruguay. Guía para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. Montevideo; 2015.
19. Kaplan SL, Weisman LE, Armsby C. Sífilis congénita: características clínicas y diagnóstico. 2022. Available from: <https://www.uptodate-com.ezproxy.udes.edu.co/contents/congenital-syphilis-clinical-features-and-diagnosis/print?search=hidropsfetalporsifilis&sou...1/58>
20. Walker GJA, Walker D, Franco DM, Grillo-Ardila CF. Antibiotic treatment for newborns with congenital syphilis. Vol. 2019, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2019.
21. Ministerio de Salud Pública. Obstáculos y desafíos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay. 2010.
22. Organización Panamericana de la Salud. Salud y Enfermedad en Privación de Libertad. 2018.
23. Cooper SP. Congenital syphilitic hepatitis. *The pediatric infectious disease journal*. 1989
24. Levine Z, Sherer DM, Jacobs A, Rotenberg O. Non immune hydrops fetalis due to congenital syphilis associated with negative intrapartum maternal serology screening. Vol. 15, *American journal of perinatology*. 1998.
25. Long WA, Ulshen MH, Lawson EE. Clinical manifestations of congenital syphilitic hepatitis: implications for pathogenesis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. (1984)

Violencia basada en género.

A propósito de un caso clínico.

Revisión de la literatura. Recomendaciones

*Gender-based violence. Regarding a clinical case.
Literature review. Recommendations*

De los Santos V¹, Pastor M², Tarigo J³

Resumen

Los casos de violencia y abuso sexual contra mujeres, niños, niñas y adolescentes son, en nuestro país, un verdadero problema de salud pública. Estas situaciones de vulneración de derechos son mayores aún en aquellas poblaciones que presentan alguna o algunas características que los dejan en una situación de vulnerabilidad como son: personas que pertenecen al género femenino, personas con algún tipo o que estén atravesando alguna situación de discapacidad, homosexuales, etnia a la que

pertenecen, entre otros. En este trabajo reportamos el caso de una usuaria de 39 años portadora de una parálisis cerebral que llega a nuestro servicio cursando un embarazo de 26 semanas de edad gestacional, producto de una situación de violencia basada en género con una de sus manifestaciones más severas como es el abuso sexual. Se recibe resolución judicial con fecha del 30 de diciembre de 2020 en la cual se nombra a su hermana mayor como curadora de la usuaria y su hijo. Concluimos que es relevante comenzar a comprender la discapacidad como una construcción social enfatizando la necesidad de un cambio de paradigma (paternalista o rehabilitador) a un modelo social de la discapacidad, y la necesidad de derribar las barreras que impiden el pleno goce de sus derechos. Realizamos recomendaciones basadas en dicha conclusión.

Palabras clave: Violencia basada en género, discapacidad, derechos sexuales y reproductivos.

1. Residente de Ginecología, Clínica Ginecotológica A
2. Residente de Ginecología, Clínica Ginecotológica A
3. Prof. Adj. Clínica Ginecotológica A
Clínica Ginecotológica 'A' Prof. Dr. Leonel Briozzo.

De los Santos V

<https://orcid.org/0009-0003-2578-9837>

Pastor M

<https://orcid.org/0009-0002-6525-061X>

Tarigo J

<https://orcid.org/0000-0003-0440-0581>

Autor corresponsal: Valentina De los Santos valent.dm@hotmail.com

Recibido: 16/06/2023 Aceptado: 30/11/2023

Abstract

The cases of violence and sexual abuse against women, children and adolescents are, in our country, a real public health problem. These situations of violation of rights are even greater in those populations that present one or more characteristics that leave them in a situation of vulnerability, such as: people who belong to the female gender, people with some type of disability or who are experiencing a situation of disability, homosexuals, ethnic group to which they belong, among others. In this paper we report the case of a 39 years old user with cerebral palsy who comes to our service with a pregnancy of 26 weeks gestational age, product of a situation of gender-based violence with one of its most severe manifestations, such as sexual abuse. A judicial resolution dated December 30, 2020 is received in which her older sister is appointed as curator of the user and her son. We conclude that it is relevant to begin to understand disability as a social construction, emphasizing the need for a paradigm shift (paternalistic or rehabilitative) to a social model of disability, and the need to break down the barriers that prevent the full enjoyment of their rights. We develop recommendations based on that conclusion.

Key words: gender-based violence, disability, sexual and reproductive rights.

INTRODUCCIÓN

Como se expresa en la guía «*Género y Discapacidad: Una vida sin violencia para todas las mujeres*» del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), la violencia contra las mujeres constituye una de las manifestaciones de relaciones desiguales entre varones y mujeres; es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación. Atenta contra su

dignidad e impide el desarrollo pleno de sus derechos como ciudadana.⁽¹⁾

Por otro lado son varios los autores que reconocen la deuda histórica que se mantiene hacia las personas con discapacidad y al reconocimiento de sujetos/as de pleno Derecho; en parte signada por una especie de “invisibilidad”. Si además hacemos foco en las niñas y mujeres con discapacidad, es necesario recorrer varios capítulos de la historia, para ubicar la necesidad de un reconocimiento específico, que se pone de manifiesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.⁽¹⁾

Según el informe Mundial de la Discapacidad elaborado en el año 2011 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de mil millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad. Lo que permite estimar que se trata de aproximadamente el 15% de la población mundial, y de este porcentaje se estima que más de la mitad son mujeres.

En cuanto a los datos nacionales, la prevalencia de la discapacidad en nuestro país es del 7,6 %, siendo el 57 % mujeres. Sin embargo, este porcentaje se incrementa hasta el 9,2 % en la Encuesta Continua de Hogares del año 2006, siendo de este 9,2 %, el 53,3 % mujeres. Pero según el último censo que se realizó a nivel nacional en el año 2011, la prevalencia de discapacidad se eleva al 15,9 %.⁽¹⁾

En el año 2020 se publicó la Segunda encuesta nacional de prevalencia basada en género y generaciones, este trabajo se realizó mediante el análisis de los datos de una muestra seleccionada. De esta encuesta se desprenden datos relevantes como que las mujeres con discapacidad encuestadas están sobrerrepresentadas en los niveles económicos bajos con relación a las mujeres sin discapacidad, 43,3 % contra 27,2 %.⁽²⁾

El 62,8 % de las mujeres con discapacidad de la muestra tienen como máximo nivel educativo alcanzado hasta primaria completa, mientras que el porcentaje de mujeres sin discapacidad con el mismo nivel educativo es 26,6 %.⁽²⁾

Los perfiles sociodemográficos de las mujeres con discapacidad encuestadas ponen de manifiesto las limitaciones de su participación en el mercado laboral, en los ámbitos educativos y demás actividades públicas o semipúblicas y su reclusión a los ámbitos privados.⁽²⁾

La violencia basada en género que se ejerce contra las mujeres y niñas con discapacidad tiene iguales características que la ejercida a todas las mujeres en general, pero sus manifestaciones suelen ser específicas en cada etapa de la vida y agravadas según el tipo de discapacidad y el grado de dependencia. Es fundamental promover la consideración de las mujeres con discapacidad desde un modelo social donde el ejercicio de los derechos se convierte en la clave de la mirada (dejando de lado los modelos de beneficencia y médico-rehabilitador que consideran a las personas con discapacidad personas con «cuerpos deficientes o carentes»); promoviendo su inclusión social y la equidad en las oportunidades para el pleno goce de sus derechos.⁽³⁾

Objetivo

A partir de un caso clínico, reconocer aquellos factores que posibilitan la vulneración de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, con el fin de evitar situaciones de abuso

CASO CLÍNICO

Procedemos a presentar el caso clínico de una usuaria de 39 años, que tiene como antecedente personal a destacar una parálisis cerebral espástica desde el nacimiento, discapacidad intelectual severa en situación de dependencia para tareas básicas, y trastornos conductuales. Se trata de una usuaria que cuenta con escasos controles en salud. De sus antecedentes socioeconómicos se destaca que vive con sus padres, y en el mismo domicilio en el piso de superior vive uno de sus hermanos de 25 años.

Se trata de una familia que vive en un barrio de la periferia de la ciudad de Paysandú, de bajo nivel socioeconómico. Sus padres no cuentan con trabajo formal y sus ingresos son a partir de trabajos esporádicos que realiza el padre y una pensión por la discapacidad de la usuaria que perciben por parte del estado, la cual es administrada por su padre. En cuanto a los antecedentes inmunológicos la usuaria tiene grupo sanguíneo O Rh positivo y cuenta con vacuna antitetánica vigente. De los antecedentes ginecológicos destacamos menarca a los 10-11 años, la madre no recuerda con exactitud y la paciente no puede responder esta pregunta, y una fecha de última menstruación incierta.

La usuaria es traída por sus padres a puerta de Urgencias del Hospital Escuela del Litoral el día 16 de noviembre de 2020. El motivo de consulta es dolor abdominal y refieren alteración del tránsito digestivo de 72 h de evolución sin expulsión de materias ni gases. Es valorada en puerta por la guardia médica. Con planteo de oclusión intestinal se solicita radiografía de abdomen, donde se evidencia embarazo intrauterino por lo que se solicita valoración por equipo de ginecología.

Al tomar contacto con la usuaria se reali-

za examen completo del cual se destaca a nivel abdominal: altura uterina aumentada, tono uterino normal, se constatan latidos fetales los cuales son normales con doppler fetal portátil por ultrasonido de 145 latidos por minuto, no contracciones uterinas dolorosas y movimientos fetales presentes.

Examen genital normal, a nivel vulvovaginal no se evidencian lesiones. Tacto vaginal: cuello intermedio, reblandecido, orificio cervical externo y canal permeable, orificio cervical interno cerrado.

Se toman muestras para paraclínica general y se realiza ecografía que informa embarazo único con una edad gestacional aproximada de 26 semanas.

Ante la situación, se habla con los padres de la paciente y se les comunica del hallazgo, quienes se muestran sorprendidos y refieren no tener conocimiento de la situación.

Por encontrarnos ante el caso de una usuaria que presenta una discapacidad intelectual y motriz severa, declarada incapaz cuyo curador legal es su padre, transitando un embarazo evolucionado del cual sus padres no tenían conocimiento, decidimos ponernos en contacto con el resto del equipo (salud mental, trabajo social, neurólogo y el equipo jurídico) y se decide realizar la denuncia correspondiente.

Además, se cita a sus otras dos hermanas, quienes no viven en la misma casa y se les informa de la situación. Una de sus hermanas vive frente a la casa de los padres de la usuaria y la otra vive en otro barrio. Esta última cuenta con los medios edilicios y económicos para poder responsabilizarse del cuidado de su hermana y su hijo.

De la historia clínica de la usuaria se destaca en 2014 internación en sala de Medicina Interna por un cuadro de deterioro del estado general y neurológico con dificultad para

comunicarse y movilizarse. En dicho ingreso se registra en historia clínica "vínculo patológico con el padre, el padre la besó en la boca y la paciente se muestra muy apegada a él". En dicha internación no consta interconsulta con el equipo de ginecología ni con Asistente social. Al alta, la usuaria se retira con la indicación de anticonceptivos orales, los cuales fueron indicados por el equipo médico tratante de dicho momento.

En la revisión de la historia previa, constan múltiples consultas de la madre en policlínica de primer nivel de atención a las que concurre para repetir medicación habitual de la usuaria, sin controles posteriores. Según refieren los padres, la usuaria no había iniciado relaciones sexuales ni había tenido pareja hasta ese momento.

Por resolución judicial se mantiene la internación en sala de maternidad, al cuidado de su madre y hermanas mientras se decidía la tutela de la usuaria y su hijo. A su vez se fija orden de restricción para su padre y hermano.

En valoración en sala en conjunto con ginecología, neurología, salud mental y anestesia se decide que la vía de finalización de la gestación será mediante operación cesárea.

El día 28 de diciembre cursando 31+5 semanas, la usuaria comienza con contracciones uterinas dolorosas, irregulares y se decide iniciar uteroinhibición y corticoterapia. Luego de completada la misma se suspende la uteroinhibición y comienza nuevamente con patrón contráctil de 3-4 contracciones uterinas dolorosas en 10 minutos. El día 29 de diciembre, la guardia decide traslado a la Corporación Médica de Paysandú (COMPA) para realizar cesárea de urgencia dado que se cuenta con cama en Unidad de Cuidados Especializados Pediátricos y Neonatales (UCEPYN) para el recién nacido pretérmino.

Se realiza cesárea segmentaria transversa y ligadura tubaria el mismo día del traslado, y se obtiene un recién nacido de sexo masculino con un peso de 1990 gramos y Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos de vida. Se envía a cuidados intensivos neonatales.

La usuaria retorna a sala de maternidad del Hospital Escuela del Litoral el día 30 de diciembre con buena evolución puerperal.

Se recibe resolución judicial con fecha del 30 de diciembre de 2020 en la cual se nombra a su hermana mayor como la actual curadora de la usuaria, por lo tanto, al alta el binomio se irá a la casa de ésta, quedando a su cargo.

El día 4 de enero, previa reunión del equipo de ginecología y trabajo social con las hermanas y la usuaria, se otorga alta a domicilio. Al momento del alta de la usuaria el recién nacido continuaba internado en UCEPYN evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN

Dada la complejidad que presenta la situación de la usuaria que traemos a discusión, consideramos que debemos tener una visión global y compleja para poder analizar la situación. Para ello consideramos que es fundamental aclarar algunos conceptos clave.

En primer lugar, iniciamos definiendo discapacidad, en La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se define a las personas con discapacidad como aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.⁽⁴⁾

Históricamente los modelos de discapaci-

dad han ido cambiando y se han ido modificando en función del tiempo y las características culturales, es por eso que a continuación exponemos los modelos teóricos de la discapacidad. En primer lugar, contamos con el modelo de la prescindencia o también conocido como modelo eugenésico, este modelo considera a las personas con discapacidad como una carga para la sociedad, por lo cual son prescindibles. Desde este modelo se da lugar a actitudes caritativas, donde se entiende la dignidad de la vida de las personas con discapacidad desde una óptica paternalista.⁽¹⁾

Por otro lado, encontramos un modelo médico rehabilitador, donde según éste, la discapacidad es una patología que se da en una persona concreta. De este modo, la discapacidad se entiende como un problema individual, donde quien la padece debe ser intervenido y rehabilitado para ser funcional a la sociedad.⁽¹⁾

Por último, mencionamos el modelo social, donde desde la perspectiva teórica de este modelo se entiende que la discapacidad es una construcción social. No lo entiende como una deficiencia del individuo, sino como un producto fabricado por la sociedad, donde no se tienen en cuenta al conjunto de personas que no cumplen con el falso canon del cuerpo estándar o cuerpo capaz. Éste último modelo permite transferir la responsabilidad de la discriminación de las personas que viven con una discapacidad a entenderlo como una sociedad discapacitante, siendo un elemento clave para comenzar una lucha política.⁽¹⁾

Todo esto nos permite reivindicar los derechos de las personas con discapacidad desde un enfoque de derechos humanos, dando lugar a un posicionamiento político que permite romper con la tradicional re-

ducción de la discapacidad al ámbito caritativo/asistencial. Debemos tomar posicionamiento y entender que los derechos de las personas con discapacidad no son negociables.⁽¹⁾

En diciembre de 2006 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptó la convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en nuestro país en el año 2008, su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad.^(1,4)

Por otro lado, y aportando claridad a este tema tan complejo, desde la década de los 70 grupos feministas a nivel internacional, expresan que hay grupos de mujeres cuyas demandas no son expresadas por parte de la corriente hegemónica. Estos grupos plantean que es imposible sentirse identificada totalmente con un modelo único y pretendidamente universal de las mujeres, y planteó una dura crítica por la invisibilización que la propia lucha feminista hace a «esas otras mujeres de los márgenes». Estos grupos manifiestan la necesidad de derribar la falsa idea que todas las mujeres experimentan de la misma manera la discriminación de género.⁽¹⁾

La abogada y activista feminista afroamericana Kimberlé Crenshaw, es quien acuñó el término interseccionalidad. La noción de interseccionalidad se refiere a los procesos que en cada contexto derivan de la intersección de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos.⁽¹⁾

Es un concepto que afirma la coexistencia de diversos factores (vulnerabilidades, violencias, discriminaciones), también conocidos como ejes de subordinación, que se superponen en la vida de una persona. Los in-

dividuos que se encuentran entre ejes diversos (mujeres, lesbianas, con discapacidad, etc.) sufren la desigualdad de un modo único y cualitativamente diferente, imposible de analizar a partir de una simple suma de categorías. Este término ayuda a comprender la complejidad de la situación de algunos individuos, así como a diseñar soluciones más adecuadas.⁽⁵⁾

El término interseccionalidad estructural se refiere a la experiencia directa que tienen las personas de cómo las intersecciones de diferentes desigualdades pueden afectar estructuralmente sus oportunidades económicas, políticas y sociales, creando desventajas para sujetos que se encuentran en el punto de intersección entre desigualdades concretas, por ejemplo mujeres discapacitadas.⁽⁵⁾

Mientras que la interseccionalidad política se refiere a la relevancia que las intersecciones entre desigualdades tienen para las estrategias políticas y movimientos sociales.⁽⁴⁾

Como se plantea en la Guía de Género y Discapacidad: Una vida sin violencia para todas las mujeres; en el ámbito de la discapacidad la crítica fundamental se basa en que el género, entendido como construcción social elaborado por la sociedad patriarcal, confluye con otro constructo social fabricado por la sociedad normalista, es decir por aquella sociedad que concibe el cuerpo humano desde un único parámetro hegemónico que le otorga determinadas características físicas, psíquicas y sensoriales a partir de un modelo de funcionalidad basado en un canon de una pretendida normalidad que en realidad no existe.⁽¹⁾

Como fue expresado en la Convención de las Personas con Discapacidad de la ONU del año 2006 donde se reconoce «que las mujeres y niñas con discapacidad suelen estar

expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de lesiones, violencia o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación».⁽⁴⁾

Como se manifiesta en la Guía de Género y Discapacidad: Una vida sin violencia para todas las mujeres «hay que aclarar que la violencia basada en género que se ejerce contra las mujeres y niñas con discapacidad no es en sí una violencia distinta a la que viven el resto de las mujeres. Se trata de una problemática social que debe ser interpretada en clave cultural en el marco de una sociedad patriarcal, racista, adultocéntrica, heteronormativa y clasista. Las mujeres y niñas con discapacidad tampoco deben ser vistas como especialmente vulnerables en esencia a la violencia. Es necesario dar la vuelta al discurso y declarar que sencillamente se encuentran en una situación de mayor riesgo de ser agredidas y violentadas».⁽¹⁾

Por otro lado, otro término con relevancia a la temática abordada es el de continuum de violencia, el mismo fue utilizado por Cynthia Cockburn (2004) y hace referencia a una inercia y continuidad de la violencia en la vida de las personas, especialmente de las mujeres, donde sus historias parecen transcurrir en un continuo donde la norma y constante es la violencia en todo momento y lugar. Sobre todo, en algunas comunidades donde parece que la violencia contra las mujeres se transmite de generación en generación, colocándolas en una posición de vulnerabilidad que ellas deben asumir y aceptar.⁽⁶⁾

En cuanto a las formas de violencia que se puede ejercer contra las mujeres con discapacidad, esta se puede dividir de manera esquemática en dos grandes grupos. Violencia activa donde se incluyen: agresión física, administración injustificada de fármacos, restricción en la movilidad, manipula-

ción de ayudas técnicas; abuso económico utilizando a las niñas con discapacidad para la mendicidad, limitación de la información y de la economía personal, explotación sexual comercial; abuso emocional con aislamiento emocional, aislamiento en relaciones familiares o de amistad, intimidación verbal, chantaje o intimidación, sobreprotección; y por último el abuso sexual con todas sus variantes.

Dentro del grupo de violencia pasiva: abandono físico como negligencia en alimentación, falta de higiene, falta de atención personal y falta de supervisión; abandono emocional como ignorar su existencia, negar su existencia o no valorar su opinión.⁽¹⁾

Con respecto a las barreras que enfrentan las mujeres con discapacidad a nivel social presentan limitación en el acceso a los espacios públicos, a los servicios y a los recursos. Esto genera situaciones de exclusión perpetuando relaciones de dependencia y limitaciones en el acceso a la salud, la educación, la recreación y al ámbito laboral, entre otros. Para su análisis podemos plantear 4 barreras principales con las que conviven y a las que enfrentan las mujeres con discapacidad: físicas, comunicacionales, de acceso a la información y actitudinales. Por todo esto las usuarias presentan mayores dificultades para expresar las situaciones de violencia de las cuales son víctima. Presentan mayores barreras para acceder a la información y asesoramiento. Dependen física y emocionalmente de quienes las cuidan y les es difícil solicitar ayuda en otros ámbitos, dado que en ocasiones tiene un círculo muy reducido y no han logrado desarrollar las herramientas que les permitan ampliar los mismos. En ocasiones presentan miedo de realizar la denuncia por temor a la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados. Cuen-

tan con menor credibilidad a la hora de realizar una denuncia. Todos estos aspectos se ven más profundizados en aquellas pacientes que presentan una discapacidad desde el nacimiento o desde edades tempranas de la infancia, las que cuentan con varias discapacidades, o en aquellas que tienen problemas en el desarrollo mental. Constantemente son infantilizadas, por lo que no se toma en cuenta sus deseos ni sus proyectos personales. Por todo lo antes mencionado, no logran acceder a trabajos bien remunerados, por lo que se ensombrece su independencia económica lo que perpetúa el círculo de dependencia de su o sus cuidadores.^(1,7)

CONCLUSIONES

Para finalizar comenzamos reconociendo los factores que favorecen la vulneración de derechos en la usuaria del caso clínico, podríamos concluir que estos son: género femenino, discapacidad física e intelectual severa desde la infancia, familia con bajo nivel socioeconómico. Como vimos anteriormente todos estos factores actúan de manera sinérgica profundizando la situación de vulnerabilidad a la que está expuesta la usuaria. Destacando que todos estos factores interactúan de manera compleja, y no se deben ver simplemente como la sumatoria de los mismos.

Luego de lo expuesto consideramos que es importante no infantilizar a las personas con algún tipo de discapacidad (sobre todo intelectual) y entender que como sujetos de derechos la sexualidad transversaliza a las personas, por lo tanto, también forma parte de su integralidad. En el caso concreto de la usuaria de la que traemos el caso clínico, el equipo médico que tomó contacto inicialmente con la misma no se planteó la posibi-

lidad de que el motivo de consulta estuviera vinculado a la esfera gineco obstétrica, ni tampoco que la usuaria pudiera ser víctima de algún tipo de violencia, tanto activa como pasiva. Es relevante que los equipos de salud que asisten a personas con discapacidad tengan presente que son una población con una alta prevalencia de ser víctimas de situaciones de violencia.

Por otro lado, consideramos importante que tanto las personas con discapacidad como sus familiares y cuidadores accedan a los servicios de salud y se aborde la temática vinculada con la sexualidad, para poder conocer cuáles son las distintas necesidades y características según la etapa de la vida. Y además que conozcan sus derechos con el objetivo de empoderarlos intentando disminuir el riesgo de que sean víctimas de situaciones de violencia.

Por último, reafirmamos la importancia del cambio en cómo se entiende la discapacidad y entenderla como una construcción social. Este cambio es fundamental a la hora de pensar en políticas públicas que permitan el desarrollo pleno de los derechos de las personas en situación de discapacidad

RECOMENDACIONES

A continuación, procederemos a realizar una serie de recomendaciones que permitan mejorar el abordaje de estas usuarias.

En primer lugar, destacamos la relevancia de comenzar a comprender la discapacidad como una construcción social enfatizando la necesidad de un cambio de paradigma (paternalista o rehabilitador) a un modelo social de la discapacidad, y la necesidad de derribar las barreras que impiden el pleno goce de sus derechos.

Por otro lado, observando que son varios

los factores que interactúan en favorecer la vulneración de derechos de las personas con discapacidad, consideramos importante la elaboración de políticas públicas que les permita a las familias acceder a sistemas de cuidados para poder insertarse en el mercado laboral y de esta manera poder mejorar su situación socioeconómica.

Además, son necesarios cambios a nivel del sistema educativo que les permita a las personas con discapacidad desarrollar su máximo potencial. Sumado a esto, son necesarias políticas públicas que les permitan a las personas con discapacidad acceder a trabajos remunerados de calidad con el objetivo de lograr independencia económica.

Proponemos la realización de un registro de usuarias con discapacidad al cual puedan acceder los servicios de salud, con el objetivo de poder realizar un seguimiento más estrecho por parte de equipos multidisciplinares, de estas personas y sus familias. Destacando la importancia que tiene la consulta para poder realizar una evaluación de todos los aspectos que hacen a la salud integral de la usuaria (educación sexual, situaciones de violencia, nivel de independencia, salud mental, entre otros).

Consideramos que dada la complejidad que lleva el abordaje de estas usuarias, la situación ideal sería que puedan ser asistidas por un equipo multidisciplinario.

Dadas las herramientas con las que contamos en la actualidad, a la hora de asistir a estas usuarias en los servicios de salud, es fundamental no infantilizarlas, validar sus derechos, recordar que son una población vulnerable de situaciones de violencia activa o pasiva por lo que es necesario indagar y profundizar en este aspecto.

Puntualmente, nosotros como especialistas en ginecología, es necesario que de-

sarrollemos herramientas que nos permitan abordar la salud sexual integral de estas usuarias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la presentación de este artículo.

Bibliografía

1. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS). Género y discapacidad. Una vida sin violencia para todas las mujeres. Lineamientos y recomendaciones. Año 2012. Disponible en: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/34786/1/genero-y-discapacidad.pdf>
2. Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de Violencia de Género. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. Año 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacional>
3. Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia. Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional. SITEAL. Año 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/politicas-y-gestion/planes/plan-accion-2016-2019-vida-libre-violencia-genero-mirada-generacional>
4. Organización Mundial de las Naciones Unidas. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Año 2006. Nueva York - Estados Unidos. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
5. García J. Interseccionalidad y Violencia de Género, Una mirada hacia la violencia de género ejercida contra las mujeres mayores y las mujeres con discapacidad. Laboratorio de Sociología- Universidad de Zaragoza.
6. Molina N, Barrientos M. El Continuum de la Violencia contra las Mujeres en la Región Centroamericana. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Año 2016. Disponible en: https://americalatinagenera.org/wp-content/uploads/2019/12/Continuum_PartnersES4.pdf

7. Ministerio de Desarrollo Social, Administración de los Servicios de Salud del Estado. Manual de buenas prácticas para el trato y la atención de las personas con discapacidad en el ámbito de la salud. Año 2013. Disponible en: <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32256/1/manual-de-buenas-practicas--en-la-slaud.pdf>