

Correlación del diagnóstico prenatal de Restricción del Crecimiento Intrauterino con el posnatal en el Centro Hospitalario Pereira Rossell

Correlation of the prenatal diagnosis of Intrauterine Growth Restriction with the postnatal diagnosis at the Pereira Rossell Hospital Center

Violeta Quintela¹, **Stephanie Viroga**², María Silvina Artigas*, María Belén del Pino*, María Luz Hermín*, Micaela Marvid*, Mario Gabriel Pérez*, María Inés Rega*, Leonel Briozzo³

Resumen

Introducción. La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) se define como la incapacidad del feto para alcanzar su potencial esperado de crecimiento. En el diagnóstico prenatal mediante las medidas antropométricas se utilizan instrumentos web internacionales para catalogar según las medidas en que percentil de crecimiento se hallan estos fetos.

Objetivo: evaluar la correlación del diagnóstico

prenatal con el diagnóstico de pequeño para la edad gestacional (PEG) neonatal en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el 2020 al utilizar las herramientas diagnósticas de Clinic Barcelona y Fetal Medicine con el diagnóstico posnatal.

Metodología: estudio observacional analítico de tipo retrospectivo (diseño de pruebas diagnósticas), para el cual se seleccionaron las usuarias con diagnóstico al egreso de RCIU durante 2020, a través de la revisión manual de historias clínicas, quedando excluidos los embarazos gemelares.

Resultados: correlación absoluta a 38,5% de la población total, no correlación a 38,5% y por último correlación parcial a 23% de los cuales predominaban aquellos diagnosticados con Fetal Medicine.

Conclusión: la aplicación de la guía Fetal Medicine en la población de nuestro país, tiene mayor sensibilidad en contraposición al empleo de Clinic Barcelona.

1. Asistente Clínica Ginecotocológica A. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.
 2. Profesora Adjunta, Clínica Ginecotocológica A. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.
 3. Profesor de Clínica Ginecotocológica A. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay
- * Bachiller.

Violeta Quintela: <https://orcid.org/0000-0002-4260-326X>

Stephanie Viroga: <https://orcid.org/0000-0001-9065-6692>

María Silvina Artigas: <https://orcid.org/0000-0001-5303-5010>

María Belén del Pino: <https://orcid.org/0000-0002-5084-5314>

María Luz Hermín: <https://orcid.org/0000-0001-7626-8298>

Micaela Marvid: <https://orcid.org/0000-0002-8298-890X>

Mario Gabriel Pérez: <https://orcid.org/0000-0002-4620-2113>

María Inés Rega: <https://orcid.org/0000-0001-5282-6697>

Leonel Briozzo: <https://orcid.org/0000-0002-6772-3188>

Autor correspondiente: Stephany Viroga, stephyviroga@gmail.com

Recibido: 1/7/2022 **Aceptado:** 31/7/2022

Palabras clave: Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), Pequeño para la edad gestacional (PEG), Estimación de peso

Abstract

Introduction. Intrauterine growth restriction (IUGR) is defined as the inability of the fetus to reach its expected growth potential. In prenatal diagnosis through anthropometric measurements, international web instruments are used to catalog according to the measurements in which growth percentile these fetuses are found.

Objective: to evaluate the correlation of prenatal diagnosis with the diagnosis of neonatal small for gestational age (SGA) in the Maternity of the Pereira Rossell Hospital Center in 2020 when using the diagnostic tools of Clinic Barcelona and Fetal Medicine with postnatal diagnosis.

Materials and Methods: retrospective analytical observational study (diagnostic test design), for which users with a diagnosis of IUGR at discharge during 2020 were selected through manual review of medical records, excluding twin pregnancies.

Results: absolute correlation to 38.5% of the total population, no correlation to 38.5% and finally partial correlation to 23% of which those diagnosed with Fetal Medicine predominated.

Conclusion: the application of the Fetal medicine guide in the population of our country, has greater sensitivity in contrast to the use of Clinic Barcelona.

Key words: Intrauterine growth restriction (IUGR), Small for gestational age (SGA), Weight estimation.

mayor riesgo de morbi-mortalidad perinatal, que puede incluso repercutir en la vida adulta.¹ A nivel mundial, múltiples definiciones de restricción del crecimiento intrauterino han sido sugeridas por décadas, tanto por sociedades nacionales e internacionales, así como por expertos. El *American College of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG) define RCIU como un peso fetal estimado por debajo del percentil 10. El *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) utiliza la circunferencia abdominal o la estimación del peso fetal estimado por debajo del percentil 10 para su diagnóstico. Otros autores han sugerido el corte en el percentil 3 para detectar embarazos con alto riesgo de desenlaces adversos. En 2002 un grupo denominado TRUFFLE group, que incluía 20 expertos europeos relacionados al área perinatal, definía la RCIU como una combinación de circunferencia abdominal por debajo del percentil 10 conjuntamente con Doppler de arteria umbilical cuyo índice de pulsatilidad supera el percentil 95. En su último boletín, ACOG establece que el término RCIU debe ser utilizado en aquellos fetos con crecimiento patológico causado por un problema funcional, e incluye una definición no sólo basada en un corte antropométrico, sino que también en índices Doppler de la función feto - placentaria.¹

Hasta la fecha, el diagnóstico se centró en utilizar estas guías independientemente de las diferencias en los cortes antropométricos presentes en cada una de ellas, determinando en algunos casos diferencias en el diagnóstico de RCIU.^{1,2} Ante estas variaciones en las guías, se cree que pudieran existir alteraciones en los respectivos diagnósticos tanto en fetos sub diagnosticados como en aquellos sobre diagnosticados. En la práctica clínica, el diagnóstico de feto pequeño

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino patológico (RCIU) conlleva un

para su edad gestacional se lleva a cabo generalmente en base a un peso fetal estimado (PFE) por debajo de un umbral, siendo el más común el percentil 10 de las referencias poblacionales para dicha edad gestacional. La mayoría de los casos de muerte fetal evitables se relacionan con la falta de detección prenatal de los fetos pequeños para su edad gestacional. Con el fin de mejorar las estrategias de detección es importante un conocimiento global y de las diferentes expresiones clínicas de la entidad.²

Los fetos pequeños para la edad gestacional se definen por un peso fetal estimado por debajo del percentil 10 en ultrasonido. Este diagnóstico no necesariamente implica un crecimiento anormal patológico, sino que puede corresponder a un feto constitucionalmente pequeño con respecto a la curva de crecimiento estándar. La restricción del crecimiento intrauterino refiere a un feto con un peso fetal estimado (PFE) por debajo del percentil 10 en ultrasonido, que, debido a un proceso patológico, no alcanza su potencial de crecimiento biológico estimado.³

La estimación ecográfica del peso fetal requiere tres pasos: la correcta asignación de un feto a su edad gestacional (se datará la gestación según la primera exploración ecográfica), la estimación del peso a partir de las biometrías fetales, se calculará el PFE según el algoritmo que incluye diámetro biparietal (DBP), perímetro craneal (PC), circunferencia abdominal (CA) y largo del fémur (LF) y el cálculo del percentil de peso para la edad gestacional (se estimará el percentil de tamaño fetal ajustado por EG, el PFE, el sexo del feto y el número de fetos).

En el segundo trimestre se valorará el crecimiento fetal de acuerdo al crecimiento longitudinal entre el primer y segundo trimestre.⁶

El instrumento web para la estimación del crecimiento fetal de **Fetal Medicine Foundation** es una aplicación que tiene como objetivo estimar el diagnóstico de fetos pequeños para la edad gestacional (PEG) durante el embarazo, donde se introducen una serie de variables que luego arrojarán un percentil para el feto estudiado. Cuenta con campos esenciales como la edad gestacional que incluyen semanas y días, el peso fetal estimado (PFE) en gramos y se pueden incluir algunas patologías como la presencia o no de preeclampsia. Dado que no existe una universalización de los criterios para el diagnóstico y que los mismos difieren según los diferentes países, esta aplicación permite agregar algunos datos como alteraciones en el estudio Doppler, frecuencia cardíaca fetal (FHR) y la puntuación del perfil biofísico (BPS).⁷

El instrumento de la **Medicina Fetal Barcelona** tiene el mismo objetivo que la mencionada anteriormente. Muchas de las variables que se incluyen son las mismas como la edad gestacional en semanas y días, el peso fetal estimado (PFE) en gramos, la presencia de alteraciones en el Doppler, patologías asociadas como preeclampsia, anemia, entre otras. En esta aplicación se incluye también la fecha de la última menstruación (FUM), el sexo y el crecimiento fetal según diferentes parámetros como peso fetal por fórmula de Hadlock donde se incluye al perímetro cefálico (PC), circunferencia abdominal (CA) y largo del fémur (LF) en milímetros.⁸

El objetivo de nuestro estudio fue correlacionar el diagnóstico de RCIU prenatal con el diagnóstico de PEG neonatal en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell en 2020. En el diagnóstico prenatal se compararán estas dos guías de referencia a nivel

mundial (Fetal Medicine y Clínic Barcelona) y se estimarán los Valores Predictivos Positivos (VPP) de las calculadoras utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio, que se basó en la correlación entre el diagnóstico de RCIU prenatal y posnatal, es observacional analítico de tipo retrospectivo (diseño de pruebas diagnósticas). Tomando en cuenta que la investigación se centra en la Maternidad del CHPR, la población de referencia será todas aquellas usuarias provenientes de cualquier punto del país que hayan estado ingresadas en el CHPR durante 2020, que egresaron con diagnóstico de RCIU.

Criterios de inclusión

El estudio contempla aquellas pacientes ingresadas en la Maternidad del CHPR clasificadas al egreso con diagnóstico de RCIU en el año 2020, independientemente de la etiología que lo provoque. La clasificación es realizada por el personal administrativo de archivo, mediante el análisis de la historia clínica al egreso con el diagnóstico realizado por el médico tratante, esta clasificación se realiza en forma rutinaria, a criterio del personal de archivo. La paciente debe otorgar su consentimiento.

Criterios de exclusión

Se excluyen los embarazos múltiples. Se solicitó a Registros Médicos el listado de las usuarias embarazadas que en el año 2020 egresaron con diagnóstico de RCIU. Se llamó a las pacientes y se solicitó el consentimiento informado para revisar su Historia Clínica y la de su hijo. Se realizó una revisión

manual de las Historias Clínicas utilizando el sistema informático de archivos médicos, GeoSalud e Historia Clínica Electrónica Ambulatoria (HCEA). De las ecografías de las pacientes se extrajo fecha de realización, edad gestacional, longitud del fémur (LF), perímetro abdominal (PA), perímetro cefálico (PC), peso fetal estimado (PFE) y diámetro biparietal (DBP). Con respecto al Doppler, arteria cerebral media (ACM), arteria umbilical (AU), promedio arterial uterinas (PAU) y resistencias maternas.

Luego de recabar todos los datos correspondientes, se utilizaron las calculadoras de Clínic Barcelona y Fetal Medicine para el procesamiento de los datos prenatales. Posteriormente al cálculo por las calculadoras correspondientes, se analizó el peso del recién nacido el cual se extrajo del SIP y se calculó el score Z utilizando el patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2006. Éste se realiza tomando el peso al nacer menos el p50 para la edad gestacional al nacimiento, y el resultado de esta cuenta dividido el desvío estándar (DE) para dicha edad. El peso del niño al nacer se clasificó en acorde, PEG leve, PEG moderado y PEG severo. Se consideran aquellos que obtienen un cociente entre $|0-1|$ como adecuado para la edad gestacional, PEG leve entre $|1-2|$, PEG moderado entre $|2-3|$ y PEG severo mayor a $|3|$.

Finalmente, para el análisis de los datos, se realizó mediante el software Excel, en el cual se crearon diversas tablas.

La selección de la muestra es por conveniencia y no probabilística.

Los procedimientos que se siguieron fueron aprobados por el Comité de Ética del CHPR.

Como principal variable a relevar tendremos en cuenta la correlación entre el diag-

nóstico prenatal de RCIU según las guías de Clínic Barcelona y Fetal Medicine y el postnatal según diagnóstico neonatal. Se definieron como categorías a considerar:

- 1) Correlación absoluta cuando coinciden ambas guías con el diagnóstico de PEG neonatal.
- 2) La correlación parcial se definirá cuando al menos una de las guías coincide con el diagnóstico de PEG neonatal.
- 3) Se considera que no existe correlación cuando al menos una de las guías define RCIU pero el diagnóstico de PEG neonatal no, es decir, el recién nacido es adecuado para la edad gestacional.

En base a la correlación parcial, se estudió cuál de las dos guías de análisis antropométrico es más sensible, mediante el cálculo del valor predictivo positivo (VPP) y la sensibilidad para predecir el resultado neonatal de PEG. El valor predictivo negativo (VPN) no se calculó debido a que solo se incluyeron diagnósticos posnatales que partían de un diagnóstico prenatal de RCIU.

RESULTADOS

Partiendo de la población de usuarias de la Maternidad del Centro Hospitalario Perei-

ra Rossell con diagnóstico de RCIU en el año 2020, obtuvimos un n muestral total de 105 usuarias. De este n muestral total, en los archivos del CHPR se encontró en el Sistema Informático Perinatal (SIP) las historias clínicas de 42,9%, correspondiente a 45 usuarias.

Del porcentaje restante, el 6,7% corresponde a embarazos gemelares y otro 6,7% no correspondía a usuarias con RCIU, por tanto, teniendo en cuenta los criterios de exclusión, no fueron consideradas. El restante porcentaje no se consideró debido a que no se pudo acceder a la historia clínica electrónica por cambio de prestador o por no encontrarse en archivos, estas historias clínicas fueron catalogadas como incompletas. Posteriormente, de las 45 usuarias, se debieron descartar 6 pacientes, 4 de ellas por no contar con datos imagenológicos y 2 por carecer del peso fetal estimado (PFE), esencial para los posteriores cálculos. Por ello, el n muestral final con el que se trabajó fue de 39 usuarias, perteneciente a un 37,1% del total inicial. (Figura 1).

Refiriéndonos específicamente al objetivo principal del trabajo, luego de comparadas las guías pertenecientes a Clínic Barcelona y Fetal Medicine, con su posterior correlación con el score z postnatal, se catalogó

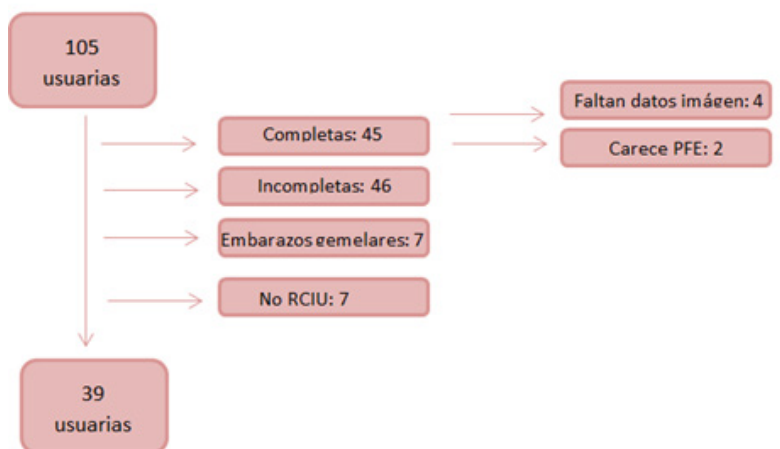


Figura 1.
Flujograma de identificación de la población

Figura 2.
Correlación diagnóstica

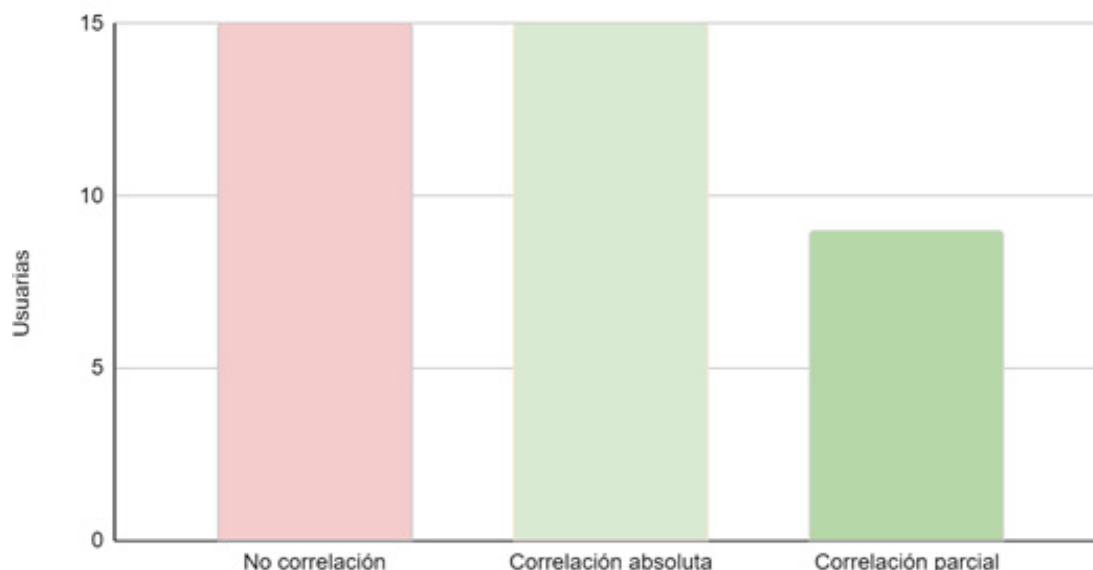


Tabla 1.
Cálculo de la sensibilidad y VPP

PEG al nacimiento				
Diagnóstico prenatal RCIU Clinic		Positivo	Negativo	
	Positivo	17	8	25
	Negativo	4		
Diagnóstico Prenatal RCIU Fetal	Positivo	22	10	32
	Negativo	4		

dentro del grupo de correlación absoluta a 15 usuarias, correspondientes a un 38,5% del total. Las usuarias que no obtuvieron correlación entre su diagnóstico pre y postnatal fueron 15, correspondientes también a un 38,5%.

La correlación parcial se vio en 9 usuarias, correspondientes al 23%, de las cuales 7 (77,8%) coincidía con Fetal Medicine y 2 (22,2%) con Clínic Barcelona. (Figura 2).

En base a los datos de la correlación de cada calculadora el VPP de Clinic Barcelona fue de 68% con una sensibilidad de 80,9% mientras que, para la calculadora de Fetal Medicine el VPP se mantuvo incambiado 68% con una sensibilidad mayor 84%.

DISCUSIÓN

Basándonos en el objetivo general de la investigación, el n muestral inicial tuvo un franco descenso producto de la ausencia de usuarias catalogadas como RCIU en el sistema o falta de datos de las mismas.

Se considera que el n muestral obtenido, podría haber sido otro, teniendo en cuenta que las historias clínicas no tienen un diagnóstico principal, y el personal que cataloga y archiva es ajeno a la profesión médica. Es necesaria esta aclaración, ya que un n reducido podría no ser completamente representativo de la población en estudio, aunque consideramos que no afecta el resultado de los datos obtenidos.

Dado que en las historias clínicas no se especificó por cuál de las dos guías se realizó el diagnóstico de RCIU, el equipo investigador decidió aplicar ambas guías para cada gestación, de forma tal que se pudiera identificar cuál guía presentó un VPP mayor para la correlación del diagnóstico prenatal con el de PEG neonatal.

No es menor el hecho que el grupo de investigación fue el mismo, por tanto, el criterio utilizado para la recolección de datos se mantuvo para todas las usuarias por igual.

Como se explicitó en el apartado de resultados, se observó una correlación absoluta en 15 usuarias (38,5%), y una misma cantidad de usuarias que no presentaban correlación.

Esto se puede explicar, según la consideración de los investigadores, por varios factores: el principal factor a tener en cuenta resultó ser que los datos utilizados en la aplicación de las guías dependen de la biometría realizada por el ecografista, sabiendo que las ecografías son técnicos dependientes.

Otra consideración a tener en cuenta es que todas las gestaciones fueron controladas por el mismo equipo de salud, pero contemplando el alto flujo de usuarias en el CH-PR, se dificulta que un mismo especialista siga toda la gestación, es por eso que se utilizaron distintas guías para la clasificación, dando posteriormente diferencias en el diagnóstico.

Además, tener en cuenta que no se ha llegado a un consenso a nivel mundial respecto de la forma con la cual abordar el diagnóstico postnatal. Un ejemplo de ello es que *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologist* propone realizar el diagnóstico de PEG mediante curvas basadas en datos antropométricos poblacionales y posteriormente un ajuste individual dependiendo del ca-

so, mientras que otros autores consideran la superioridad en la utilización únicamente de curvas antropométricas poblacionales. Considerando que en nuestro país no existen guías nacionales esto podría afectar los resultados obtenidos.⁹

Por lo antes mencionado es que se consideró necesario la re-aplicación de las guías a las gestaciones (correlación parcial), mostrando un VPP en ambos casos que no presentó diferencias. Con respecto a la sensibilidad, se observó que la Fetal Medicine presenta una sensibilidad de 84% en comparación a la Clinic Barcelona con una sensibilidad de 80,9% para la población analizada.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

A partir de lo anteriormente expuesto, el principal resultado a destacar del trabajo de investigación es la discordancia entre algunos diagnósticos de RCIU realizados y el posterior resultado neonatal. Al re-aplicar ambas guías pudimos concluir que dentro de las dos utilizadas, la que aportaba mayor sensibilidad para correlacionar el diagnóstico de RCIU con el de PEG neonatal es la Fetal Medicine con un 84%, en contraposición a lo mayormente utilizado en la Maternidad del CHPR que es la guía de Clínic Barcelona. En nuestro país, las herramientas para el diagnóstico de RCIU presentan carencias sustanciales. Ambas guías podrían aplicarse a nivel nacional, pero posterior a este estudio logramos comprender que en el caso de nuestra población resulta más sensible la guía de Fetal Medicine.

Resulta necesaria la realización de un nuevo estudio prospectivo con un n mayor y el seguimiento de las gestaciones por ambas guías, lo cual nos permitiría aumentar el n y así mejorar la sensibilidad de ambas calcula-

doras.⁹ Sería necesario también hacer un seguimiento prospectivo en todas las gestaciones, más allá del diagnóstico de RCIU, para poder valorar la especificidad y el valor predictivo negativo de estas calculadoras.

Contar con un diagnóstico prenatal lo más certero posible permite adelantarse a los resultados tanto prenatales como postnatales, dado que las restricciones de crecimiento intrauterino se acompañan de repercusiones durante toda la vida, generando mayores costos de salud y una menor calidad de vida.¹⁰

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

La editora, Dra. Natalia Pérez, aprobó la publicación de este artículo.

Bibliografía

1. Dall'Asta A, Brunelli V, Prefumo F, Frusca T, Lees CC. Early onset fetal growth restriction. *Matern Heal Neonatol Perinatol* [Internet]. 2017;3(1):1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40748-016-0041-x>
2. Barrimi M, Aalouane R, Aarab C, Hafidi H, Baybay H, Soughi M, et al. Prolonged corticosteroid-therapy and anxiety-depressive disorders, longitudinal study over 12 months. *L'Encéphale*. 2013; 39 (1): 59–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.03.001>
3. Lausman A, Kingdom J. Maternal Fetal. Medicine Committee. Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, And Management. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2013;35(8):741–748. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30865-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30865-3)
4. García Molina, Debbie Esmeralda; Lemus Menjivar, María de los Ángeles. "Guía de atención clínica de restricción del crecimiento intrauterino". San Salvador; 2020. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1128247>
5. Tejerizo A, Arbués-Gabarre J, Salazar FJ BJ. Embarazo Ectópico. Concepto y Clasificación. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. 2ª ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2007. 443–456.
6. Protocolo: Defectos del crecimiento fetal [Internet]. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona; 2008[Consultado 01 May 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/cir-peg.pdf>
7. The Fetal Medicine Foundation. SGA Management [Internet]. Londres, Reino Unido: 2021 [Consultado 01 May 2021]. Disponible en: <https://fetalmedicine.org/research/manage/sga>
8. Fundación Medicina Fetal Barcelona. Fetal ID [Internet]. Barcelona, España; 2020 [Consultado 01 May 2021]. Disponible en: <http://medicinafetalbarcelona.org/calc/>
9. Savirón-Cornudella R, Esteban LM, Aznar-Gimeno R, Dieste- Perez P, Perez- Lopez FR, Campillos JM, et al. Prediction of late-onset small for gestational age and fetal growth restriction by fetal biometry at 35 weeks and impact of ultrasound– delivery interval: Comparison of six fetal growth standards. *J Clin Med* [Internet] 2021 [consultado 17 nov 2021]; 10 (13): 1-17. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8269193/>
10. Lappen JR, Myers SA. The systematic error in the estimation of fetal weight and the underestimation of fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216(5):477-483. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30253-3/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30253-3/fulltext)
11. Ballano IG. Aumento ponderal materno en la gestación y su influencia en los resultados perinatales. [Internet]. Universidad de Zaragoza; 2017.[Consultado 3 may 2021] Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/63071>
12. Diccionario Panhispánico del Español jurídico. Estado Civil [Internet]. España: Real Academia Española; 2020 [Consultado 19 may 2021]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
13. Del Pino, M. Uso de tablas de referencia [Internet]. Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría [Consultado 19 May 2021]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/del_pino_uso_de_tablas.pdf
14. NCBI. Delivery, Obstetric [Internet]. Bethesda MD: U.S. National Library of Medicine; 2003. [Consultado 19 may 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68036861>



XIX Congreso Uruguayo de
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

***“Salud de la mujer: un reencuentro
que nos lleva a la excelencia”***

03 al 05 Noviembre 2022
Hotel Enjoy, **Punta del Este**



WWW.CGINE2022.ORG
cgine2022@grupoelis.com.uy

Secretaría by
 **GRUPO ELIS**
MEETINGS MANAGEMENT

**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