



gineco

FLASOG

ÓRGANO DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA DE LA FEDERACIÓN
LATINOAMERICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA.

EDITORIAL

LA EDUCACIÓN CONTINUA EN AMÉRICA LATINA. *¿ESTAMOS SATISFECHOS?*

LA SEXUALIDAD EN LAS ETAPAS DE LA MUJER

Dra. Diana Yazmín Copado Mendoza
Dr. Samuel Karchmer K.

MATERNIDAD SUBROGADA: ASPECTOS ÉTICOS ACTUALES

Dr. Samuel Karchmer K.
Dr. Yasiu Bustamante Quan

ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL EMBARAZO

Dr. Samuel Karchmer K.
Dra. Gabriela Sánchez Cruz

Revista oficial




XXXI CONGRESO FECASOG 2018

16 AL 20 DE ABRIL 2018 · HOTEL EL PANAMÁ
Centro de Convenciones Vasco Nuñez de Balboa
Ciudad de Panamá

**Actualización y conocimiento
de Centroamérica para el mundo.**

www.fecasog2018.com

[f](#) [t](#) [@](#) /FECASOG2018

BOLETÍN FLASOG

¡MANTÉNTE ACTUALIZADO!

SIGUE NUESTRAS ACTIVIDADES Y NOTICIAS EN NUESTRO BOLETÍN

Encuétralo cada día 1ro. de mes
en nuestras redes sociales y sitio web.

www.flasog.org

   /@FLASOG





ÓRGANO DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA DE LA FEDERACIÓN
LATINOAMERICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CONTENIDO

EDITORIAL

LA EDUCACIÓN CONTINUA EN AMÉRICA LATINA-
¿ESTAMOS SATISFECHOS?

Dr. Samuel Karchmer K.

pg.5

LA SEXUALIDAD EN LAS ETAPAS DE LA MUJER

Dra. Diana Yazmín Copado Mendoza

Dr. Samuel Karchmer K.

pg.8

MATERNIDAD SUBROGADA: ASPECTOS ÉTICOS ACTUALES

Dr. Samuel Karchmer K.

Dr. Yasiu Bustamante Quan

pg.38

ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL EMBARAZO

Dr. Samuel Karchmer K

Dra. Gabriela Sánchez Cruz

pg.53

Esta publicación es editada a través de la FLASOG con artículos de los ginecólogos y obstetras de latinoamerica. Los análisis, opiniones y comentarios aquí expresados no representan la postura de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Todos los derechos intelectuales son propiedad de los autores. Los permisos para su reproducción total o parcial son reservados a los mismos. Esta publicación es elaborada por Interactive Marketing S.A. de C.V. con sede en Cancún, México.



EDITOR

Dr. Jorge Méndez Trujeque
(México)

EDITOR ASOCIADO

Dr. Ariel Marrufo Soda
(México)

CONSEJO CONSULTIVO EDITORIAL

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
(México)

Dr. Emilio Valerio Castro
(México)

Dra. Wendy Cárcamo
(Honduras)

Dr. Juan Diego Viillegas Echeverri
(Colombia)

Dra. Blanca Lilia Fretes
(Paraguay)

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Paulo Meade Treviño
(México)

Dra. Desiree Mostajo Flores
(Bolivia)

Dra. María Cecilia Arturo Rojas
(Colombia)

Dra. Mercedes Pérez
(Venezuela)

Dr. Dalton Ávila Gamboa
(Ecuador)

Dra. Ivonne Díaz Yamal
(Colombia)

Dr. Alfredo Célis López
(Perú)

Dr. Gustavo Ferreiro Delgado
(Uruguay)

Dra. Viridiana Gorbea Chávez
(México)

Coordinador gráfico

Lic. Oskar Magaña

Diseñadora editorial

Lic. Ximena Miranda

Coordinadora editorial

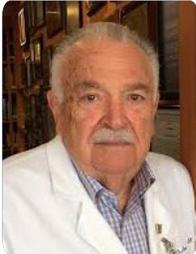
Lic. Teresa Suárez

El consejo editorial de la revista *Gineco FLASOG* invita a los gineco-obstetras latinoamericanos a enviar sus trabajos para publicación; el único requisito es que tengan alguna relación directa con la Ginecoobstetricia. Los trabajos serán recibidos en Word al correo editorial@flasog.org

EDITORIAL

LA EDUCACIÓN CONTINUA EN AMÉRICA LATINA.

¿ESTAMOS SATISFECHOS?



Dr. Samuel Karchmer K.

- Presidente de FLASOG
- Director Médico, Hospital Ángeles Lomas
- Director del Centro Especializado para la Atención de la Mujer Hospital Ángeles Lomas

“ Muchas de las cosas que contamos, en verdad no cuentan nada. Muchas de las cosas que no podemos contar, son las que en verdad cuentan ”

Albert Einstein

Durante las últimas cuatro décadas, la educación médica continua o continuada, en América Latina, ha solicitado con mayor aplomo, la atención de las instituciones encargadas en la formación de recursos humanos en salud y de los educadores médicos, por la necesidad de actualizar y mantener la competencia profesional de los médicos en ejercicio, los que se desenvuelven en un medio donde los conocimientos, técnicas y procedimientos sufren modificaciones en forma permanente.

Cabe señalar que la educación continuada del médico, lo mismo es realizada por una institución educativa, que por una institución asistencial, oficial o privada, academia, colegio o asociación médica, y la sistematización de sus programas muestra diferentes niveles de desarrollo, al igual que el espectro de modalidades que ofrecen, sin duda las instituciones educativas y asistenciales, por los recursos con que cuentan, superan en mucho los realizados por colegios, academias y asociaciones médicas.

El mundo ha evolucionado muy rápidamente y no nos permite regocijarnos con nuestras glorias del pasado y nuestras potencialidades futuras.

Uno de nuestros más grandes pecados ha sido el no acudir a tiempo al llamado que nos hace el progreso. Tomemos por ejemplo el tema que nos ocupa, el esfuerzo constante y sostenido de todo el que trabaja, cualquiera que sea su campo científico o técnico, intelectual o manual, y cualquiera que sea su nivel, universitario o elemental, para no contentarse con lo que sabe, y que lo lleve a realizar estudios para mejorar siempre sus conocimientos, aprovechar los nuevos avances en su ramo y hacer mejor todos los días lo que se hace a diario. También para mejorarse él mismo, en su cultura, en su actitud, en lo que no es forzosamente una actividad pragmática. Es sorprendente el retraso con que el mundo la ha comprendido y acogido.

Se mira a la educación continua, en América Latina y en otros lugares, con mucha frecuencia, como una corriente novedosa de contenido utópico, como una nueva escuela que pretende crear super

LA EDUCACIÓN CONTINUA EN AMÉRICA LATINA.

¿ESTAMOS SATISFECHOS?

estructuras de carácter docente con base en principios distintos a los que hasta ahora se han conocido, como una ilusión irrealizable pero que de todos modos hay que hablar de ella porque el hacerlo da prestigio, aunque sea en las charlas

“intelectuales” de café. ¡No! ***La educación continua es una vigorosa realidad que impone al hombre el conocimiento de su propia ignorancia, que la hace ver su impotencia para detener el avance de conocimientos y su insignificancia para alcanzar aislado, lo que es fácil obtener de conjuntos organizados.*** Es la generalización de una actividad que antes era exclusiva de algunos cerebros excepcionalmente inquietos o visionarios, la sistematización de algo.

En muchas partes de nuestros países, desgraciadamente el concepto ha penetrado poco al área de lo realizable. La gran mayoría de la población profesional aún lo ignora o no lo cultiva y prácticamente la totalidad de la población profesional, en general no recibe sino indicios tenues de su existencia. No precisa aquí encontrar los motivos y solo nos basta destacar que el problema es de capital trascendencia para toda América Latina, que ***es urgente programar su resolución en breve plazo so pena de ver incrementado el rezago en los ejercitantes de todas las ramas de la actividad humana hasta grados irre recuperables, pues cada día que transcurre aumenta ese rezago mucho más de lo que avanza nuestra educación.*** La responsabilidad general de su promoción gravita sobre los sectores mejor preparados que son los que hoy lo comprenden,

y los elementos que en su instauración intervienen –instituciones de educación, ciencia y cultura, gobierno, sectores económicamente poderosos, etc., han de asociar sus fuerzas y aprestarse con apremio a la lucha, para bien de todos.

Otro aspecto importante deriva de los avances de la tecnología. La incesante fragmentación en áreas de actividad que sacrifican la extensión a la profundidad, convierte al individuo en un idealista de la técnica que la ama por sí misma y que, ciego hacia la insustancialidad de sus éxitos, sobrestima los recursos de ejecución y olvida que la técnica es solo un medio de alcanzar principios de universalidad muy superior a la técnica misma por más rutilante que a los ojos del mundo ella aparezca. Estamos convencidos que todos los procedimientos técnicos solo valen en función de su capacidad de servir a los objetivos lícitos y benéficos de la inteligencia humana. Al técnico puro, por más talentoso que aparezca, nunca lo superará una gran distancia de lo que es una máquina, por más malos que tenga ésta sus mecanismos automáticos.

Hasta ahora y en nuestro medio, la educación médica continua en general ha sido un proceso voluntario, no sistematizado, consistente en esfuerzos aislados, sin haber logrado el reconocimiento esperado por los médicos en general, quienes representan la mayor fuerza de trabajo a nivel de la medicina del primer contacto y quienes demuestran un gran desinterés por esta actividad, que quizá en parte sea debido a que ignoran la necesidad y la obligación que tienen de renovar sus conocimientos para brindar una

mejor atención. Entre otros factores que contribuyen a la falta de interés de esta actividad, podrían señalarse el costo que representa establecer programas de educación médica continua de calidad, el problema de los permisos y/o autorizaciones de las instituciones de salud para asistir a esas actividades y la falta de una evaluación formal de lo realizado hasta ahora.

Está claro que **debido a la velocidad con que se aumenta o se transforma el conocimiento de la medicina, el saber de los médicos se torna rápidamente obsoleto y la calidad de sus servicios deja mucho que desear.** Para mantener niveles adecuados en la competencia profesional, es indispensable que el médico participe activamente en programas o acciones de educación continua; por otro lado, si bien es cierto que la exposición a la información y al conocimiento no garantiza por sí sola la práctica profesional adecuada, su ausencia asegura

la incompetencia por la cual es pertinente que se participe en acciones sistemáticas, integrales y permanentes.

Por último, en distintas experiencias ha quedado claro que **mediante actividades de educación continua es posible subsanar algunas deficiencias que pueden existir en la prestación de servicios o en la ejecución de alguna técnica.** La autocrítica y la autoevaluación del ejercicio de la práctica profesional, son estimulados mediante los diversos mecanismos de la educación médica continua.

El gran potencial de la educación médica continua resulta de aplicar los principios teóricos a la actividad cotidiana reforzando la teoría con la práctica. Parece que son los resultados de la educación formal los que estimulan al médico el interés por el aprendizaje, lo que permite que adquiera la confianza en sí mismo y la capacidad para resolver sus problemas.

Podemos sugerir algunas conclusiones y recomendaciones:

1. La educación continuada es un medio necesario para que los médicos cumplan con su responsabilidad profesional de mantener y mejorar la calidad de la atención.
2. La educación médica continuada debe apoyar a los médicos a examinar sus actuaciones y ampliar sus competencias, siendo éstas determinadas por su práctica individual, por las necesidades del hospital o servicio de salud, por el desarrollo científico y las demandas sociales.
3. En cuanto es posible la educación continuada debe ser ofrecida y llevada a cabo lo más cerca de donde el médico atiende a los pacientes para reducir pérdidas de tiempo, de viajes y de costos.
4. La educación continuada es un componente de la conducta profesional de autoevaluación y de aprendizaje autodirigido que debe ser adquirido desde la más temprana época en el ejercicio de la medicina.
5. La educación continuada es una responsabilidad compartida por el médico, por los hospitales o servicios de salud, por las escuelas de medicina y las sociedades académicas de especialidades.

LA SEXUALIDAD EN LAS ETAPAS DE LA MUJER

Dra. Diana Yazmín Copado Mendoza

Médico Ginecoobstetra

Hospital Ángeles Lomas

Dr. Samuel Karchmer K.

Introducción.

Hablar de sexualidad, resulta un tanto difícil en nuestra sociedad, pues entre mitos y paradigmas, es un tema poco conocido y estudiado, aunque en teoría desde los años 60 hemos entrado a la llamada revolución sexual, poca es la importancia que tanto la población general como el personal de salud damos al tema. Es importante ver a la sexualidad con nuevos ojos y darle la relevancia justa dentro de la salud, de manera que el vivir una sexualidad satisfactoria se considere un punto necesario para llegar al concepto de salud como bienestar.

La sexualidad es una dimensión, un valor, que en el momento en que se integra al ser humano, evoluciona y se desarrolla en los distintos momentos de la vida del ser sexuado. No es un algo estático o un añadido que como se suele creer termina en la adolescencia para ir descendiendo hasta su desaparición en la vejez. Es ahí donde entra

la importancia de este trabajo, a continuación se darán conceptos generales que reafirmen las definiciones de sexualidad y los temas que en torno a ella giran, para después entrar de lleno a cada una de las etapas por las que transcurre la vida de una mujer, y saber el juego que lleva la sexualidad en ellas.

Definiciones.

Para empezar a hablar del tema, primero es importante definir que es sexualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como sexualidad a un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (1)

La sexualidad es el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y sociocultural que diferencia a cada individuo como varón y como mujer dentro de un grupo social. Es una parte de la personalidad e identidad, así como una de las necesidades humanas que se expresan a través del cuerpo, la autoimagen, la autoconciencia y el desarrollo personal. (1)

En 1975, la OMS definió la **salud sexual** como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”. Se requieren tres elementos básicos para lograr la salud sexual:

- a) La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.*
- b) El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos y falacias; en sí, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.*
- c) El de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que las entorpezcan. (1)*

La respuesta sexual fisiológica consta de cuatro periodos: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Aunque a nivel fisiológico se dé la respuesta sexual, a nivel psicológico, ésta depende de factores socioculturales y de las propias características psicológicas: imagen corporal, autoestima y experiencias pasadas, que influyen de manera decisiva para llegar a una satisfacción sexual. La imagen corporal se define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo, y el sentimiento que trae consigo sus características y las de sus diferentes partes constitutivas. (2)

La sexualidad se compone de cuatro características primordialmente que interactúan entre sí, que son el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético y físico. El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual o deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo. La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas. La reproductividad se refiere no sólo a la capacidad de tener hijos y



LA SEXUALIDAD EN LAS ETAPAS DE LA MUJER

criarlos, sino también involucra efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad. En cuanto al sexo, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías femenino o masculino, y conforma la identidad de la persona basado en las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer. (2)

Es necesario tener conocimiento pleno de ciertas definiciones para poder hablar respecto a este tema. Así, entendemos por **sexo anatómico** a la evaluación médica de genitales durante la infancia, que encasillan al niño en un sexo asignado por sus características anatómicas o biológicas, lo que determina al niño un desarrollo psicológico individual y de autoidentificación. En general el sexo anatómico es una variable binaria, que sencillamente puede ser hombre o mujer. (3)

Se entiende por **identidad de género** a la identidad personal o cultural que construye cada individuo desde un sentido innato que le da el significado de ser hombre o mujer, o algo entre los dos. La **expresión de género** se refiere a la exteriorización de lo sentimientos que cada individuo guarda y la visión que tiene en su interior. La consciencia de la identidad de género, usualmente se expresa en la niñez temprana. En este punto entra la definición de transexual, que se refiere a los individuos en los que la identidad de género no es congruente con la asignación de sexo anatómico. (3)

La **orientación sexual** se refiere a las preferencias de cada persona en función del sexo de las personas deseadas, y así se puede clasificar en:

- **Homosexual: hacia el mismo sexo**



- **Heterosexual: hacia el sexo opuesto**



- **Bisexual: hacia ambos sexos**



- **Asexual: falta de orientación sexual**



- **Pansexual: hacia todo o todos, incluyendo inclinación a las personas con ambigüedad sexual, transexuales y hermafroditas. (3)**

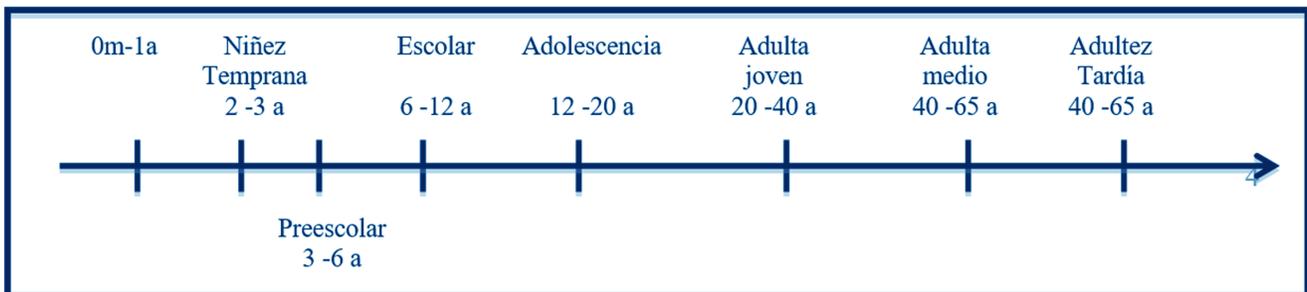


La **conducta sexual** humana está influida por el aprendizaje social, no hay leyes absolutas que determinen, según la naturaleza biológica, las pautas sexuales de la conducta. El sexo es la actividad física como el coito, la excitación de los genitales y la autoexcitación; mientras que la **actividad sexual** es una característica natural del organismo que se inicia al nacer y que puede regularse conscientemente durante toda la vida. (3)

Etapas de la vida

Entrando de lleno al tema, debemos conocer las etapas por las que transcurre la vida de una mujer. En general, una vez que la mujer nace entra al periodo de la lactancia que va desde este punto hasta el año de edad, a ello sigue la niñez temprana que cubre de los 2 a los 3 años. Se llama preescolar a la edad que va de los 3 a los 6 años y posteriormente etapa escolar al rango entre los 6 y 12 años. Llegan-

do finalmente al punto de la adolescencia que cubre todo el periodo de los 12 a los 20 años. Después de la adolescencia, la mujer entra en la etapa adulta que se divide en tres: se entiende por adulta joven al periodo que abarca entre los 20 y 40 años, a ello sigue adulta medio o etapa madura que transcurre entre los 40 y 65 años. Y finalmente, está la adultez tardía o senescencia que va desde los 65 años hasta la muerte. (4)



Cuadro 1. Etapas en la vida de la mujer

La sexualidad inicia con el nacimiento. Sigmund Freud describió cinco etapas psicosexuales en el desarrollo humano, el núcleo de la teoría freudiana está formado por la idea de impulsos sexuales centrados en el cuerpo que cambian con la maduración, desde impulsos orales hasta sensaciones anales, impulsos edípicos y genitales. En cada etapa, dichos impulsos pueden entrar en conflicto con las reglas de la sociedad. (4)

Lactancia.

Así, la lactancia involucra la fase oral según Freud, ya que el ser humano llega a este mundo simplemente con instintos, que son secuencias de comportamiento genéticos que le permiten sobrevivir. El lactante satisface su primera necesidad, que es la alimentación, a través de la boca y el contacto con el pecho materno. Los lactantes inician su sexualidad al tocar y ser tocados. Esta acción es en principio de autoconservación ya que el contacto pecho-boca, logra la satisfacción producida por la alimentación y al mismo tiempo erogenización del epitelio bucal, así la acción de mamar ahora se convierte además en chupeteo, que es la acción de succionar sin tener como fin la nutrición, es decir, la finalidad ya no es la nutrición y busca simplemente la satisfacción, ésta es finalmente el objetivo, la búsqueda de la satisfacción. (6)

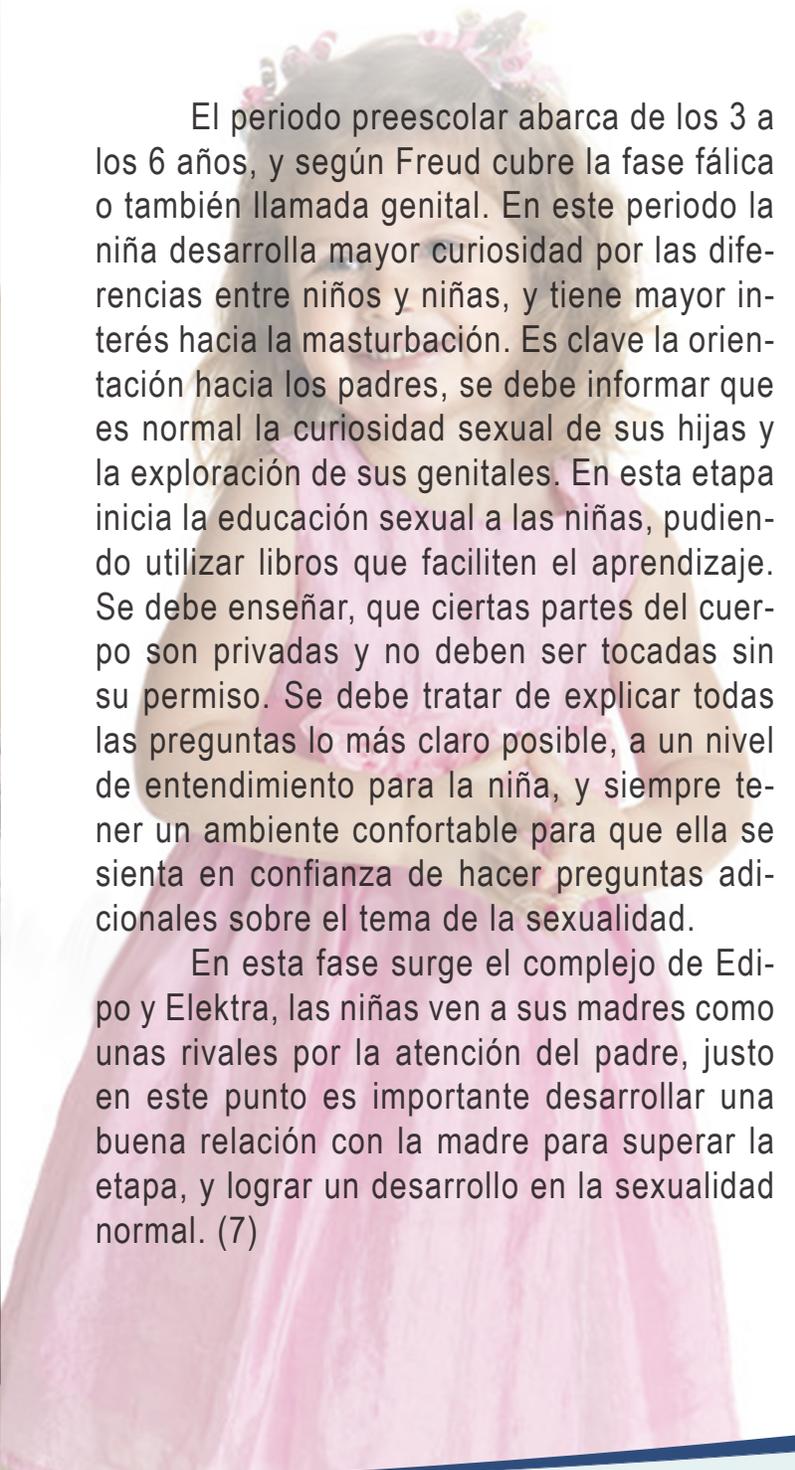
Justo en esta etapa la ausencia del pecho materno provoca el primer sentimiento displacentero. En esta fase el único vínculo con el mundo exterior es la madre; sin embargo, el individuo nace en un medio cultural, un mundo ya formado al que no podrá escapar y dicha cultura le impondrá normas que le permitan tener seguridad, por lo que tendrá que sacrificar algunas satisfacciones plenas a cambio de esa seguridad. (6)

Infancia temprana.

En la infancia temprana, que abarca de los 2 a los 3 años, transcurre la fase anal, según las teorías freudianas. Lo cierto es que en esta etapa los niños desarrollan nuevas habilidades como el lenguaje, las niñas empiezan a reconocer las partes de su cuerpo, y durante este periodo inicia la automanipulación de sus genitales, ya que la masturbación produce un placer; es en este sentido que la madre en el acto de limpiar al niño de las necesidades que produce, erogenizará la zona anal con la que el niño buscará satisfacción autoerótica mediante la expulsión y retención de heces.

Empieza una visualización del mundo exterior y como éste se manifiesta sobre el niño. En esta fase es crucial la intervención de la cultura por parte de los padres y profesionales de la salud. Es importante utilizar el término correcto para nombrar todas las partes del cuerpo, incluidos los genitales. Además, inicia la curiosidad con respecto a las diferencias entre los niños y las niñas. (6)

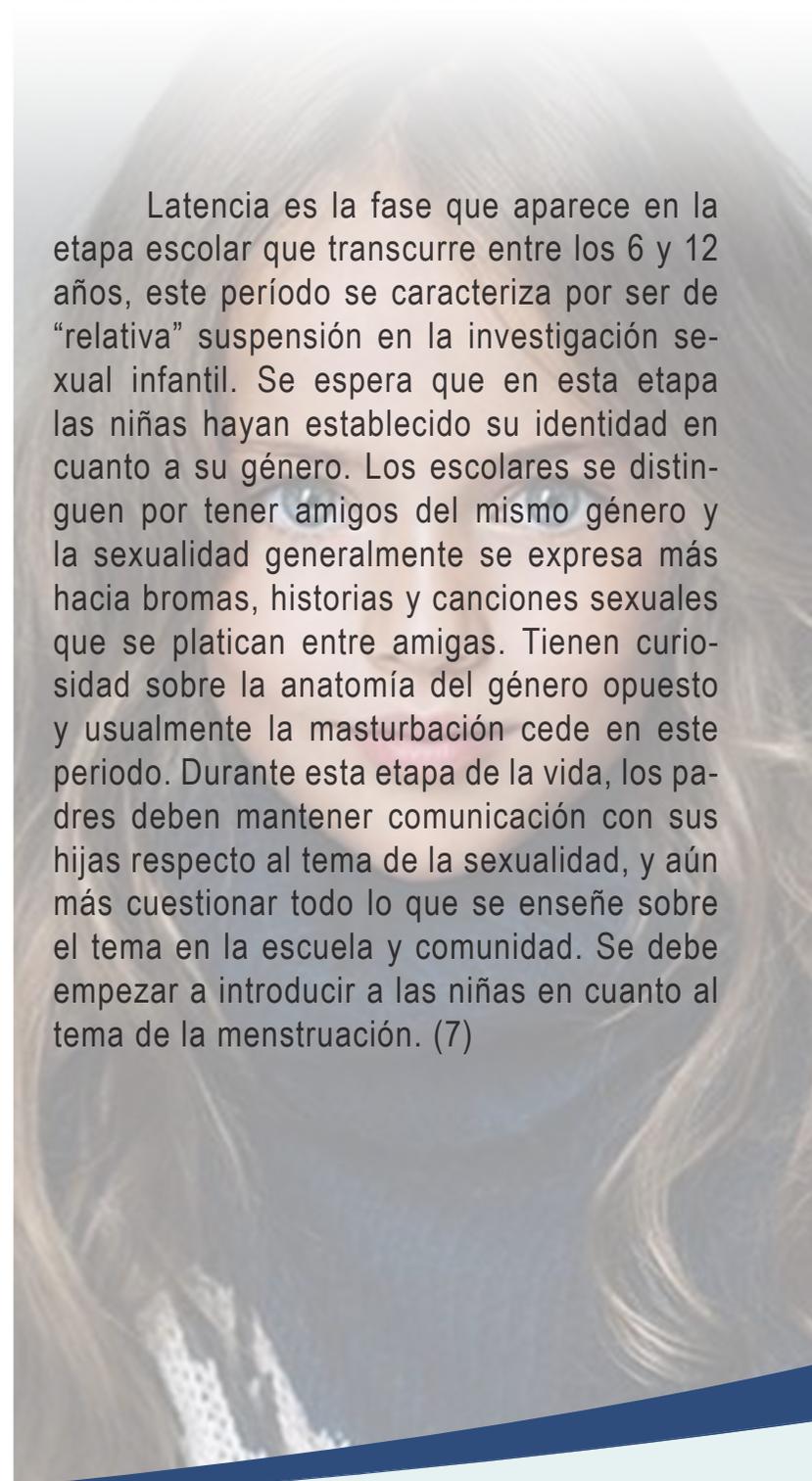
Preescolar.



El periodo preescolar abarca de los 3 a los 6 años, y según Freud cubre la fase fálica o también llamada genital. En este periodo la niña desarrolla mayor curiosidad por las diferencias entre niños y niñas, y tiene mayor interés hacia la masturbación. Es clave la orientación hacia los padres, se debe informar que es normal la curiosidad sexual de sus hijas y la exploración de sus genitales. En esta etapa inicia la educación sexual a las niñas, pudiendo utilizar libros que faciliten el aprendizaje. Se debe enseñar, que ciertas partes del cuerpo son privadas y no deben ser tocadas sin su permiso. Se debe tratar de explicar todas las preguntas lo más claro posible, a un nivel de entendimiento para la niña, y siempre tener un ambiente confortable para que ella se sienta en confianza de hacer preguntas adicionales sobre el tema de la sexualidad.

En esta fase surge el complejo de Edipo y Elektra, las niñas ven a sus madres como unas rivales por la atención del padre, justo en este punto es importante desarrollar una buena relación con la madre para superar la etapa, y lograr un desarrollo en la sexualidad normal. (7)

Escolar o Fase de latencia.



Latencia es la fase que aparece en la etapa escolar que transcurre entre los 6 y 12 años, este período se caracteriza por ser de “relativa” suspensión en la investigación sexual infantil. Se espera que en esta etapa las niñas hayan establecido su identidad en cuanto a su género. Los escolares se distinguen por tener amigos del mismo género y la sexualidad generalmente se expresa más hacia bromas, historias y canciones sexuales que se platican entre amigas. Tienen curiosidad sobre la anatomía del género opuesto y usualmente la masturbación cede en este periodo. Durante esta etapa de la vida, los padres deben mantener comunicación con sus hijas respecto al tema de la sexualidad, y aún más cuestionar todo lo que se enseñe sobre el tema en la escuela y comunidad. Se debe empezar a introducir a las niñas en cuanto al tema de la menstruación. (7)

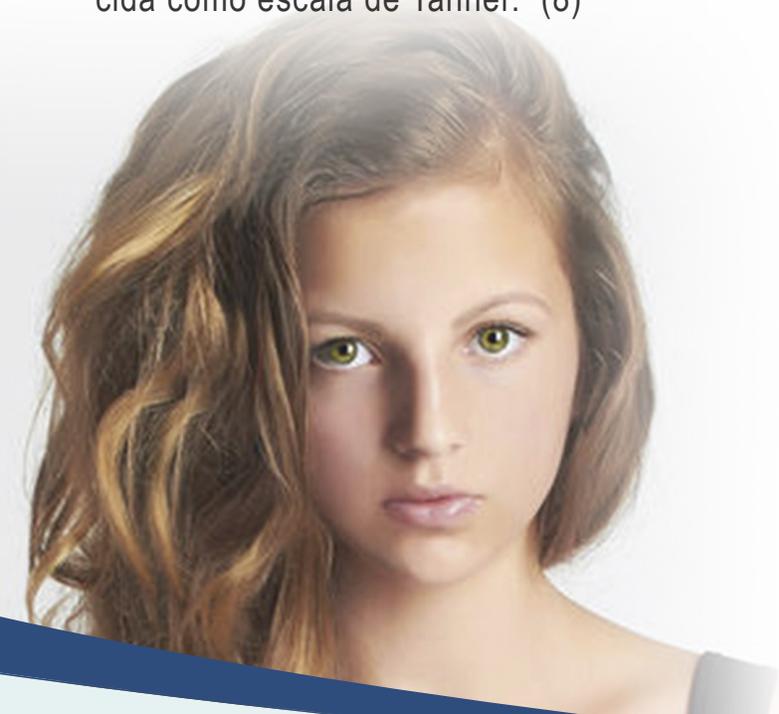
Adolescencia.

Entre los 10 y los 20 años de edad transcurre la adolescencia, las personas experimentan cambios rápidos del tamaño, la forma y la fisiología corporales, y del comportamiento psicológico y social. Las hormonas junto con las estructuras sociales son las encargadas de llevar el cambio desde la infancia hasta la vida adulta. La adolescencia se divide en tres etapas temprana, mediana y tardía, cada una se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales. La secuencia resultante de cambios somáticos y fisiológicos ha dado lugar a la escala de madurez sexual (SMR Sexual Maturity Rating), también conocida como escala de Tanner. (8)

Etapa SMR	Vello Púbico	Mamas
1	Preadolescente	Preadolescente
2	Escaso, poco pigmentado, recto, borde interno de los labios de la vagina	Mamas y papila elevadas como pequeño montículo; diámetro areolar aumentado
3	Más oscuro, comienza a rizarse, más cantidad	Aumento de la mama y la areola, no hay separación de contorno
4	Grueso, rizado, abundante por menos que en adulto	La areola y la papila forman un montículo secundario
5	Triángulo femenino adulto, se extiende a la superficie interna de los muslos	Madura, se proyecta el pezón, la areola forma parte del contorno general de la mama

Tabla 1. Etapas de la maduración sexual en niñas. SMR: Escala de madurez sexual
Tanner J. Growth at adolescence. 2º ed. Oxford, Inglaterra, Blackwell Scientific Publication, 1962

En niñas, el primer signo visible de **pubertad** es la aparición de los botones mamaros, a los 8-13 años de edad. La menarca suele aparecer 2-2.5 años después (entre los 9 y 16 años), alrededor del momento de crecimiento máximo en altura. Los cambios menos evidentes comprenden aumento de tamaño de ovarios, útero, labios mayores y menores, y clítoris, engrosamiento de endometrio y la mucosa vaginal, así como aumento del glucógeno vaginal. (8)



La **adolescencia temprana** abarca de los 10 a los 13 años, y las etapas 1 y 2 de la escala de Tanner, en esta etapa se presentan los primeros caracteres sexuales secundarios, existe un crecimiento rápido y se caracteriza porque el interés sexual suele ser mayor que la actividad sexual. La adolescente es buena para resolver operaciones concretas y tener moralidad convencional. Suele tener intentos por aumentar la independencia familiar y ambivalencia. Se siente en mayor comodidad con amigas del mismo sexo, en esta edad se forman las pandillas. (8)

La **adolescencia intermedia o media** va de los 14 a los 16 años, y en ella transcurren de la 3 a la 5 etapa de Tanner. En esta etapa se da el pico del crecimiento en altura, cambio de forma y composición corporales, cambios en la textura de la piel pudiéndose presentar acné y adquiere el olor de adulto. Generalmente, aparece la menarca. Además se caracteriza por el inicio del impulso sexual, llevando a la adolescente a la experimentación y dudas sobre la orientación sexual. Surge el pensamiento abstracto, se cuestiona las costumbres de la sociedad y tiene un pensamiento centrado en sí misma. Hay una alta preocupación por el atractivo y el cuidado personal y una continua lucha por la aceptación de mayor autonomía. En cuanto a las relaciones interpersonales, existe un mayor apego al cortejo y la búsqueda de una relación que a la relación con el grupo de amigos. (9)

En esta etapa, la maduración biológica y las

presiones sociales se combinan para determinar la actividad sexual. La mayoría de los padres desaconsejan la actividad sexual. La experimentación homosexual es frecuente, y no necesariamente refleja la orientación sexual final de la adolescente, muchas se sienten preocupadas por la posibilidad de ser homosexuales y temen ser descubiertas. El miedo a la estigmatización puede impedirle discutir sus preocupaciones con sus padres o el personal de salud capacitado para ayudarle. (9)

Además de la orientación sexual, los adolescentes en esta fase comienzan a descubrir otros aspectos importantes de la identidad sexual, entre ellos creencias sobre el amor, la honestidad y el decoro. A esta edad las relaciones de cortejo suelen ser superficiales y destacan la atracción y la experimentación sexual, y no tanto la intimidad. Las adolescentes tienden a elegir tres caminos sexuales: celibato, monogamia o poligamia. La mayoría tiene algún conocimiento sobre los riesgos de embarazo, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras enfermedades de transmisión sexual, una minoría usa cualquier forma de anticoncepción en el primer coito y menos del 75% usa preservativos o algún otro método eficaz. (10)



LA SEXUALIDAD EN LAS ETAPAS DE LA MUJER

Finalmente, la **adolescencia tardía**, va de los 17 a los 20 años y en ella se ubica la etapa 5 de Tanner, el crecimiento es más lento, y se llega finalmente a la consolidación de la identidad sexual. El pensamiento se basa en el idealismo y absolutismo, y tiene una imagen corporal relativamente estable. Existe una independencia práctica, aunque la familia sigue representando una base segura. (13)

Ya hemos mencionado que la sexualidad incluye no sólo las conductas sexuales, sino también el interés y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el sexo y su relación con las emociones y la percepción de las funciones y costumbres definidos socialmente. El cortejo se convierte en una actividad habitual durante la adolescencia media. El grado de actividad sexual varía mucho. A los 16 años de edad, alrededor del 30% de las niñas y el 45% de los niños ya han iniciado su vida sexual, mientras que el 17% ha experimentado caricias y el 22% besos. (10)

En un estudio realizado en el Journal of Adolescent Health, se confirmó que el rol materno juega un papel fundamental como influencia directa en el inicio de la vida sexual de la adolescente.

Las características maternas como: estructura familiar, educación, religión, costumbre sexuales, relaciones interpersonales en

cuanto a la satisfacción con su pareja, la comunicación acerca del sexo y métodos anticonceptivos, sugieren un marcador influyente en la decisión de la adolescente para iniciar su vida sexual, según las costumbres que se han llevado en su familia, por lo que una vez más se reafirma la importancia en la comunicación entre los padres y las hijas. Surge un dato curioso, pues dicha influencia no se ve marcada del mismo modo en los adolescentes hombres. (12)



Dentro del tema de sexualidad en la adolescencia hay ciertos puntos importantes a remarcar que han llamado la atención en los últimos años, como el hecho de que cada vez más mujeres alcanzan la pubertad y madurez sexual a etapas más tempranas, observando una menarca que ha declinado de los 15 años hasta los 12.5 desde 1990. Por otra parte, casi la mitad de jóvenes en preparatoria han reportado un inicio de su vida sexual, resultando más frecuente la práctica de sexo oral que sexo vaginal, con incidencias de hasta 54% en las mujeres sexualmente activas. El sexo anal también ha incrementado aunque con menor frecuencia, con una incidencia del 11% en parejas de sexo opuesto. Aunque se ha observado un aumento en el uso de preservativos, no se ha logrado disminuir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, así, ***una de cada cuatro mujeres entre los 14 y 19 años está infectada por alguna enfermedad de transmisión sexual (virus del papiloma humano, clamidia, virus herpes simple o tricomonas).*** Y como último dato, ***una de cada cinco adolescentes se identifica como lesbiana o bisexual o ha afirmado el haber participado en actos sexuales con personas de su mismo género.*** El porcentaje de adolescentes con orientación sexual incierta va disminuyendo según la edad con incidencias de 26% a los 12 años hasta 5% a los 17 años. (11)

El mejor apoyo que puede brindar el médico o especialista de la salud que más se relacio-

ne con el adolescente es orientación, se requiere hablar de puntos claves como ***la prevención de embarazos no deseados y la anticoncepción***, y dentro de ello darle a conocer ***las medidas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.*** Ya que, por ejemplo, el embarazo en la adolescencia es un impacto de gran magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad, se debe explicar a la adolescente las consecuencias que puede tener, tanto en sí el embarazo como en un futuro. (11)

El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, para la madre y para el niño. La muerte por violencia es la segunda causa principal de muerte durante el embarazo para adolescentes y es mayor en éstas que en cualquier otro grupo. ***Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas como: placenta previa, enfermedades hipertensivas en el embarazo, parto pretérmino, anemia, entre otras. Y los recién nacidos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener con bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres mayores de 20 años.*** La prematuridad juega el mayor riesgo junto con el retraso en el crecimiento intrauterino. Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos inapropiados que repercuten directamente en el crecimiento del feto como infec-

ciones o dependencia de sustancias tóxicas. Así, mientras más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el recién nacido de morir durante el primer año de vida. El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas, y el médico juega un papel indispensable en el seguimiento de estas pacientes. (10)

Existen diferentes **programas de prevención del embarazo en la adolescencia**, partiendo de la educación hacia las adolescentes acerca de su cuerpo y sus funciones normales, al igual que orientar sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Las investigaciones indican que la educación de solo abstinencia sin información acerca de la anticoncepción no disminuye las tasas de embarazo en la adolescencia, pero los programas basados en el conocimiento sí lo hacen.

Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil a la información, asesoría por parte de profesionales de la salud y servicios de anticoncepción. Los programas de asesoría por parte de compañeros generalmente involucran adolescentes mayores que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente.

Para aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, estos programas de asesoría de compañeros también les

brindan las habilidades para la negociación dentro de las relaciones sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva. (11)

Los puntos clave que debe cuidar el personal de salud al hablar con un adolescente sobre el tema de la sexualidad es lograr un ambiente de confidencialidad, utilizar preguntas sencillas y claras, que se sean entendibles para el adolescente, pero al mismo tiempo que sean directas y se logre obtener información sobre temas como el inicio de la vida sexual, la presencia de una pareja estable, el conocimiento que tiene sobre el uso de métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual y las prácticas sexuales que han experimentado. Es importante cuestionar sobre la orientación que tienen respecto a la violencia y el respeto a su cuerpo. Se debe lograr un ambiente de respeto y escuchar siempre con atención cada una de las dudas o respuestas del adolescente. Y finalmente, otorgar algunas referencias o teléfonos en los que el adolescente puede orientarse o pedir ayuda. (12)



Adulthood temprana o joven.

Justo durante esta etapa transcurre la etapa reproductiva de la mujer, periodo en el que puede sufrir cambios en la sexualidad según la etapa por la que transcurra, pero en este punto ya tiene una personalidad establecida, basada en prejuicios, educación, religión y experiencias que han marcado su trayectoria. Es una etapa en la cual se toman decisiones muy importantes con respecto al matrimonio, el trabajo y el estilo de vida en general. (13) Sufrir un trance en el que pasa de las fantasías adolescentes a una vida madura dirigida a la realidad del mundo en que vivimos. Es un período de responsabilidad en términos de relaciones interpersonales y familiares. (14)



Dado que se ha visto un cambio en el estilo de vida de los adultos jóvenes actuales en comparación con las generaciones pasadas, se ha observado que adultos jóvenes continúan la soltería aún cerca de los 30 años y por lo tanto son mucho más activos sexualmente. Aunque la presión de grupo con respecto al sexo disminuye, hay más oportunidades sin los límites paternos para experimentar la sexualidad. Pueden experimentar diferentes patrones de comportamiento sexual según la frecuencia, variedad y eficacia del sexo. Muchos otros buscan a una pareja y establecer una relación formal. En ocasiones, se une a otra persona para probar el éxito de una relación formal futura.

Y por último hay un grupo de adultos jóvenes que buscan el participar en actos sexuales, sin tener que establecer relaciones serias. Para algunos los primeros años de la adultez son tiempos de incertidumbre; para otros, de satisfacción sexual. Y en este periodo los conflictos aparecen por causa de las culpas sexuales o la inmoralidad adquirida en años anteriores. Los conflictos sobre la identidad sexual aún no se han resuelto guardando esa imagen desde la adolescencia, y el aceptar su homosexualidad o bisexualidad sigue causando dificultad por la presión social y los prejuicios. En esta etapa sigue preocupando la información oportuna sobre los cuidados a tener en cuanto a enfermedades de transmisión sexual y el uso de métodos anticonceptivos. (14)

Embarazo y sexualidad.

Entrando de lleno a la etapa reproductiva por la que pasa la mujer en esta fase, es indispensable hablar de los cambios en cuanto a sexualidad que ocurren durante el embarazo. Ante este hecho, la sexualidad cambia, tanto en expectativas, sentimientos y actitudes, como en las prácticas. Y pueden surgir dos caminos a tomar, por un lado puede significar un enriquecimiento de la vida erótico-sexual y afectiva, o por el otro un empobrecimiento de la misma, dependiendo de la forma en que cada persona vive su sexualidad y de cómo lo integra en su relación de pareja. (15)

Para una mujer que no tiene pareja fija, el embarazo puede ser una forma de mostrar la existencia de su sexualidad, que, dependiendo de sus valores, podrá significar un hecho vergonzoso o bien algo que ha sido su elección y de la cual no tiene que rendir cuentas más que a ella misma; o, como en el caso de algunas adolescentes, el embarazarse significa ascender en su status social a señora respetable, aún cuando no sean casadas. (15)

Cuando el embarazo es producto de una violación, muy probablemente, significará algo rechazable y cuestionado para esa mujer, incluso puede significar disminuir sus posibilidades de construir una relación de pareja estable. Esto puede hacer que haya depresión, coraje, ansiedad que no sólo afectan a la mujer y su bebé, sino



además disminuirán sensiblemente su capacidad orgásmica en caso de tener relaciones sexuales. (15)

Para las parejas que tienen una relación estable, el embarazo puede brindar la posibilidad de favorecer a su comunicación y vida afectiva, modificando las prácticas sexuales más placenteras que no necesariamente requieran del coito o que varíen la forma en que éste se realiza. Lo primero que debe entender es que el embarazo modifica el cuerpo de la mujer, lo cual puede generar respuestas de su parte como una baja en su autoestima si cree ya no ser atractiva para su pareja, por lo que el apoyo de su pareja y los consejos de su médico resultan una herramienta de apoyo y búsqueda para tratar de disolver estos problemas. Por otra parte, el hombre en la relación también inicia con dudas al ver los cambios en su pareja, pues no sabe si el contacto con su pareja puede molestarla y puede sentir temor a ser rechazado, por lo que una guía médica resulta indispensable, en cuanto al resolver dudas y lograr favorecer una comunicación abierta entre la pareja, con el fin de que ambos puedan expresar sus necesidades, deseos y temores y así, entender los cambios por los que están pasando. (15)



Se ha comprobado que durante el primer trimestre del embarazo, se disminuye el deseo sexual, que posteriormente se incrementa en el segundo trimestre y decae nuevamente cercano el momento del parto. Aunque algunos autores proponen que hay un descenso del deseo, desde el inicio del embarazo hasta el parto. Dentro de todo, lo cierto es que cada mujer y cada pareja tiene su ritmo propio por lo que pueden escuchar consejos pero al final sentir y expresar sus propias necesidades. En este punto se vuelve a reafirmar la importancia que existe en la comunicación entre pareja para que cada uno sepa lo que el otro piensa, necesita y desea. (16)

El embarazo es una etapa en la que tanto la mujer como el hombre necesitan caricias, verbales y físicas; sobre todo la mujer al sufrir tantos cam-

bios, puede sentirse menos atractiva y desconcertada, y requerirá de comentarios que la hagan sentirse atractiva y deseable. A nivel corporal, las caricias en todo el cuerpo, como una forma de expresar cariño a la pareja y mostrar que se aprecia el cuerpo del otro serán muy importantes. Se sabe que el coito no es la única forma de llegar al orgasmo, y a pesar de existir muchos mitos y creencias, tampoco es indispensable suspenderlo durante el embarazo, respetando algunas excepciones como los casos de amenaza de aborto y en casos en los que se de la indicación por su médico.

Para la mayoría de las parejas, durante los 6 primeros meses del embarazo, los cambios corporales no exigen modificaciones sustanciales. Después de este periodo, el vientre crece considerablemente y los senos también pueden hacerse más grandes y sensibles, lo que exige hacer cambios en las conductas sexuales. Si bien es cierto, en embarazos de alto riesgo, las relaciones sexuales pueden tener como consecuencias abortos o partos pretérmino. Una opción que se recomienda al momento de la relación sexual es el uso del condón pues dada su conformación (fructosa, prostaglandinas E2, A, B, aminoácidos, fósforo, potasio, ácido cítrico, colesterol, fosfolípidos, carnitina, fosfatasa alcalina, calcio, sodio, zinc, potasio y enzimas como la fibrolisina y la fibrinogenasa) se evita el contacto de sustancias como las prostaglandinas y así se disminuye el riesgo de amenaza de parto pretérmino.(16)

Lactancia y sexualidad

Durante el periodo del puerperio y lactancia, la mujer entra nuevamente a una serie de cambios, empezando con la relación en pareja, pues atraviesa por un tiempo de adaptación mientras ambos aceptan los cambios producidos por la llegada del bebé, y el nuevo rol de familia al que entran. En ello influyen algunos pensamientos como la dificultad que tienen algunos hombres en mirar a su pareja como su amante y sólo son capaz de verlas como la madre de su hijo. El hombre puede tener miedo a hacerle daño físico a la madre, dejando a un lado así el contacto sexual con su pareja. (17)



Por otra parte, no favorece que el tiempo y los momentos íntimos para la pareja pueden ser pocos y escasos, ya que el recién nacido ocupa la mayor parte del tiempo de sus padres, y al final del día los padres están exhaustos. Además de los cambios físicos que sufre la madre tanto durante como después del parto, orillan al aislamiento de la pareja, como el dolor de una episiotomía o de una cesárea, o sentimientos de frustración, fracaso o vulnerabilidad provocados por una mala experiencia con el parto. La baja autoestima que pudiera presentarse por los cambios, aporta poco al deseo sexual en una mujer. Cualquier situación extra relacionada con el recién nacido, como enfermedad o cólicos, puede añadir tensiones adicionales a la interacción de la pareja. (17)

Por sí misma la mujer está en un medio hormonal que contribuye a una sexualidad disminuida, ya que los niveles de prolactina, las alteraciones en los niveles de LH, y el hipotrofenismo de la lactancia incrementan las alteraciones del estado de ánimo, la melancolía posparto y disminución de la libido. Algunos factores agravantes como la eyección de leche durante el coito, el conflicto con la utilización sexual de los pechos, la consejería inapropiada del médico, la dispareunia por afinamiento del epitelio vaginal o simplemente agravantes como falta de sueño, repercuten en el contacto sexual de la pareja durante este periodo. (17)



Por otro lado, para algunas mujeres el sentido de bienestar y paz que se asocia a la lactancia, los sentimientos de ternura y calor humano que se producen en el proceso de cuidar al recién nacido, pueden contribuir a un aumento en el deseo sexual y a la unión de la pareja. Especialmente observado en los casos en que el parto ha resultado una buena experiencia, produciendo un sentimiento aumentado de feminidad en la mujer y el sexo. (17)

No existe una recomendación clara sobre cuando es factible reanudar la vida sexual, aunque algunas bibliografías refieren que el inicio del coito ocurre como promedio a las 8 semanas y el 75% de las parejas ha reanudado las actividades sexuales para el final del tercer mes del posparto, la práctica indiscriminada de la episiotomía, y de otras prácticas obstétricas operatorias rutinarias retrasan el reinicio de la actividad sexual. En tér-

minos generales, la recomendación debe dejar la decisión fundamentalmente en manos de la mujer, llevando todas sus dudas a la primera visita posparto. (17)

La conclusión al respecto en esta etapa de la vida es que **la lactancia puede ser un elemento inhibitor en algunas parejas y estimulante en otras, para el desarrollo de su sexualidad**. La frecuencia del coito para mujeres casadas, durante el amamantamiento, se ha reportado según un estudio multicéntrico, que varía de 4 a 30 episodios por mes con un promedio de 3 a 5 veces al mes. En aquellos casos en que la sexualidad mantiene una prioridad baja por semanas o meses, es muy importante que la pareja mantenga abiertos sus canales de comunicación. Pasar de dos a tres, y convertirse en una familia, no es fácil, toma tiempo. Se debe brindar ayuda a la madre y comprensión por parte de su pareja, más comprensión y más amor, y entender que poco a poco la líbido de la mujer irá aumentando. (17)

Adultez media.

Durante la adultez media, existe un cambio drástico en cuanto a la manera de ver la vida. Antes de esta etapa la mujer observa a la vida en cuantos a los años vividos y las experiencias por las que ha pasado, pero en esta etapa ocurre un cambio brusco y las metas de la vida giran en torno a los años que quedan por vivir. Temas en torno a los que gira su mente son: la muerte, enfermedades, trabajo, hijos, nietos, y en cuanto al desarrollo de la propia persona se enfrenta a realidades y descubre que hay metas deseadas que simplemente ya no serán posibles de alcanzar.



Existen momentos de frustración al analizar lo aspirado, lo logrado y lo realmente posible de alcanzar en ese momento, llevando en ocasiones a la mujer a un sentimiento que puede suscitar una reacción de pérdida de propósito en la vida. Llevando a la persona a un nuevo esfuerzo de búsqueda de una nueva identidad, que en ocasiones puede incurrir en patrones de comportamiento que no son típicos de su edad, en particular, tratar de establecer patrones de vida típicos de los adolescentes e incluso preferir más estar en actividades de adolescentes. No todas las personas pasan por esta crisis de la edad media. Algunos más bien experimentan un sentido de triunfo, de haber alcanzado ciertas metas y de desempeñar eficientemente las mismas. (18)

En esta etapa la mujer atraviesa por el climaterio y menopausia, etapas en la vida de la mujer que nuevamente generan toda una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. El climaterio o transición menopaúsica abarca al periodo que inicia con las irregularidades menstruales y se extiende hasta un año después de la ausencia de la menstruación. Se define como menopausia al periodo durante la vida de la mujer en el que su capacidad reproductiva se detiene. La OMS define como menopausia natural al cese de la menstruación, como resultado de la pérdida de la capacidad folicular ovárica o depleción folicular, como requisito para el

diagnóstico deben haber transcurrido 12 meses consecutivos desde la amenorrea y que no sea atribuible a alguna otra causa patológica o fisiológica, por lo que el diagnóstico debe ser retrospectivo. (18)



Desde el punto de vista fisiológico la disminución de los estrógenos, puede traer consigo algunos síntomas físicos como alteraciones menstruales, bochornos o síntomas vasomotores, trastornos del sueño, atrofia urogenital, alteración en el estado de cognición y cambios en el estado de ánimo y en la constitución física, que se ven reflejados en la masa corporal y en el metabolismo óseo, de lípidos y carbohidratos. Como en todo cambio, desde el punto de vista emocional, se pierde la estabilidad anterior, lo cual puede manifestarse como confusión, angustia, depresión, desubicación con respecto a los proyectos de vida, competencia con las mujeres jóvenes, vivencias de vacío por la independencia de los hijos. La intensidad de este desequilibrio emocional y el tiempo de su resolución depende de la personalidad de cada mu-

jer y de los logros que haya tenido hasta ese momento. (19)

Todos los cambios ya explicados influyen directamente en la sexualidad de la mujer, presentado la disminución del deseo sexual como el aspecto de la sexualidad más frecuentemente afectado en la mujer climatérica, seguido de los problemas de comunicación y dispareunia, con mayor proporción en la mujer posmenopáusica; sin embargo, más de la mitad de las mujeres en etapa están satisfechas sexualmente. Las mujeres que presentan disminución del deseo desconocen los motivos de esta situación y aquellas que identifican los motivos lo atribuyen a la edad, la falta de pareja continua y enfermedad de la pareja. Los motivos principales de los conflictos con las parejas son los problemas económicos, seguido, del desinterés por la pareja. (19)

El **deseo** es el interés de un individuo de ser sexual y está determinado por cinco componentes que se interrelacionan: impulso, creencias, valores, expectativas y motivación. Las disfunciones sexuales son comunes durante el climaterio debido a la deficiencia hormonal. Su causa puede ser multifactorial y la terapia sola con estrógenos por vía oral aumenta la SHBG, que es causa de deseo sexual hipoactivo. Pero, la terapia hormonal con efecto androgénico tiene efectos positivos en el deseo sexual hipoactivo, excitación y orgasmo. La terapia local con

estrógenos ha demostrado revertir el trofismo vulvovaginal con lo cual mejora la función sexual. (19)

Es importante que en las consultas los ginecólogos promuevan la educación sexual para que las mujeres conozcan los cambios que ocurren en su sexualidad durante el climaterio y lo experimenten como una etapa natural de su vida en la que pueden tener una salud sexual plena y satisfactoria. Por otra parte, la menopausia tiene también un componente psicológico importante, pues para algunas mujeres el proceso puede ser interpretado de forma negativa y otras lo pueden pasar sin dificultades mayores. El significado que se le dé a la menopausia es importante en la continuación de la vida sexual; por ejemplo, quienes interpretan la menopausia como pérdida de feminidad se sienten mal ante ésta y, por el contrario, quienes la ven como algo por lo que ya no tienen que preocuparse, tienen una actitud positiva que en ocasiones podría conducir a una nueva exploración de la sexualidad. (20)

Se dice que la actitud que tome cada mujer dependerá del estilo de vida que llevaba, así como de la personalidad y los factores ambientales que la rodean pudiéndola clasificar en dos tipos de modelos: Aquellas mujeres que fueron educadas rígidamente y que vivieron su sexualidad con culpa y obligación y sólo la aceptaron para formar una familia, suelen renunciar a

la sexualidad, al encontrar un justificativo para que desaparezca la finalidad placentera; en tanto para aquellas mujeres que vivieron una sexualidad plena y gratificante, suelen sentirse liberadas del temor al embarazo no deseado, y así comienzan a vivir una sexualidad aún más placentera. (20)

Mucha de la orientación en esta etapa dependerá de la relación que guarde la mujer con su ginecólogo, por una parte se puede brindar tratamiento médico para disminuir la sintomatología y cambios transcurridos en el climaterio con terapia de reemplazo hormonal, haciendo este transe lo más placente-

ro posible, y por otro lado desarrolla el papel de un amigo y confidente que sea capaz de entender el estado emocional de la mujer y brindar consejería al respecto, se debe hacer un análisis profundo del balance de su vida, analizar el valor de los aspectos positivos y los logros alcanzados, proponerse mejorar o modificar aquello que no sirvió hasta ahora, plantearse nuevos proyectos y logros, incrementar la comunicación con los amigos y con la pareja; permitiéndose el intercambio y la expresión de sentimientos y necesidades. (20)



Adulthood tardía o vejez.

El avance en conocimientos médicos sobre los procesos de enfermedad y el mayor acceso de la población a servicios de salud han sido hechos fundamentales que favorecen a la prolongación de la vida humana, llegando hoy en día a una esperanza de vida alrededor de los 85 años para las mujeres mexicanas; lo cual nos indica que es necesario extender nuestros conocimientos en todas las disciplinas para ofrecer una mejor calidad en los servicios a esta población. (21)

Entrando de lleno al tema, se ha visto que *la sexualidad y la vejez no ha sido un área de gran estudio, ya sea porque no ha habido investigadores interesados en la sexualidad de las ancianas o bien porque los adultos mayores se han mostrado resistentes a hablar acerca de su sexualidad. Sin embargo el envejecimiento de nuestra sociedad ha mostrado un creciente interés en este grupo de edad. (21)*

Ya se ha explicado que la sexualidad no sólo engloba al impulso biológico del ser humano, va más allá de la función reproductiva y entran en juego las funciones de carácter relacional, hedonísticas y egointegrativas. Así, en el transcurso del ciclo vital se forma la identidad sexual y de género de cada persona, las actitudes sexuales y la conducta sexual. El último punto del ciclo vital es la adultez tardía o vejez. Recientemente llamada la tercera edad, que en sí engloba a un concepto que nació por la necesidad de marcar una edad cronológica



en la que se pueda determinar que una persona deja de laborar activamente y comienza un proceso de jubilación.

En cuanto a los cambios físicos que transcurren en la anciana y que directamente afectan su sexualidad sobresale la disminución leve o variable del deseo sexual relacionado con los factores hormonales o sociales, el enlentecimiento de la fase de excitación sexual, la atrofia de la mucosa vaginal, que la hace más corta, menos elástica y lubricada, lo que conlleva a una penetración más difícil y dolorosa, menos vasocongestión del clítoris y la plataforma orgásmica, disminución de la frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas, por lo que toma tiempo alcanzar el orgasmo y su duración disminuye. (21)

Si bien es cierto que todos los cambios ya mencionados alteran la respuesta sexual de los adultos mayores, también se asocian otros factores generales como la salud, las creencias y la sociedad en la que viven. La desinformación respecto a la sexualidad en esta etapa, la ansiedad que la adaptación a estos cambios genera y la dinámica y los conflictos de pareja pueden constituirse en factores de disfuncionalidad en el ámbito sexual. Más aún en los viejos estos factores pueden ser amplificadas por el miedo y el resentimiento que se pudieron haber desarrollado en los años anteriores. (21)

La sexualidad de los viejos ha creado gran controversia, pues por una parte se cree que las



personas pierden todo el interés sexual cuando envejecen o que se ven como pervertidos si continúan teniendo relaciones sexuales. La realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte incluso si es alterado por los propios cambios del envejecimiento. Y es en este punto donde la sexualidad de los ancianos se ve afectada, calificando su conducta sexual como aceptable o inaceptable. En la sociedad actual, existe una negativa al ejercicio de la sexualidad en los ancianos, pues no parece apropiada la actividad coital en personas mayores de 70 años. (21)

La sociedad actual crea estereotipos, y uno de ellos es el modelo de figura corporal ideal, creando una imagen perfecta en la que el atractivo sexual se basa en la esbeltez, la delgadez en la mujer y piel suave y lisa son criterios aceptados como lo adecuado; sin embargo dichas características se pierden en la vejez, donde por el contrario el

aspecto físico es visto sin ningún atractivo e inclusive con repulsión, lo que lleva a que la anciana se autovalore negativamente con respecto a su cuerpo y ello condiciona su comportamiento sexual sintiéndose poco atractiva y sin ninguna posibilidad de despertar deseos sexuales en los demás. La no aceptación provoca una pérdida paulatina del interés en las relaciones sexuales con la aparición de sentimientos de resignación ante la pérdida. (21)

Sin embargo, algunos estudios sugieren que las mujeres con actitudes liberales y positivas hacia la sexualidad, con buen conocimiento de la misma y satisfacción con las relaciones a largo plazo y buenas redes de apoyo social y bienestar psicológico, con sentido de autovaloración pueden continuar con gran interés, actividad y satisfacción sexual. Y en estas mujeres, los cambios pueden ser vistos positivos, mejorando incluso su sexualidad al desaparecer el miedo del embarazo, teniendo una mejor aceptación corporal. Para todo lo anterior, es fundamental, el concepto que maneja la pareja de lo que es sexualidad y los cambios que han vivido hasta esta etapa de la vida. (23)

Nuestra sociedad se esta enfrentando a un reto, en el que cada día son más los adultos mayores, y es necesario ampliar los conocimientos respecto al tema, no basta con prolongar los días de vida de una persona, si no que además, se requiere ofrecer una buena calidad de vida, dar la oportunidad de gozar de su sexualidad a nuestros adultos mayores, sin que

sea visto como algo prohibido o tachado por la sociedad. Factores que son claves para este cambio, son la manera en que cada persona gozó su sexualidad a lo largo de su vida, y el hecho de contar con una pareja estable en esta etapa; sin embargo como se ha dicho, la sexualidad no sólo tiene que ver con el acto sexual, sino también el desarrollo que lleva la persona dentro de la sociedad, dependiendo de la manera en como ella misma se percibe. ***La tarea del personal de la salud, con la vejez ya no consiste sólo en curar enfermos, si no abordar de manera integral el bienestar de los ancianos.*** (23)



Conclusiones.

En conclusión, no basta con saber o definir que es sexualidad, el concepto va más allá y se debe entender que para lograr un goce pleno de la salud es relevante llevar día a día un ejercicio de la sexualidad. Una persona sexualmente satisfecha se siente mucho más atractiva, competente y es mucho más proclive a seguirse desarrollando intelectualmente.

Ya se ha descrito el juego que lleva la sexualidad en cada una de las etapas de la mujer, pero **no sólo concierne a la mujer el saber disfrutarlas, sino también al personal de salud, ser capaz de orientar y resolver las dudas que genere al respecto. Se deben romper los prejuicios y paradigmas que guarda nuestra sociedad, y empezar una nueva cultura en la que abiertamente cada mujer pueda explorar su sexualidad desde su nacimiento hasta la muerte.**

En resumen, según Sigmund Freud, la mujer atraviesa por diferentes etapas que van formando su

sexualidad, cambiando el objeto de placer en cada una de ellas con el único fin de lograr la satisfacción. Así, durante la lactancia se ubica en la fase oral en la que el seno materno no sólo brinda alimentación, sino también el contacto estrecho con la madre que le brinda placer. Después, en la niñez temprana, entra en la fase anal, en la que adquiere el placer ante el control y descontrol de las necesidades fisiológicas, ubicándose cada vez más en una realidad. En la etapa preescolar, la niña empieza finalmente a entender la diferencia de sexos (masculino y femenino), empieza el descubrimiento de sus órganos genitales y guarda una estrecha relación con su padre, creando el llamado complejo de Elektra. A esta fase sigue la de latencia o escolar, en la que la niña, ya se identifica como femenina, prefiere pasar el mayor tiempo con personas de su mismo sexo, y en general esta es la fase de preparación para la adolescencia. Una vez que la mujer entra a la adolescencia, experimenta toda una serie de cambios tanto físicos, como psicológicos y sociales; entra en la etapa reproductiva y los cambios, orientación y experiencias que tenga determinarán la forma en que seguirá su sexualidad a lo largo de su vida.

Entrando en la adultez temprana, la mujer goza de la etapa reproductiva teniendo cambios durante el embarazo, puerperio y lactancia, que muchas veces no son entendibles para ella, en este punto la orientación y apoyo tanto de su pareja como del médico son fundamentales. Al mismo tiempo la adaptación a una vida de familia, puede afectar muchas



LA SEXUALIDAD EN LAS ETAPAS DE LA MUJER

veces su sexualidad como pareja, cambios que deben ser tomados y aceptados para no comprometer la relación. A esta etapa sigue la adultez media, en la que nuevamente la mujer pasa por cambios físicos y psicológicos; siendo durante el climaterio y la menopausia que el médico juega un papel importante, no sólo para resolver los síntomas físicos por lo que pasa la mujer, sino también para dar orientación preventiva sobre todos los nuevos cambios que adquiere, pero lo más importante es explicarle que estos cambios no la hacen menos mujer o crean cambios en su sexualidad, sino que simplemente se deben hacer nuevas adaptaciones para llevar lo mejor posible el goce de su ejercicio sexual.

Dado que la esperanza de vida ha aumentado notoriamente, hoy en día también es importante profundizar en el tema de la sexualidad en la adulta mayor, y dejar de verla como ojos prejuiciosos, ya que si bien recordamos la sexualidad es un fenómeno multidimensional, que inicia con la vida del individuo, desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia, pero alcanza su madurez y trascendencia durante la adultez, desaparece con la vida, por ende hasta la muerte se constituye un componente de nuestra personalidad.

La sexualidad está presente en todas las dimensiones del ser humano, por lo tanto no se puede desconocer su importancia como tampoco ignorarla. Una buena actividad sexual, contribuye a una mejor calidad de vida. ***El sexo guarda relaciones importantes con el amor, el placer, la responsabilidad, el disfrute y el saber, lo único que resta a nuestra sociedad es vivir su sexualidad plenamente, sin mitos o prejuicios.***



Referencias.

1. Morin R. Obesidad y sexualidad. *Rev Trab Soc* 2008;18(2): 4-13.
2. De Lamater J, Friedrich W. Human sexual development. *Journal of sex research* 2002;39(1): 133-141.
3. Bernhard L. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obst and Gyn* 2002;45(4):1089-1098.
4. Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Growth, Development, and Behavior. The Development of Sexual Behavior. En: *Nelson Textbook of Pediatrics* 18 ed. Saunders Elsevier 2007: Versión electrónica.
5. Learman L, Huang A, Nakagawa S, Gregorich S, Kuppermann M. Development and validation of a sexual functioning measure for use in diverse women's health outcome studies. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:710.e1-710.e11.
6. Fonseca H, Greydanus D. Sexuality in the child, teen, and young adult: Concepts for the clinician. *Prim Care Clin Office Pract* 2007;34(3): 275-292.
7. Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Growth, Development, and Behavior. Assesment of growth. En: *Nelson Textbook of Pediatrics* 18 ed. Saunders Elsevier 2007: Versión electrónica.
8. Sanfilippo J, Lara-Torre E. Adolescent gynecology. *Obstet Gynecol* 2009;113(4): 935-947.
9. Auslander B, Biro F, Succop P, Short M, Rosenthal S. Racial/ethnic differences in patterns of sexual behavior and sti risk among sexually experienced adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22(2):33e39.
10. Greydanus D, Hatim O. Sexuality issues and gynecologic care of adolescents with developmental disabilities. *Pediatr Clin N Am* 2008;55(2) 1315-1335.
11. Tessler S, Tetteh A, Kasza K, Gilliam M. What schools teach our patients about sex. Content, quality, and influences on sex education. *Obstet Gynecol* 2008;111(2): 256-266. Greydanus D, Omar H.
12. McNeely C, Shew M, Beuhring T, Sieving R, Miller B, Blum R. Mothers influence on the timing of the first sex among 14 and 15 years old. *Journal of adolescent health* 2002;31(3):256-265.
13. Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Growth, Development, and Behavior. Adolescence. En: *Nelson Textbook of Pediatrics* 18 ed. Saunders Elsevier 2007: Versión electrónica.
14. Trutnovsky G, Haas J, Lang U And Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006;46(5): 282-287.
15. Rivera I, Vázquez V, Dávila R, Parrilla Rodríguez A. Exploratory study: breastfeeding knowledge, attitudes towards sexuality and breastfeeding, and disposition towards supporting breastfeeding in future Puerto Rican male parents. *P R Health Sci J* 2006;25(2):337-341
16. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005;51(3):1366-1367.
17. Forster C, Abraham S, Taylor A, Llewellyn D. Psychological and sexual changes after the cessation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 1994;84(5): 872-876.
18. Fuentes L, Martín E, Pérez A. Sexualidad en la mujer durante el climaterio. *InfMed* 2008;10(3): 129-137.
19. Gracia C, Freeman E, Sammel M, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. *ACOG* 2007;109(4): 831-840.
20. Sarrel P. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol* 1990;75(5):265-268.
21. Meston C. Aging and sexuality. *The Western Journal of Medicine* 1997;167(4):285-286.
22. Shah M. Obesity and sexuality in woman. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2009;36(2):347-360.
23. Herndon S. The ob-gyn doctor-patient relationship. *Obstet Gynecol* 2007;109(5): 1177-1178.
24. Garofalo R, Forcier M, Middleman A, Torchia M. Adolescent sexuality. In: *UpToDate*, Basow, DS (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2011.
25. Benson P, Middleman A, Moynihan L, Torchia M. Patient information: Adolescent sexuality. In: *UpToDate*, Basow, DS (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2011.

CUESTIONARIO

1. ¿Cómo se define sexualidad?

- a. Es el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y sociocultural que diferencia a cada individuo como varón y como mujer dentro de un grupo social
- b. Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte.
- c. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.
- d. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.
- e. Todas las anteriores.

2. ¿Qué factores influyen en el desarrollo de la sexualidad?

- a. Factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales
- b. Factores sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales
- c. Factores culturales, éticos, legales, históricos, religiosos

y espirituales

- d. No se ve influenciada por ningún factor externo, es propia de cada ser humano
- e. La sexualidad sólo se forma a lo largo de la vida sin requerir de estímulos externos

3. ¿Cómo se define la salud sexual según la OMS?

- a. La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.
- b. La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.
- c. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos y falacias; en sí, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
- d. Es una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan
- e. Todas las anteriores engloban el concepto de salud sexual

4. ¿Cuáles son los periodos que conforman la respuesta sexual fisiológica?

- a. Preinducción, climax, resolución
- b. Inducción, desarrollo y conclusión.
- c. Excitación, meseta, orgasmo y resolución
- d. Preexcitación, desarrollo, climax y resolución.

5. ¿Qué se entiende por expresión de género?

- a. Identidad personal o cultural que construye cada individuo desde un sentido innato que le da el significado de ser hombre o mujer, o algo entre los dos
- b. La exteriorización de lo sentimientos que cada individuo guarda y la visión que tiene en su interior.
- c. Consciencia de la identidad de género, usualmente se expresa en la niñez temprana
- d. Preferencias de cada persona en función del sexo de las personas deseadas

6. ¿Qué es identidad de género?

- a. Identidad personal o cultural que construye cada individuo desde un sentido innato que le da el significado de ser hombre o mujer, o algo entre los dos
- b. La exteriorización de lo sentimientos que cada individuo guarda y la visión que tiene en su interior.
- c. Consciencia de la identidad de género, usualmente se

expresa en la niñez temprana

- d. Preferencias de cada persona en función del sexo de las personas deseadas

7. ¿Qué se entiende por orientación sexual?

- a. Identidad personal o cultural que construye cada individuo desde un sentido innato que le da el significado de ser hombre o mujer, o algo entre los dos.
- b. La exteriorización de lo sentimientos que cada individuo guarda y la visión que tiene en su interior.
- c. Consciencia de la identidad de género, usualmente se expresa en la niñez temprana
- d. Preferencias de cada persona en función del sexo de las personas deseadas

8. ¿Cuáles son las etapas en las que transcurre la vida de la mujer?

- a. Lactancia, infancia temprana, preescolar, escolar, adolescencia, adulta joven, adulta medio o etapa madura y adultez tardía o senescencia.
- b. Recién nacido, lactante inmediato, lactante tardío, niñez, adolescencia, adultez.
- c. Lactancia, niñez, adolescencia, adultez, vejez.

d. Lactancia, niñez temprana, niñez tardía, adolescencia temprana, adolescencia tardía, adultez, vejez.

9. Según Freud. ¿A qué etapa de la mujer se le conoce como la fase anal?

a. Lactancia

b. Infancia Temprana

c. Preescolar

d. Escolar

10. ¿A qué etapa de Tanner corresponde la presencia de una areola y papila juntas que forman un montículo secundario?

a. Tanner 1

b. Tanner 2

c. Tanner 3

d. Tanner 4

e. Tanner 5

11. ¿En cuál de los siguientes puntos se debe hacer mayor énfasis en cuanto a la orientación

sexual al adolescente?

a. Enfermedades de transmisión sexual

b. Embarazo

c. Violencia física

d. Uso de anticonceptivos

e. Todos los anteriores

12. ¿En qué etapa de la mujer, ésta ya tiene establecida su identidad sexual?

a. Escolar

b. Adolescencia temprana

c. Adolescencia media

d. Adolescencia tardía

e. Adultez temprana

13. ¿Con respecto a la sexualidad en el embarazo, cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a. La sexualidad cambia, tanto en expectativas, sentimientos y actitudes, como en las prácticas.

b. Puede significar un enriquecimiento de la vida erótico-sexual y afectiva, o un empobrecimiento de la misma.

c. El embarazo es una etapa en la que tanto la mujer como el hombre necesitan caricias, verbales y físicas

d. Se puede mantener relaciones sexuales durante el embarazo, se recomienda el uso de preservativo

e. Todas son correctas

14. ¿Cuál de los siguientes factores puede influenciar el desarrollo de una sexualidad plena durante la lactancia?

a. Los niveles de prolactina elevados

b. El hipoestrogenismo presente

c. La melancolía posparto y disminución de la libido

d. La dispareunia por afinamiento del epitelio vaginal

e. Todas las anteriores

15. ¿Cuál de los siguientes cambios físicos durante la vejez repercuten directamente en el desarrollo de la sexualidad en esta etapa de la mujer?

a. Existe un enlentecimiento de la fase de excitación sexual

b. La atrofia de la mucosa vaginal, que la hace más corta, menos elástica y lubricada, lo que conlleva a una penetración más difícil y dolorosa

c. Menos vasocongestión del clítoris y la plataforma orgásmica

d. Disminución de la frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas, por lo que toma tiempo alcanzar el orgasmo y su duración disminuye

e. Todas las anteriores.

MATERNIDAD SUBROGADA: ASPECTOS ÉTICOS ACTUALES

Dr. Yasiu Bustamante Quan

Médico Ginecoobstetra

Centro Especializado para la Atención
de la Mujer

Hospital Ángeles Lomas

Dr. Samuel Karchmer K.

Introducción

En la actualidad la medicina y la tecnología han logrado que parejas e individuos infértiles puedan tener una familia genéticamente relacionada; si bien es una realidad, lograr un consenso entre las prácticas locales e internacionales de subrogación es improbable, ya que debemos recordar que ante cualquier acción, como profesionales de la salud siempre debemos de tener en cuenta los principios de ética y cuidar los intereses de todas las partes involucradas en este proceso^{1,2}.

De forma general, las técnicas de reproducción asistida obligan a analizar los preceptos antes descritos sobre familia y maternidad; de forma más específica en el acto de una subrogación en donde pueden estar involucrados hasta cinco individuos adultos se desafía el principio de la ley romana “Mater Semper Certa Est” que dice que la mujer que lleva el embarazo y subsecuentemente paré al niño se considera la madre³.

El dilema ético existe ya que la maternidad subrogada es un acto moral, por lo tanto humano, y que adquiere la posibilidad de ser calificado como bueno o malo según las interpretaciones individuales; paradójicamente no puede existir una única posición al respecto ya que tendrá una variedad de presentaciones con lo cual se dificulta analizar todos los posibles escenarios⁴.

Se deben plantear interrogantes a la conciencia en torno a si todo lo técnicamente posible es igualmente aceptable desde el punto de vista ético, más aún se debe analizar si las leyes ya establecidas en varios países respetan los principios éticos. Además como médicos tenemos la obligación moral, profesional y ética de garantizar la seguridad de nuestros pacientes para lo cual debemos estar informados de lo que involucran las prácticas de subrogación en todos sus aspectos, así como promover la realización de legislaciones sobre el tema para evitar desviaciones que atenten contra la integridad del individuo y/o de la sociedad^{4,5}.

Conceptos éticos

La ética es una rama de la filosofía que rige la conducta de los seres humanos. La bioética crea un sistema teórico y práctico que permite dar respuestas fundamentales a los múltiples problemas que involucra el desarrollo de las ciencias de la salud 6,7.

En el año de 1979, Beauchamp y Childress plantean los cuatro principios morales en los que se basan los análisis bioéticos: la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. El objetivo de estos principios es traducirlos en normas particulares y específicas con la finalidad de facilitar una decisión moral6,7.

El principio de la autonomía se refiere a la acción autónoma que involucra obrar intencionalmente, con conocimiento y sin influencias externas. Se agrega que el médico debe explicar detalladamente la patología, el tratamiento a efectuar, alternativas terapéuticas y resultados esperados;

conscientes de adecuar la explicación a las condiciones psicológicas, culturales, antropológicas y religiosas de cada paciente7.

La beneficencia, que es la obligación moral del actuar en beneficio de otros, ha sido un principio universal de la profesión médica desde sus inicios. La maleficencia se define como el hábito o costumbre de hacer daño, por lo que el principio de la no maleficencia destaca que cualquier interacción médica puede ser tan dañina como benéfica; también involucra la prevención de un daño futuro y el evitar condiciones peligrosas para el paciente6.8.

El cuarto principio de la bioética que es la justicia plantea una distribución equitativa de los derechos y las responsabilidades o cargas dentro de individuos en una misma sociedad6.

Es importante reconocer que la legislación y la bioética pueden diferir pues la primera proviene de un estado de ley, reglas administrativas y decisiones que pueden variar de manera local o según establezca la jurisdicción en la que se en-



cuentre. Por otro lado, la ética incorpora los valores y principios de una conducta correcta, a pesar de esto es importante remarcar que aunque los principios bioéticos no cambian según la geografía sí es posible que su interpretación se modifique conforme la sociedad cambie; lo que se puede decir en otras palabras es que mientras la buena ética usualmente hace buenas leyes, las buenas leyes no necesariamente hacen una buena ética, ya que la bioética se apoya más en el valor del individuo⁸.

Las normas bioéticas por lo tanto, son el resultado del intercambio de puntos de vista que forman una reflexión colectiva que incita a los individuos a llegar a un acuerdo sobre principios que trascienden su interés inmediato. Así mismo es importante recordar que mientras los principios son los que regulan las prácticas y por lo tanto no pueden tener flexibilidad, los valores juegan un papel motivacional y permiten la justificación de excepciones en ciertas situaciones⁹.

La teoría utilitarista afirma que el separar la libertad de la verdad objetiva hace imposible la fundamentación de los derechos de la persona sobre una base racional y establece premisas de comportamientos arbitrarios y totalitarios, tanto en los individuos como en las instituciones; también se habla del hecho de que no todas las acciones técnicamente posibles son moralmente admisibles. La bioética plantea que las leyes deben tener como fin último procurar el bien de las personas especialmente de los más débiles².

Definiciones

El subrogar o sustituir se refiere a poner a una persona o cosa en lugar de otra, jurídicamente lo que se reemplaza son los derechos y/o deberes de una persona. Se entiende por maternidad subrogada al acto productor que genera el nacimiento de un niño gestado por una mujer sujeta a un pacto mediante el cual cede los derechos sobre el recién nacido¹⁰.

A su vez, la maternidad subrogada puede tener otras divisiones dependiendo de la aportación de los gametos. Se considera subrogación total o tradicional cuando se emplean los gametos de la madre subrogada, lo cual se ha vuelto una práctica menos común debido a las regulaciones internacionales y avances en técnicas de reproducción asistida¹¹.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) establece el término de portadora gestacional refiriéndose a la mujer que gesta a un niño sin relación genética con ella, para un individuo o pareja que tiene la intención de ser el padre legal del niño, lo que también se conoce como subrogación gestacional. La pareja contratante o padres futuros son aquellos individuos que establecen un contrato con la portadora gestacional y planean ser los padres legales y sociales; otro término importante son los proveedores de gametos que se refiere al origen del espermatozoides y ovocitos

que pueden ser o no ser de los padres contratantes^{10,12}.

Dentro de la subrogación gestacional y la tradicional, pueden existir los arreglos de tipo altruista en donde a la madre subrogada solo se le remunera por los gastos relacionados al embarazo y al nacimiento sin tratarse de un acuerdo comercial. Existen también los arreglos de subrogación por un precio o comerciales, en algunos países donde se permite que se contrate a una madre subrogada para que lleve el embarazo a cambio de una contraprestación^{11,12}.

Todos estas modalidades han permitido la creación de acuerdos de subrogación global en donde la pareja contratante a través de agencias internacionales entra en un contrato con una mujer localizada en otro país, usualmente existe una transacción financiera y en la mayoría de estos acuerdos se trata de un subrogación gestacional¹¹.

Antecedentes históricos

La subrogación fue probablemente unos de los primeros tratamientos para los problemas de fertilidad según lo referido a través de la historia; a pesar de esto es en los últimos 35 años en donde se ha implementado como una opción reproductiva¹³.

Una de las primeras historias se encuentra en el antiguo testamento donde se relata que

Abraham y Sarah al no poder concebir, le pidieron a su criada Hagar que tuviera un hijo para ellos, por lo que Abraham tuvo relaciones sexuales con Hagar y subsecuentemente ella dio a luz a un niño llamado Ishmael, el cual le dio a Sarah para que lo criara. Después de catorce años Sarah de 90 años se embaraza y tiene un hijo llamado Isaac, debido al resentimiento que Sarah le tenía a Hagar y al nunca aceptar a Ishmael como su hijo obliga a Abraham a expulsarlos de la tribu cuando Isaac nace. Esta historia también muestra las consecuencias emocionales de las parejas infértiles, así como los problemas con los contratos o arreglos de subrogación^{13,14}.

En el Código de Hammurabi se indica la presencia de subrogación con el fin de producir descendencia masculina para Mesopotamia, de hecho la subrogación tradicional era una práctica



común en las antiguas culturas romana y griega¹⁴.

El primer contrato legal de subrogación tradicional en Estados Unidos fue en 1976 y en el año de 1980 se registra la primera compensación monetaria por una subrogación. Con todos los avances legales y tecnológicos también llegan los dilemas éticos como el caso del Bebe M en 1986, cuando en un contrato de subrogación tradicional la madre subrogada se negó a ceder sus derechos por lo cual una corte tuvo que decidir la tutela del menor. El primer caso de subrogación gestacional se registró en 1985 lo que llevó a una disminución de las complicaciones morales, éticas y legales^(13,14.)

Panorama mundial

Se calcula que la infertilidad afecta a 15% de las parejas a nivel mundial, en otras cifras 186 millones de mujeres en el mundo no pueden tener un hijo, pero los países en vías de desarrollo solo aportan el

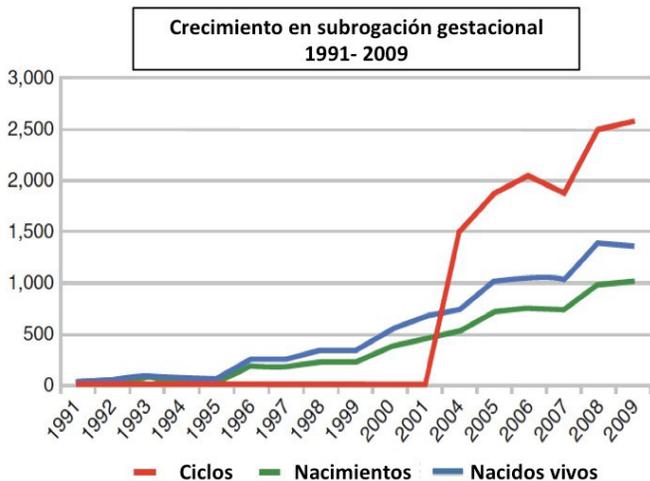


10% de la población infértil. En Estados Unidos se calcula que 7.4 millones de mujeres americanas en edad fértil han utilizado algún tipo de tratamiento reproductivo y 6.7 millones no puede lograr una gestación o llevar un embarazo a término ^{13,15.}

Uno de los países con mayor control sobre la subrogación es Estados Unidos, cuenta con datos de portadoras gestacionales y nacimientos desde la década de los ochenta. En la Gráfica 1 se ilustra como a partir del año 2004 el número de ciclos tuvo un aumento significativo, así como el número de nacidos vivos. Para el 2008 las portadoras gestacionales representaron el 1% de los ciclos de reproducción asistida usando embriones frescos ^(12, 14,15.)

Datos reportados por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) revelan que se realizaron 2, 071, 984 de ciclos por técnicas de reproducción asistida entre 1999 y el 2013 de los cuales 30, 927 representando un 1.9% fueron en portadoras gestacionales; es importante remarcar que en 1999 representaba solo el 1% y este porcentaje fue en aumento hasta alcanzar el 2.5% en 2013 . De la misma manera las clínicas que realizaban ciclos en madres subrogadas aumentó del 45.1 % al 69.4% en este período ^{(16).}

Dentro de este mismo análisis se observa que comparando madres subrogadas contra mujeres que emplean técnicas de reproducción asistida, el uso de diagnóstico genético preimplanta-



cional fue mayor en las portadoras gestacionales (11.5% versus 4.2%); la transferencia de dos embriones fue del 60.4% en madres subrogadas en comparación al 54.6% en madres no subrogadas, lo que explica un mayor porcentaje de embarazos múltiples en subrogadas, además que menos del 20% optaron por la transferencia de un solo embrión (16).

En cuanto a los desenlaces se reporta que el grupo de madres subrogadas tiene una mayor probabilidad de implantación con un RR 1.22; 95% IC 1.17 – 1.26, así como de embarazo clínico (RR 1.14; 95% IC 1.10-1.19), nacidos vivos (RR 1.17; 95% IC 1.12-1.21), embarazo múltiple (RR 1.13; IC 95% 1.08-1.19) y parto pretérmino (RR 1.14; 95% IC 1.05 – 1.23)(16).

En algunos países las restricciones legales prohíben cualquier forma de subrogación, ejemplo de esto son China, Francia, Alemania, Suiza

y Suecia. La subrogación gestacional y comercial está permitida en Estados Unidos y Canadá pero esto puede variar según la ley de cada estado. En Australia esta permitida la subrogación altruista al igual que en Reino Unido, Bélgica, Holanda, España, Grecia y Finlandia. La subrogación comercial es legal en la mayoría de los países de la ex Unión Soviética, de hecho Rusia en particular establece que las mujeres adultas tienen el derecho a técnicas de reproducción asistida(13).

Una situación especial es Italia en donde la ley de reproducción asistida conocida como Ley 40/2004 prohíbe estrictamente la subrogación, así como cualquier tipo de técnica de reproducción asistida con la justificación moral de que podría existir la posibilidad de incesto, problemas con la paternidad biológica y promoción de la eugenesia (13, 17).

India permite cualquier tipo de subrogación por lo cual se ha convertido en el destino más frecuente para servicios de subrogación global, formando una industria con un valor aproximado entre \$500 millones a \$2 billones.



En 2013 el gobierno aprobó la primera regulación donde prohíbe que extranjeros solteros u homosexuales entren a cualquier contrato de subrogación(11).

Actualmente se sugiere que las mujeres que se empleen para subrogación sean mayores de 21 años, sanas, vivan en un ambiente social estable, que hayan tenido al menos un embarazo sin complicaciones y a término; para disminuir riesgos obstétricos deben contar con menos de cinco gestas y/o tres cesáreas(12).

¿Altruismo o negocio?

Para la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) se considera que la subrogación es un procedimiento aceptable cuando involucra un acto altruista en el cual una mujer ayuda a una pareja que no puede tener un embarazo o está medicamente contraindicado. A pesar de estar conscientes de las implicaciones morales que involucra el procedimiento así como de posibles riesgos y complicaciones, realmente las objeciones de carácter moral son insuficientes para prohibir la subrogación de manera absoluta pero la ESHRE plantea que solamente la subrogación altruista es aceptable(18).

Se cree que la presencia de un hijo en-

riquece la vida de los padres y que la calidad de ésta puede deteriorarse cuando el deseo de paternidad no se complace, como consecuencia de esto las parejas infértiles usualmente experimentan gran angustia social así como rechazo en caso de vivir en una sociedad conservadora. En algunas culturas la imposibilidad de reproducción permite el divorcio o un segundo matrimonio; aún más lamentable las mujeres que no pueden tener hijos muchas veces son víctimas de violencia doméstica y aislamiento(13).

En muchas ocasiones se cree que las mujeres que optan por ser madres subrogadas tienen una desviación de lo considerado como normal, que su rango de altruismo sobrepasa los límites, que pueden tener motivos alternos como compensar errores pasados o simplemente son personas avariciosas; a pesar de esto se reporta que dentro de las principales motivaciones que tiene las mujeres para ser subrogadas es el disfrutar estar embarazadas, sentimientos de empatía con las parejas infértiles, deseo de ganar dinero como amas de casa y deseo de realizar algo especial(19).

En estudios psicológicos realizados tanto en países donde se existe exclusivamente subrogación altruista así como en países donde se permiten ambas modalidades, las gestantes reportan aumento en autoestima y sentimientos de realización durante el proceso lo

que genera sensación de autoeficacia. Las investigaciones han mostrado que a largo plazo las subrogadas muestran una adecuada estabilidad emocional así como ajuste psicosocial, de hecho sus rangos de autoestima así como sintomatología depresiva es igual a la de la población general(20).

Por otro lado en 2012 se estimó que en India existían aproximadamente 3000 clínicas en donde se podían realizar acuerdos de subrogación; en este país los acuerdos comerciales se han convertido en una industria viable debido a la amplia oferta de trabajo a un relativo bajo costo. El problema es con que con la comercialización de la subrogación surgen cuestionamientos acerca de la probabilidad de explotación de los derechos humanos (15).

Estados Unidos es también un destino para subrogación, en especial para las parejas chinas de alto nivel socio económico que mediante la subrogación comercial pueden evadir la política reproductiva de un solo hijo en su país natal, al mismo tiempo que obtienen la ciudadanía americana para el recién nacido(11).

Derechos y obligaciones

La ASRM establece que deben existir cierto tipo de protecciones tanto para la madre subrogada como para los padres en cualquier clase de acuerdo

ya que se debe asegurar el trato ético hacia todos los involucrados; se debe garantizar el acceso a



servicios médicos, apoyo psicológico así como un consentimiento informado y en caso de una subrogación comercial asegurar una compensación económica(12).

Por la naturaleza en este tipo de acuerdos, tanto la subrogada como los futuros padres aceptan de manera voluntaria ciertas restricciones a su autonomía a la vez que crea obligaciones morales bidireccionales. Dentro de lo estipulado se espera que la subrogada al aceptar libremente se comporte de una manera responsable mediante la adopción de un estilo saludable de vida y evitando conductas que pongan el riesgo la salud fetal(18).

Existen opiniones totalmente opuestas en cuanto a la percepción ética de la subrogación en primer lugar se da la hipótesis de que representa

una nueva forma de explotación a la mujer ya que en muchos casos éstas pertenecen a una clase social más baja y el prestar este servicio representa una de las pocas opciones para mantener a sus familias. La segunda hipótesis coloca a la subrogación como una forma de libre expresión inherente a la mujer pues se trata de un sujeto autónomo, libre y capaz de asumir las consecuencias de sus actos(21).

La mujer que se ofrece como subrogada tiene el derecho a un consentimiento informado completo, aclarando todos los riesgos del proceso así como del embarazo; también deben poder participar en la elección de su obstetra. Debido a que se emplearán técnicas de reproducción asistida es importante que se entiendan las complicaciones que pueden surgir de un embarazo múltiple (12).

Se debe de considerar que la falla en respetar los derechos básicos de la subrogada durante el embarazo provoca la degradación de su estado al de un objeto, así como compararla con un instrumento(22).

De igual manera hay teorías que sostienen que la subrogación reduce al niño a la par de un producto de mercado y por lo tanto debe ser perfecto; un punto de vista contrario dice que el niño es el fruto del deseo y de la voluntad de una pareja por querer ser padres. La pareja solicitante o contratante ejerce su derecho a la procreación que es inherente al individuo y por lo tanto no puede ser suprimido; por otro lado, si la pareja decidiera cambiar de opinión al momento del nacimiento atentaría

contra los otros integrantes del acuerdo(21).

La principal motivación de los padres contratantes para involucrarse en este proceso tan complejo es el deseo de crear una familia, para disfrutar la interacción con sus hijos y poder ser capaces de dar y recibir amor; a diferencia de la adopción, la subrogación se basa en el deseo de tener un vínculo genético con los hijos además de participar en todo el proceso incluyendo el nacimiento. Dentro de todo el procedimiento de la subrogación pueden estar sometidos a varios factores estresantes que afecten su bienestar como lo es la posibilidad de ser explotados financieramente por la subrogada, miedo de no recibir al bebe después del nacimiento, así como el estigma social y legal que representa este tipo de acuerdos (20).

En diversos países se ha intentado comparar la subrogación con el modelo de adopción en donde la pareja contratante realmente no es vista o reconocida como padres hasta que el estado lo otorga o la subrogada cede sus derechos, lo que atenta contra la seguridad de todas las partes pues realmente la creación del niño no hubiera sido posible si no fuera



por la pareja contratante lo que difiere ampliamente de los modelos de adopción. Esta forma de manejar los contratos de subrogación también lastima el derecho de la pareja a una procreación privada y muchas veces puede ir en contra de los derechos del menor en los casos en que el Estado no ceda la tutela a los padres contratantes. Un punto a favor de la retribución financiera es que como en los casos de investigación médica el individuo es sometido a estrés, esfuerzo físico y algunos riesgos por lo que merece una contraprestación por su servicio(12,22).

Existen preocupaciones éticas acerca de la diferencia socioeconómica entre los padres contratantes y la subrogada, por lo que en el caso de una compensación financiera se podría argumentar que es equivalente a la venta del cuerpo humano; el pago también puede condicionar la disponibilidad de la subrogada para someterse a diversos procedimientos durante la gestación como el diagnóstico prenatal, reducción fetal o terminación del mismo en caso de un defecto y atribuirle un valor monetario a cada uno(12).

Una de las mayores preocupaciones es que la gestación subrogada podría trivializar el acto de la reproducción a solamente una transacción que traduce las capacidades reproductivas de la mujer y que el infante que es resultado de este proceso es solamente una comodidad(23).

Turismo de la fertilidad

Existen diversos factores que han promo-

vido la subrogación global, en primer lugar existen varios países donde por motivos religiosos o legales el servicio está prohibido: puede que no se disponga de la experiencia o no se cuenta con el suministro de gametos o subrogadas; el servicio no se considera seguro en el país de origen o no se permite el acceso debido al estado marital, edad u orientación sexual de los individuos, pero el factor más importante es el bajo costo en otros países(14).

En cuanto a la subrogación global, hay que recordar que no todas las personas gozan de los mismos derechos y libertades puesto que las situaciones sociales y económicas restringen sus garantías. Se argumenta que ambas partes ganan en estas transacciones, pero el desbalance de poder y la falta de conocimientos acerca de los riesgos de la subrogación comercial hace que la subrogada esté en un riesgo permanente de explotación (15, 24).

En el caso de India, la mayoría de las mujeres que se emplean como subrogadas no están informadas acerca de los procedimientos o riesgos, haciendo una decisión totalmente unilateral; además durante la gestación se controla su alimentación, actividad y consumo de medicamentos pues son llevadas a estancias especiales donde permanecerán todo el embarazo apartadas de sus familias. Culturalmente estas mujeres son rechazadas por el estigma social que representa, ya que se compara con la prostitución. La mayoría de las

subrogadas viven por debajo de la línea de pobreza y son obligadas o presionadas por sus cónyuges para aceptar este trabajo debido a que la remuneración equivale a 5 años del ingreso familiar promedio (15).

Realmente no existe una protección adecuada de las madres subrogadas en India, el acta establecida en 2010 dice solamente que los padres contratantes deben cubrir los gastos incluyendo seguro médico pero no establece la cantidad remunerada, además quita todo derecho de la subrogada sobre el niño después del nacimiento y no habla o promueve el asesoramiento legal o psicológico de ningún tipo (15, 24).



Papel del obstetra

El obstetra debe estar informado acerca de las complejidades médicas, éticas y psicosociales de estas situaciones, pues muchas veces tendrá varios papeles en los acuerdos de subrogación, incluyendo el asesoramiento a la gestante y/o a la pareja contratante, el cuidado prenatal de la portadora así como la referencia de las parejas estériles a este tipo de tratamiento(23).

Las obligaciones del obstetra para con los padres genéticos en el caso de la subrogación gestacional terminan con la fertilización exitosa del óvulo y cuando se considere apropiado con la realización de estudios de pre-implantación. A partir del momento de la implantación inician las obligaciones del médico hacia la portadora gestacional; se recomienda que no sea el mismo profesional de la salud el que se encargue de la atención de ambas partes (2).

Con el privilegio que brindan los avances tecnológicos y la posibilidad de realizar tratamientos o procedimientos en portadoras gestacionales viene la responsabilidad de realizar una práctica segura y ética, esto se logra con la disminución de

los riesgos para la madre subrogada y el feto con lo que también disminuyen los riesgos a nuestra autonomía profesional (1).

Durante la atención prenatal el médico debe comunicarse de una forma clara con la paciente, siempre respetando su derecho a realizar decisiones con autonomía que incluyen el derecho a mantener información confidencial; no se debe de forzar la opinión de la pareja contratante cuando se realizan decisiones medicas acerca del embarazo, el trabajo de parto o el nacimiento(23).

En cuanto a la subrogación transnacional se debe informar que pueden existir retos tanto éticos como legales, así como obstáculos para asegurar una atención médica segura; es importante recalcar que la calidad de la atención médica difiere de un país a otro por lo que será difícil asegurar un adecuado seguimiento prenatal y esto podría afectar o alterar los resultados del embarazo (23).

Modelos propuestos

El comité de ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) publicó en 2008 las siguientes recomendaciones acerca de la subrogación(25):

- ***La subrogación es un método dentro de las técnicas de reproducción asistida que debe ser reservado solo cuando exista una indica-***

ción médica y es inaceptable por razones sociales.

- ***Debido a las implicaciones psicológicas, solo la subrogación gestacional es aceptable.***

- ***La autonomía de la subrogada se debe respetar en todas las etapas, incluyendo decisiones que puedan afectar o entrar en conflicto con los intereses de la pareja contratante.***

- ***Los contratos de subrogación no deben ser comerciales, y de preferencia deben usar un intermediario como agencias sin fines de lucro.***

En aspectos más específicos, la ESRHE recomienda la transferencia de un solo embrión de buena calidad como regla general y dos embriones como máximo en caso de que sean de menor calidad, la donadora tenga más de 35 años o el número de ovocitos fertilizados sea bajo. Dentro de su décimo estatuto que habla de leyes y ética, la Sociedad Europea establece que la subrogación es un método moralmente aceptable de reproducción asistida pero debe emplearse como un último recurso. Los pagos por el servicio son inaceptables, además todas la partes involucradas deben recibir asesoramiento y los potenciales padres deben estar conscientes de que la subrogada tiene derecho sobre su cuerpo y puede tomar decisiones que vayan acorde o no con el contrato original(18).



Algunos proponen que la subrogación debe manejarse en un punto intermedio entre lo definido como comercial y lo llamado altruista, creando un nuevo modelo de subrogación profesional en donde la gestante subrogada es motivada por el deseo de realizar algo significativo al mismo tiempo que espera una compensación razonable por sus servicios; este planteamiento argumenta que se debe dar una remuneración en base al servicio proporcionado con un cuerpo profesional que regule la selección de las subrogada, su entrenamiento así como los estándares éticos de todo el

proceso (22).

A pesar de que la mayoría de las asociaciones y comités de ética rechazan la subrogación comercial, sí se aprueba la existencia de una compensación directa relacionada con el embarazo y la pérdida de un sueldo por estar embarazada, sin llegar a un pago desproporcionado que podría promover conductas de explotación comercial(25).

En la situación ideal se debe realizar una entrevista donde se encuentren la potencial madre subrogada, los padres contratantes y un mediador con el fin de discutir de manera abierta acerca de la decisiones como transferencia de embriones, cuidado médico, embarazo múltiple, anomalías fetales, etc. Así como discutir la forma en que se solucionarían diferencias de pensamiento que se puedan presentar durante el embarazo. Es importante entender que la pareja contratante y la madre subrogante pueden diferir en cuanto a cultura, religión o antecedentes pero deben encontrar un punto en común así como promover la empatía para tener relación saludable y con buenos resultados para todas las partes involucradas(14).

Conclusiones

Es importante que se estipulen leyes para permitir que las personas tengan la libertad de elegir el instrumento procreativo, para impedir un am-

biente que propicie la explotación de esta práctica y evitar situaciones de carácter clandestino(21).

En los casos en que la portadora gestacional es protegida y compensada, recibe un consentimiento informado así como apoyo médico, psicológico y emocional es razonable concluir que los arreglos de subrogación son justificablemente éticos (12).

Para lograr un diálogo abierto es necesario dejar de ignorar las dimensiones de carácter social, cultural, histórico y ético que se plantea en la relación madre e hijo; ***en el futuro se necesita lidiar con dilemas que abarcan todos estos aspectos para llegar a una redefinición de la ma-***

ternidad y legalidad o no de la subrogación(3).

Existen varios puntos de vista acerca de los aspectos de la subrogación, es importante considerar que la visión puede cambiar con base al ambiente en que nos encontramos y que la mayoría de las veces las legislaciones no van a la par de la ética o la moral. En todas las intervenciones, no solo en la subrogación, los médicos debemos tener en cuenta que los derechos de unos no pueden infringir o sobrepasar los derechos de otros.



Bibliografía

1. Kapfhamer J, Van Voorhis B. Gestational surrogacy: a call for safer practice. *Fertil Steril* .2016; 106(2): 270-1.
2. Ber R. Ethical Issues in Gestational Surrogacy. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2000;21:153-169.
3. Christiansen K. Who is the mother? Negotiating identity in an Irish surrogacy case. *Med Health Care and Philos*. 2015;18: 317-27.
4. Casado-Blanco M, Ibáñez- Bernáldez M. Reflexiones legales y éticas en torno a la maternidad subrogada. *Rev Esp Med Legal*. 2014; 40 (2):59-62.
5. Kapfhamer J, Van Voorhis B. Gestational surrogacy: a call for safer practice. *Fertil Steril* .2016; 106(2): 270-1.
6. Tubau JM, Alibés EB. Principios de Ética Biomédica de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & Debat* . 2011; 17(64): 1-7.
7. Ortiz FE. Bioética en medicina. In: Flores JC, ed. *Medicina del Dolor. Perspectiva internacional*. España: Elsevier; 2015:21.27.
8. Iserson KV. Ethical Principles - Emergency Medicine. *Emerg Med Clin N Am*. 2005; 24:513-545.
9. Spranzi M. Clinical ethics and values: how do norms evolve from practice? . 2013;16: 93-103.
10. Hernández-Ramírez A, Santiago-Figueroa JL. Ley de maternidad subrogada del Distrito Federal. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. 2011;132:1335-1348
11. Bromfield NF, Smith K. Global Surrogacy, Exploitation, Human Rights and International Private Law: A pragmatic Stance and Policy Recommendations. *Glob Soc Welf*. 2014; 1: 123-35.
12. American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertil Steril*.2013;99:1838-41.
13. Lasker SP. Surrogacy. In: Have HT, ed. *Encyclopedia of Global Bioethics*. Suiza: Springer International;2016: 2760-2766.
14. Covington SN, Patrizio P. Gestational Carriers and Surrogacy. In: Sauver MV, ed. *Principles of Oocyte and Embryo Donation*. Londres: Springer-Verlag; 2013: 277-288.
15. Frankford DM, Bennington LK, Ryan JG. Womb Outsourcing: Commercial Surrogacy in India. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015;40(5):284-90.
16. Perkins KM, Boulet SL, Jamieson DJ, et al. Trends and outcomes of gestational surrogacy in the United States. *Fertil Steril*. 2016; 106:435-443.e1.
17. Frati P, Busardo FP, Vergallo GM, et al. Surrogate motherhood: Where Italy is now and where Europe is going. Can the genetic mother be considered the legal mother?. *J Forensic Leg Med*.2015;30;4-8.
18. ESHRE Task Force on Ethics and law 10: Surrogacy. *Hum Reprod*. 2005;20 (10):2705-07.
19. Teman E. The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood. *Soc Sci Med*. 2008; 67(7):1104-12.
20. Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.05.001>
21. Baffone C. La maternidad subrogada: Una confrontación entre Italia y México. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. 2013; 137:441-470.
22. Van Zyl L, Walker R. Surrogacy, Compensation, and Legal Parentage: Against the Adoption model. *Bioethical Inquiry*. 2015; 12: 383-87.
23. Family building through gestational surrogacy. Committee Opinion No. 660. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;127:e97-103.
24. Knoche JW. Health concerns and ethical considerations regarding international surrogacy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 126(2):183-6.
25. FIGO Committee Report: Surrogacy. *Int J Gynaecol Obstet* .2008;102:312-313.

ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL EMBARAZO

Dra. Gabriela Sánchez Cruz

Residente de cuarto año
Ginecología y Obstetricia
Hospital Ángeles Lomas

Dr. Samuel Karchmer K.

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicoactivas durante el embarazo tiene el potencial de causar daño al feto en desarrollo. Cada sustancia tiene efectos específicos y a menudo dependientes de la dosis; por ello es importante establecer el tipo de sustancia utilizada, la última vez que se consumió, la frecuencia y el patrón de uso en todas las pacientes embarazadas en las que se sospeche o se tenga la certeza del uso de alguna sustancia psicoactivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el abuso de sustancias como “el uso nocivo o peligroso de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol y las drogas ilícitas”. Tiene una mayor prevalencia entre los adultos jóvenes en edad reproductiva; por lo tanto, es imprescindible que los médicos, esencialmente los obstetras cuenten con los conocimientos adecuados y habilidades para manejar las implicaciones físicas, psicológicas y

sociales asociadas.

Después del nacimiento, se tiene un alto riesgo materno y neonatal de cursar con síndrome de abstinencia, así como efectos a largo plazo neonatales como deterioro cognitivo y retraso en el desarrollo.

La combinación de un estilo de vida agitado, nivel socioeconómico bajo y la falta de apoyo familiar, asociado con el uso indebido de sustancias hace que la optimización de la atención prenatal en estas pacientes sea un verdadero desafío.(1)

El obstetra se encuentra en una posición clave para el diagnóstico oportuno, asesoramiento y tratamiento de las mujeres embarazadas que consumen drogas ilícitas. Tanto la paciente embarazada como su familia se benefician de información objetiva y sin prejuicios sobre los riesgos maternos y fetales del consumo de sustancias. Sin embargo, *las pacientes usualmente no*

buscan atención prenatal debido al miedo, la culpa y la vergüenza, así como las preocupaciones sobre la intervención médica y legal.(2)

EPIDEMIOLOGÍA

El consumo de sustancias psicoactivas representa un problema nacional de salud pública. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de los años 2002, 2008 y 2011, la prevalencia en el consumo de cualquier droga en la población mexicana de 12 a 65 años fue de 1.3, 1.6 y 1.8%, respectivamente. La preferencia por determinadas sustancias psicoactivas muestra variaciones de acuerdo con el sexo, la edad y el tipo de población estudiada. ***Entre las mujeres de la población urbana, se ha observado que las drogas de preferencia son la marihuana (con una prevalencia del 0.3%) y la cocaína (con una prevalencia del 0.1%); el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico muestra una tendencia similar a la de la cocaína.*** También se ha observado que, entre las mujeres, el consumo más frecuente se da entre los 12 y 25 años de edad.

Los datos anteriores reflejan la problemática existente en la población femenina respecto al consumo de sustancias psicoactivas, que im-

plica la exposición del feto a la sustancia durante el embarazo y a través de la lactancia.³

En un estudio realizado en Reino Unido a la población embarazada en el 2016 (MBRRA-CE-UK), se reportó que en la última década las drogas y el alcohol estuvieron directamente implicados en el 2.2% de las muertes maternas y que el 20% de las mujeres que murieron de causas directas e indirectas eran fumadoras.⁽⁴⁾

La exposición a sustancias adictivas durante el embarazo conduce a riesgos derivados del consumo en sí, y derivados de conductas relacionadas con el consumo de la sustancia, como una mala alimentación, un pobre control prenatal y una alta posibilidad de contagio de enfermedades virales como la hepatitis y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Los efectos directos del consumo de sustancias adictivas dependerán del tipo de droga utilizada; sin embargo, es importante mencionar que muchas de las usuarias de drogas no consumen una sola sustancia, lo que dificulta conocer directamente el efecto de una droga sobre el neonato.⁽⁵⁾

Las pacientes embarazadas que consumen alguna sustancia durante el mismo, tienen un 10% de riesgo de aborto espontáneo y 2% de probabilidad de malformaciones congénitas. ***El uso de sustancias psicoactivas durante el embarazo,***

*tienen el potencial de causar daño al feto en desarrollo, incluyendo teratogénesis, restricción del crecimiento intrauterino y retraso en el desarrollo. Aumentan el riesgo de aborto espontáneo, parto pretérmino, muerte intrauterina y coloca a la madre en mayor riesgo de complicaciones médicas como el desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia postparto.*⁶

DEFINICIONES

Los siguientes términos se utilizan para distinguir los diferentes patrones de consumo de sustancias:⁽⁷⁾

- **Uso** - Consumo esporádico de alcohol o drogas sin consecuencias adversas de ese consumo.
- **Abuso** - Aunque la frecuencia del consumo de alcohol o drogas puede variar, algunas consecuencias adversas de ese uso son experimentadas por el usuario.
- **Dependencia física** – El usuario puede presentar síndrome de abstinencia que puede producirse por cesación brusca o reducción rápida de la dosis de una sustancia, o por administración de un antagonista.
- **Dependencia psicológica** – Se refiere a la necesidad de una sustancia psicoactiva específica, ya sea por sus efectos positivos o por evitar

efectos negativos asociados con su abstinencia.

- **Adicción** - Es una enfermedad primaria y crónica relacionada con el sistema de recompensa del cerebro, la motivación, la memoria y circuitos relacionados. La disfunción en estos circuitos conduce al individuo a buscar patológicamente recompensa y/o alivio con alguna sustancia y otros comportamientos.

Se caracteriza por su incapacidad para abstenerse al consumo de alguna sustancia, el deterioro en el control del comportamiento, problemas en las relaciones interpersonales, y una respuesta emocional disfuncional. A menudo implica ciclos de recaída y remisión.

FACTORES DE RIESGO PARA EL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Las siguientes características pueden alertar a los obstetras sobre un mayor riesgo de abuso o dependencia de sustancias:⁽⁸⁾

- **Mujer joven** (especialmente adolescentes), solteras o con bajo estatus socio económico.
- **Iniciación tardía** de la atención prenatal o ausencia de la misma.
- **Deterioro** en el rendimiento escolar o laboral.

- Un cambio repentino en el comportamiento, como somnolencia, intoxicación, agitación, agresión, comportamiento desorientado o errático. Las usuarias de drogas también pueden presentar síntomas de depresión, incluyendo pérdida de apetito, pérdida de peso y trastornos del sueño.
- Comportamiento sexual de alto riesgo o antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
- Problemas en las relaciones interpersonales o ambiente familiar inestable.
- Antecedentes de complicaciones obstétricas sin causa aparente, como aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta o muerte fetal.
- Antecedentes de problemas médicos relacionados con el uso indebido de drogas (celulitis, abscesos cutáneos, endocarditis, osteomielitis, traumatismos sospechosos, hepatitis, flebitis, tuberculosis, etc.), signos físicos del uso de drogas (atrofia de la mucosa nasal, erosión o perforación del tabique nasal), o signos físicos de abstinencia (dilatación o constricción de las pupilas, taquicardia, inyección conjuntival, sudoración, ojos llorosos, secreción nasal, dificultad para hablar, bostezos o marcha inestable).
- Bajo nivel socioeconómico.
- Pobre aumento de peso.
- Diagnóstico de un trastorno mental.

- Antecedentes familiares de abuso de sustancias.
- Antecedentes de violencia o trauma, robo o prostitución.
- Tener una pareja que consume sustancias psicoactivas.

SUSTANCIAS ESPECÍFICAS

El efecto sobre el embarazo de cualquier droga ilícita es difícil de determinar porque los datos son escasos y se confunden por la influencia de otros factores, incluyendo el uso de varias sustancias, nutrición deficiente, pobreza y comorbilidades.

Las manifestaciones clínicas del abuso de drogas son diversas y difieren según el fármaco y la dosis (dosis habitual, sobredosis y síndrome de abstinencia). También pueden existir variaciones en las manifestaciones clínicas por los cambios fisiológicos del embarazo y patologías durante el mismo; por ejemplo, la sobredosis de cocaína y anfetaminas puede causar hipertensión y convulsiones, similar a la preeclampsia y eclampsia.(2)

De acuerdo al efecto predominante sobre el sistema nervioso central (SNC), las sustan-

cias psicoactivas pueden clasificarse en:(9)

Drogas depresoras del SNC:

- Alcohol etílico
- Hipnóticos y sedantes (benzodicepinas y barbitúricos)
- Solventes orgánicos (pegamentos, thinner, nafta)
- Opiáceos - Gammahidroxibutirato (GHB o “éxtasis líquido”)

Drogas estimulantes del SNC:

- Nicotina (tabaco) - Xantinas (cafeína)
- Cocaína: pasta base, clorhidrato de cocaína, crack, free base
- Anfetaminas
- Derivados anfetamínicos: metanfetamina, 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) o éxtasis.

Drogas perturbadoras del SNC:

Alteran la percepción de la realidad; dependiendo de la sustancia involucrada, provocan alteraciones sensoriales, ilusiones, alucinaciones, efectos dissociativos (separación mente cuerpo).

- Derivados de Cannabis (marihuana, hachís)
- Plantas con efecto atropino-símil (Datura suaveolens o floripón, Datura ferox o chamico)
- Hongos Género Psilocibes (psilocibina)
- LSD (dietilamina del ácido lisérgico)
- Ketamina
- Fenciclidina (PCP, angel dust).

SUSTANCIAS LEGALES

TABACO



El tabaquismo durante el embarazo se asocia con resultados adversos, desde la concepción, pasando por el curso prenatal y hasta los primeros meses posteriores al parto (Tabla 1).

Aunque los cigarrillos contienen numerosos productos químicos venenosos, se piensa que **la nicotina y el monóxido de carbono son probablemente los responsables de la mayoría de las complicaciones a través de la disminución del gradiente de oxígeno para el feto e impedir la transferencia de nutrientes.**

Las mujeres que fuman durante su embarazo tienen mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino con una reducción dependiente de la dosis en el peso al nacer de 150 a 450 gramos en comparación con las no fumadoras. En consecuencia, el Colegio Real de Ginecólogos y Obstetras recomienda que las mujeres que fuman más de 11 cigarrillos al día deben ser seguidas con

curva de crecimiento fetal continuamente.

El impacto del tabaquismo sobre la lactancia materna es a menudo subestimado, ya que más del 50% de las fumadoras informaron que el tabaquismo afectó sus decisiones sobre la lactancia y el 10% reportó que continuar con el tabaquismo fue la razón por la que dejaron de amamantar. La nicotina se transfiere a la leche materna en pequeñas cantidades, pero se acepta que los beneficios de la lactancia materna aún superan los riesgos potenciales.

Dejar de fumar durante el embarazo es el paso más grande que una mujer puede tomar para beneficiarse a ella y a su bebé. Mientras que el asesoramiento conductual y la educación sanita-

ria deben ser el pilar del tratamiento, las mujeres pueden intentar terapias de reemplazo de nicotina; sin embargo, debe advertirse que su eficacia y seguridad en el embarazo no han sido probadas.

El reciente desarrollo de cigarrillos electrónicos ha generado preocupaciones sobre su perfil de seguridad durante el embarazo. Aunque en general se considera que su uso es más seguro que los cigarrillos, un informe de la OMS de 2014 concluyó que las mujeres embarazadas deben evitar los cigarrillos electrónicos, ya que la exposición fetal puede tener consecuencias a largo plazo en el desarrollo cerebral.(10)

ALCOHOL

Tabla 1. Efectos del tabaquismo sobre el feto o neonato

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Periodo neonatal
<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta el riesgo de aborto - Aumenta el riesgo de embarazo ectópico 	<ul style="list-style-type: none"> - Placenta previa - Desprendimiento prematuro de placenta - Ruptura prematura de membranas - RCIU o bajo peso al nacer - Parto pretérmino - Óbito - Aumento de riesgo de Preeclampsia 		<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de <u>distrés respiratorio</u> - Asma - Deterioro cognitivo - Apego deficiente - Cese prematuro de lactancia materna

Tomado de: Cohen A, Osorio R, Page LM. Substance misuse in pregnancy, *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2017.

El alcohol es un teratógeno con efectos



irreversibles del sistema nervioso central, tiene el potencial de causar efectos irreversibles en todas las etapas de la gestación. Los efectos pueden variar dependiendo de la cantidad y el patrón de consumo de alcohol, genética materna y fetal, edad materna, nutrición materna y asociación con el abuso de otras sustancias, entre otros factores.

Con alrededor del 35% de las mujeres que consumen alcohol en algún momento durante el embarazo y la evidencia documentada del daño que produce el mismo, es importante mantener la conciencia para ayudar a identificar oportunamente a las pacientes que están en riesgo y manejarlo adecuadamente.

El alcohol cruza la barrera placentaria y el hígado fetal es incapaz de metabolizar el alcohol de manera eficiente por lo que pueden producirse niveles tóxicos y potencialmente teratogénicos en el feto; el resultado es una serie de consecuencias clínicas agrupadas bajo el término síndrome alcohólico fetal, el cual se ca-

racteriza por una tríada clásica de rasgos faciales anormales (Figura 1):

- Fisuras palpebrales cortas
 - Surco naso labial liso
 - Labio superior liso y delgado
- Otras alteraciones se encuentran asocia-



Figura 1. Ejemplos del fenotipo facial del síndrome de alcohol fetal en tres razas: caucásico, nativo americano y afroamericano.¹¹

das al consumo de alcohol durante el embarazo y se enlistan a continuación:

- Microcefalia
- Anomalía estructural del cerebro
- Convulsiones recurrentes no asociadas a fiebre
- Problemas en el desarrollo neuronal y aprendizaje
- Problemas de comportamiento como hiperactividad
- Problemas socioemocionales también están asociados al consumo de alcohol materno durante el embarazo.

Debido a que la cantidad exacta de alco-

hol que puede producir daño fetal aún no se ha determinado, la única práctica segura garantizada es la abstinencia.

El alcohol está presente en la leche materna en una concentración similar a la de la sangre materna y puede inhibir el reflejo de eyección de leche, disminuyendo el flujo de la misma, además de cambiar su sabor, afectando potencialmente la alimentación del neonato.

Como los recién nacidos metabolizan el alcohol a la mitad de la tasa de la que lo hacen los adultos, es poco probable que una bebida ocasional dañe al bebé. Sin embargo, se recomienda la abstinencia o al menos evitar el consumo excesivo de alcohol.(11,12)

BENZODIACEPINAS



Pertenecen al grupo de los psicofármacos, presentando entre sus propiedades, efectos sedantes y ansiolíticos, siendo éstos los de mayor prescripción a nivel mundial. En nuestro país, el consu-

mo de sedantes predomina en mujeres y la edad más frecuente de inicio es a los 20 años, frecuentemente bajo la forma de automedicación.

Las benzodiazepinas puede ser fármacos utilizados con fines de abuso o por dependencia, a punto de partida de un tratamiento o en ocasiones mezclándolas con alcohol, potenciando los efectos depresores sobre el sistema nervioso central.

Las benzodiazepinas atraviesan la barrera placentaria y se distribuyen en los órganos fetales. Como fármacos son considerados por la FDA (Food and Drug Administration de EEUU): categoría D (no deberían ser utilizados normalmente en el embarazo: diazepam, alprazolam, lorazepam, midazolam, oxazepam, flunitrazepam) y en algunos casos categoría X (contraindicados en el embarazo).

El uso de benzodiazepinas en los primeros tres meses de la gestación se ha asociado con mayor riesgo de paladar hendido, asimetría craneofacial e hipertelorismo ocular por algunos autores. La posibilidad de causar otras malformaciones es controvertida.

Si la mujer consume benzodiazepinas próximo al término de su embarazo, existe riesgo de depresión neonatal. El recién nacido puede presentar un cuadro de letargia, hipotonía, llanto monótono, dificultad para alimentarse, denominado “Síndrome

del recién nacido flácido”, de duración variable por la inmadurez de los sistemas metabólicos y eliminación más lenta de las benzodiazepinas. Por otra parte, el recién nacido puede presentar un síndrome de abstinencia de severidad variable caracterizado por irritabilidad, temblor, hipertonia, y en casos severos vómitos, diarrea, hipertermia, convulsiones y disfunción autonómica con alteración de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Su aparición puede tardar varios días luego del nacimiento, por la menor capacidad de eliminación de la sustancia como ya fue mencionado.(13)

CAFEÍNA



La cafeína es un estimulante ampliamente consumido en todo el mundo; sin embargo, actualmente no se sabe con exactitud sus efectos durante el embarazo. Las directrices actuales recomiendan no más de 200 mg/24 horas para las mujeres embarazadas y 400 mg/24 horas para las madres que amamantan. Una taza de café contiene alrededor de 100 mg de cafeína.

El embarazo altera significativamente el me-

tabolismo de la cafeína, aumentando su vida media y su concentración en la sangre materna; atraviesa la placenta y se acumula en el feto. **Un aumento de 100 mg/24 horas en el consumo de cafeína aumenta el riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.** Sin embargo, hallazgos similares se han encontrado con café descafeinado, lo que sugiere que la cafeína puede no ser la única responsable. Como la evidencia actual no ha sido lo suficientemente concluyente para recomendar una guía más restrictiva, la ingesta de cafeína durante el embarazo parece aceptable con moderación.(1)

SUSTANCIAS ILEGALES

OPIÁCEOS



Los opiáceos son alcaloides derivados del opio, el cual se extrae de la planta *Papaver somniferum* (amapola o adormidera), cultivada fundamentalmente en países asiáticos.

La mayoría de los opiáceos tienen un uso difun-

dido como medicamentos, para analgesia y sedación (morfina, meperidina, propoxifeno, fentanilo), como antitusígenos (codeína, dextrometorfano), antídoto (naloxona) y tratamiento de deshabitación para la dependencia a opiáceos (metadona, buprenorfina) y a alcohol etílico (naltrexona). Algunos son utilizados con fines de abuso en forma exclusiva, como la heroína.

Debido a su corta vida media, las pacientes pueden presentar frecuentes episodios de síndrome de abstinencia y es la principal causa de daño al embarazo.

Muchos de los riesgos médicos asociados con la adicción a la heroína son los mismos para las mujeres embarazadas y no embarazadas, y similares para la adicción a otros opiáceos. Las usuarias de opiáceos suelen tener problemas financieros, sociales y psicológicos que causan estrés psicosocial, las exponen a la violencia y afectan sus opciones de tratamiento.

Múltiples complicaciones obstétricas se han asociado con la dependencia de opiáceos en el embarazo; sin embargo, es difícil establecer hasta qué punto estos

problemas se deben a los opiáceos o a la abstinencia de los mismos u otros fármacos utilizados.

La suspensión de opiáceos causa espasmo del músculo liso y contracciones uterinas. Esto afecta el embarazo de dos maneras:

1. Aumento del riesgo de parto pretérmino
2. Disminución del suministro de sangre a la placenta, que afecta el crecimiento del feto.

La estabilización de la mujer embarazada, que utiliza frecuentemente opiáceos, con metadona o buprenorfina reduce los riesgos de síndrome de abstinencia y se ha demostrado tiene ventajas superiores sobre la simple suspensión del opiáceo.(1, 14)

Tabla 2. Complicaciones obstétricas asociadas al uso de opioides

Desprendimiento prematuro de placenta
Muerte fetal
Corioamnionitis
Restricción de crecimiento intrauterino
Presencia de meconio
Preeclampsia
Amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino
Ruptura prematura de membranas
Insuficiencia placentaria
Aborto espontáneo
Hemorragia postparto
Tromboflebitis séptica

Adaptada de: [Maeda A, Bateman BT, Clancy CR, et al. Opioid abuse and dependence during pregnancy: temporal trends and obstetrical outcomes. *Anesthesiology* 2014; 121:1158.](#)

MARIHUANA



La marihuana proviene de la planta *Cannabis sativa*. Es la tercera droga de abuso más consumida en nuestro país (después del alcohol etílico y tabaco) y la primera en frecuencia dentro de las drogas ilegales. Se consume en cigarrillo por vía inhalatoria. Los principios activos responsables del efecto psicoactivo son los cannabinoides, siendo el principal es delta 9 tetrahidrocannabinol (THC).

No está demostrada una teratogenicidad estructural (ocurrencia de malformaciones) por consumo materno de marihuana. Otros posibles efectos de la exposición intrauterina a marihuana son discutidos.

Fried describió en un estudio publicado en 1982 que recién nacidos de madres consumidoras de más de 5 cigarrillos de marihuana por semana presentaban temblores y alteraciones en los reflejos oculares entre el 2° y 4° día de vida, con remisión total a los 30 días del nacimiento.(15)

Si bien el policonsumo de marihuana y otras drogas como alcohol y tabaco es muy frecuente,

existen algunos reportes que relacionan el uso de marihuana durante la gestación con restricción del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer, como variable independiente del consumo de las otras sustancias. La marihuana disminuiría la perfusión útero placentaria y eso explicaría la reducción de aportes y nutrientes al feto con la consiguiente restricción del crecimiento. Algunos autores sostienen que la exposición prenatal a marihuana retarda la maduración del sistema nervioso del feto. El uso de marihuana durante el embarazo se ha asociado con la aparición de trastornos neuroconductuales en niños de madres consumidoras (trastornos del sueño, alteraciones visuales, déficit atencional, hiperactividad).(16)

COCAÍNA



El alcaloide “cocaína” proviene de las hojas de un arbusto de la Familia Erythroxylaceae. En América del Sur se cultivan dos especies: *Erythroxylum coca* (mayor fuente del tráfico ilícito) y *Erythroxylum novogranatense* (cultivo legal).

A partir de un proceso de elaboración en varias etapas se obtienen los derivados que difieren en sus propiedades físico-químicas, así como en su grado de pureza, lo que condiciona la vía de consumo y el inicio de los efectos.

La cocaína y sus metabolitos atraviesan la barrera placentaria y se excretan a través de la leche materna. Estudios in vitro sugieren que el pasaje de cocaína a través de la placenta es mayor que el de benzoilecgonina; además ***la placenta retiene grandes cantidades de cocaína, lo cual beneficiaría al feto evitando su exposición a altas dosis, pero incrementa el riesgo de patología placentaria durante el embarazo.***

Uno de los principales mecanismos fisiopatológicos que explica la toxicidad aguda por cocaína para el binomio materno-fetal es la vasoconstricción de vasos uterinos y fetales. Entre las complicaciones obstétricas relacionadas con este mecanismo de acción tóxica se incluyen:

- Mayor riesgo de aborto espontáneo
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Restricción del crecimiento intrauterino

Esta última relacionada con la disminución del aporte de oxígeno, aminoácidos y nutrientes al feto.

La estimulación del Sistema Nervioso Simpático y las alteraciones vasculares placentarias determinan mayor riesgo de estados hipertensivos del embarazo, como el síndrome preeclampsia y eclampsia.

Existe una mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer y con una reducción de los depósitos de grasa fetal, debido a un incremento del metabolismo fetal de los depósitos de grasa y glucógeno, por estimulación simpática.

El aumento de la actividad simpática incrementa el tono uterino y la irritabilidad miometrial, determinando mayor riesgo de parto de pretérmino y de rotura prematura de membranas.

Al atravesar la placenta, la cocaína puede ejercer su efecto simpaticomimético en el feto, ocasionando aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial fetales, así como disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Alcanza el SNC al atravesar la barrera hematoencefálica fetal, pudiendo por vasoespasmo determinar infartos cerebrales, así como isquemia en otros órganos.(17)

Estudios realizados a recién nacidos de madres consumidoras de cocaína han revelado una mayor frecuencia de inestabilidad autonómica, temblores y convulsiones. También se ha descrito

un síndrome de abstinencia neonatal a cocaína (clorhidrato, pasta base y crack), poco frecuente, de aparición en las primeras 48 horas de vida, caracterizado por hipertonía, irritabilidad, dificultad en la succión y alimentación.(18)

SOLVENTES



Son hidrocarburos derivados del petróleo, y este grupo incluye variados productos comerciales, de uso industrial y doméstico.

El consumo habitual de solventes se concentra en una población que oscila entre los 7 y 14 años, proveniente de un medio socioeconómico bajo. Se caracterizan por su alta volatilidad, propiedad que explica su forma de consumo, por vía inhalatoria, con rápido inicio de efectos sobre el SNC. Habitualmente se consumen bajo forma de pegamentos, thinner y nafta.(9)

El síndrome fetal por solventes (SFS) fue descrito por primera vez en 1979, con el reporte de una embarazada de 14 años que tuvo un recién

nacido con una dismorfia facial, restricción del crecimiento y microcefalia, características fenotípicas similares a las descritas para el síndrome alcohólico fetal.

El SFS se caracterizaría fundamentalmente por micrognatia, pabellones auriculares de implantación baja, gran fontanela anterior.

Las mujeres expuestas a solventes tienen mayor riesgo de aborto espontáneo y de preeclampsia.

Se ha reportado además, mayor riesgo de bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y trastornos del neuro desarrollo (fundamentalmente de la esfera cognitiva) en hijos de consumidoras de solventes.(19)

DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Varias sociedades consideran la detección del uso indebido de sustancias como parte de la atención obstétrica completa y recomiendan preguntar a todas las mujeres embarazadas sobre su consumo de alcohol y drogas ilícitas.

Idealmente, el cribado se debe realizar en la primera visita de control prenatal y repetirlo periódicamente.

camente durante el embarazo (cada trimestre). En un informe, un sistema de atención prenatal que rutinariamente no se enfoca en la detección en el abuso de sustancias, identificó menos de un tercio de las mujeres en las que posteriormente se confirmó el diagnóstico por presencia de síndrome de abstinencia neonatal.(20)

Tabla 3. Tiempo de eliminación de sustancias en orina

SUSTANCIA	TIEMPO DE ELIMINACIÓN
Alcohol	12 horas
Cocaína	24 a 72 horas
Marihuana	3 a 30 días
Heroína	24 horas
Benzodiazepinas	4 a 5 días
Anfetaminas	48 a 72 horas

Tomado de: Cohen A, Osorio R, Page LM. Substance misuse in pregnancy, *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2017.

Un enfoque práctico y eficaz para entrevistar a las mujeres sobre el abuso de sustancias es el uso respetuoso de preguntas formuladas de forma neutral. Es preferible comenzar con preguntas sobre sustancias lícitas, como el tabaco y el alcohol, seguidas de preguntas sobre el uso indebido de medicamentos de venta libre, como pseudoefedrina, analgésicos opioides y dextrometorfano, y luego el uso de medicamentos que solo se pueden adquirir con receta como sedantes, estimulantes o tranquilizantes y, finalmente, sustancias ilegales como marihuana, metanfetaminas, cocaína, heroína, alucinógenos e inhalantes. Se debe preguntar acerca de la frecuencia del

consumo de drogas, la duración del uso más reciente y el momento del último uso. Puede ser útil preguntar dónde, cuándo y con quién se usan con más frecuencia.

Cuando sea apropiado, determinar la vía de administración: intramuscular, oral, intranasal, subcutánea o intravenosa y si alguna vez se han utilizado agujas para la administración, así como si se han compartido las agujas.(2)

Las pruebas de orina para detectar sustancias ilícitas deben realizarse a las mujeres que revelan el uso de sustancias psicoactivas actual o previo. En las mujeres que continúan

utilizando sustancias, se deben realizar análisis de orina en todas las consultas de atención prenatal y al comienzo del trabajo de parto. Para realizar pruebas de detección de sustancias en orina, es importante se tenga conocimiento del tiempo de eliminación por la misma dependiendo de cada sustancia para poder realizar un adecuado diagnóstico y no se pase por alto el mismo (Tabla 3).(1)

ATENCIÓN PRENATAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Los médicos que proporcionen atención prenatal de cualquier paciente embarazada, deben apegarse a las prácticas de prescripción segura de los medicamentos recetados y alentar comportamientos saludables en todas las pacientes. Se debe educar a las pacientes sobre la morbilidad materna, fetal y neonatal asociada con el consumo de sustancias e identificar a las usuarias de sustancias.

Estudios observacionales sugieren que combinar el tratamiento del abuso de sustancias con atención prenatal integral puede reducir la frecuencia de algunas complicaciones maternas

y neonatales asociadas con el consumo de sustancias.(21)

Una vez que una mujer ha revelado mal uso de la sustancia, el embarazo debe considerarse de alto riesgo. No hay pautas específicas para la frecuencia de las consultas prenatales, pero sería prudente verlas regularmente para fomentar una relación de confianza y aumentar la probabilidad de que continúen su compromiso. Las exploraciones de anomalías en centros terciarios de medicina fetal y exploraciones de crecimiento adicionales deben considerarse caso por caso, dependiendo de la frecuencia del uso y del perfil teratogénico específico de los agentes individuales.

Las pruebas de detección de la hepatitis C deben considerarse además de las investigaciones rutinarias de detección prenatal.(1)

ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

El trabajo de parto y el puerperio crea un evento de riesgo particularmente alto para las mujeres con trastornos por abuso de sustancias, presentando una multitud de desafíos para los

profesionales de la salud en la optimización de la atención intraparto.

Aunque el uso inadecuado de la sustancia no es una indicación para el uso rutinario de la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal, las mujeres a menudo tienen comorbilidades tales como preeclampsia o restricción de crecimiento intrauterino que sí son indicación para monitorización continua.

La optimización del alivio del dolor en el trabajo de parto puede ser una problemática en las mujeres que tienen historia de abuso a opiáceos. Su tolerancia a la medicación con opiáceos puede requerir dosis mayores para lograr resultados terapéuticos. Para las mujeres que están en los regímenes de reemplazo de opiáceos (metadona o buprenorfina), se necesitará un plan para minimizar el riesgo de una sobredosis accidental, una retirada repentina y un control inadecuado del dolor.

Después del parto, el riesgo de síndrome de abstinencia a opiáceos, tanto para la madre como para el neonato, es motivo de preocupación.

El estrés y la ansiedad materna pueden representar desafíos tempranos con la lactancia materna y la unión materna, aumentando el riesgo de depresión posparto.

Para el neonato, una estrecha vigilancia es esencial ya que existen varios síndromes de abstinencia neonatal dependiendo de la sustancia a

la que el bebé estuvo expuesto en el útero. Uno de los más graves es el síndrome de abstinencia neonatal asociado con el uso de opiáceos. Esto puede conducir a irritabilidad del sistema nervioso central, mala alimentación y dificultad respiratoria.

Los resultados a largo plazo de los niños que fueron expuestos a fármacos psicotrópicos durante el embarazo, incluyen deterioro cognitivo y retraso en el desarrollo. Por lo tanto, los pediatras deben participar en el cuidado de todos los niños de madres con historia de abuso de sustancias.(22)

CONCLUSIONES

El uso indebido de sustancias durante el embarazo se asocia con una morbilidad significativa tanto para la madre como para el feto, lo que contribuye a malos resultados y a dificultades éticas.

La combinación de un estilo de vida agitado e impredecible, las limitaciones financieras y la falta de apoyo asociado con el mal uso de la sustancia hace que la optimización de la atención sea un verdadero desafío. Los resultados neonatales y maternos pueden optimizarse cuando las mujeres participan en los servicios de maternidad y de drogas.

Proveer un asesoramiento integral antes de la concepción debe tener como objetivo minimizar

la prevalencia, mientras que la atención multidisciplinaria debe estar disponible. Siempre que sea posible, el entusiasmo durante el embarazo para mejorar el estilo de vida debe ser aprovechado y ampliado para tratar de construir un cambio positivo y duradero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen A, Osorio R, Page LM. Substance misuse in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2017.
2. Chang B. Substance misuse in pregnant women. En: UpToDate, Lockwood CJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.
3. Flores M. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum* 2012; 26 (3): 169-171.
4. Knight M, Nair M, Tuffnell D, et al. MBRRACE-UK: saving lives, improving mothers' care 2016.
5. Kelly JJ, Davis PG, Henschke PN. The drug epidemic: effects on newborn infants and health resource consumption at a tertiary perinatal centre. *J Paediatr Child Health* 2000; 36: 262-264.
6. Scott-Goodwin AC, Puerto M, Moreno I. Toxic effects of prenatal exposure to alcohol, tobacco and other drugs. *Reprod Toxicol* 2016; 61: 120-130.
7. American Society of Addiction Medicine: ASAM Addiction Terminology. In: *Principles of Addiction Medicine*, 3rd ed, Graham AW, Shultz TK (Eds), American Society of Addiction Medicine, Inc, Chevy Chase, MD 2003. p.1601.
8. Ondersma SJ, Svikis DS, LeBreton JM, et al. Development and preliminary validation of an indirect screener for drug use in the perinatal period. *Addiction* 2012; 107:2099.
9. Negrin A, Pascale A, Laborde A. Adicciones. Capítulo 105: 1273-1288. En: *Pediatría. Urgencias y Emergencias*. 3º Edición. Ed. BiblioMédica 2009.
10. McNeely J, Wu LT, Subramaniam G, et al. Performance of the Tobacco, Alcohol, Prescription Medication, and Other Substance Use (TAPS) Tool for Substance Use Screening in Primary Care Patients. *Ann Intern Med* 2016; 165:690.
11. Weitzman C, Rojmahamngkol P. Fetal alcohol spectrum disorder: Clinical features and diagnosis. En: UpToDate, Lockwood CJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.
12. Cook JL, Green CR, Lilley CM, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ* 2016; 188:191.
13. Okun ML, Ebert R, Saini B. A review of sleep-promoting medications used in pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2015.
14. Maeda A, Bateman BT, Clancy CR, et al. Opioid abuse and dependence during pregnancy: temporal trends and obstetrical outcomes. *Anesthesiology* 2014; 121:1158.
15. Fried PA. Marihuana use by pregnant women and effects on offspring: an update. *Neurobehav Toxicol Teratol*. 1982; 4:451-4.
16. Kuczkowsky KM. Marijuana in pregnancy. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33: 336-9.
17. Ursitti F, Klein J, Koren G. Confirmation of cocaine use during pregnancy: a critical review. *Ther Drug Monit* 2001; 21 (4): 347-53.
18. Ursitti F, Klein J, Koren G. Confirmation of cocaine use during pregnancy: a critical review. *Ther Drug Monit* 2001; 21 (4): 347-53.
19. Toutant C, Lippmann S. Fetal solvents syndrome. *Lancet* 1979; 1:1356.
20. Wallman CM, Smith PB, Moore K. Implementing a perinatal substance abuse screening tool. *Adv Neonatal Care* 2011; 11:255.
21. Sweeney PJ, Schwartz RM, Mattis NG, et al. The effect of integrating substance abuse treatment with prenatal care on birth outcome. *J Perinatol* 2000; 20:219.
22. McLafferty LP, Becker M, Dresner N, et al. Guidelines for the management of pregnant women with substance use disorders. *Psychosomatics* 2016; 57: 115-30.

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Organo de difusión científica
Marzo 2018

P R Ó X I M A M E N T E

1º CUMBRE IBEROAMERICANA DE CONTRACEPCIÓN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



EN COLABORACIÓN CON



¡Manténte pendiente de nuestros próximos anuncios!



Congreso
FLASOG
2020



Paraguay es el destino.

XXIII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia

www.flasog.org

   /@FLASOG