



gineco

FLASOG

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

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

EDITORIAL

LA ESCUELA DE MEDICINA Y EL HOSPITAL

Dr. Samuel Karchmer K.

INFECCIÓN POR VPH EN EL HOMBRE - SU IMPORTANCIA

Dra. Patricia Cingolani

PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

Dr. Juan Humberto Velázquez Herrera

VIOLENCIA DE GÉNERO

Dra. Diana Galimberti

Revista oficial


   /@FLASOG

www.flasog.org

Septiembre
No. 4 - Año 2018



**SÍGUENOS
EN NUESTRAS REDES**



**VISITA NUESTRO NUEVO SITIO WEB
www.flasog.org**

**COMPÁRTENOS
TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS**



BOLETÍN



FLASOG

¡MANTENTE 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



COMITÉ EJECUTIVO

FLASOG

2017 - 2020

Dr. Samuel Karchmer K.
Presidente

Dr. Jorge Méndez Trujeque
Vicepresidente

Dr. Luis R. Hernández G.
Secretario

Dr. Alfonso Arias
Tesorero

Dr. Néstor C. Garello
Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortíz L.
Past President

Dr. Miguel A. Mancera R.
Director Científico

Dr. José F. De Gracia
Director Administrativo

Dr. Ricardo Fescina
Director Ejecutivo



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

CONTENIDO

EDITORIAL

LA ESCUELA DE MEDICINA Y EL HOSPITAL

Dr. Samuel Karchmer K.

pg.6

INFECCIÓN POR VPH EN EL HOMBRE - SU IMPORTANCIA

Dra. Patricia Cingolani

pg.9

PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

Dr. Juan Humberto Velázquez Herrera

pg.22

VIOLENCIA DE GÉNERO

Dra. Diana Galimberti

pg.38

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. Néstor Garelo
(Argentina)
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 Villegas 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)
Dr. Claudio Sosa
(Uruguay)
Dr. Samuel Seiref
(Argentina)
Dr. Rodrigo Zamora
(México)
Dr. Edgar Iván Ortíz
(Colombia)

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

LA ESCUELA DE MEDICINA Y EL HOSPITAL

DR. SAMUEL KARCHMER

Presidente de FLASOG

Director Médico, Hospital Ángeles Lomas

Director del Centro Especializado para la Atención de la Mujer,
Hospital Ángeles Lomas

***“Yo creo a ciegas en la suerte; mientras
más trabajo, más suerte tengo”***

-André Maurois

De la secular escuela empírica y dogmática en donde destacados médicos, cada uno con sus propias ideas y experiencias iban modelando paso a paso, a base de contacto personal frente al caso clínico, la destreza y el cimiento conceptual del nuevo médico, poco o tal vez nada queda; en nuestra diversificada sociedad de masas, la escuela médica es también masiva y polimorfa. Debe familiarizarse al neófito, primero con las ciencias biológicas y después con la medicina; en ella también reina la prisa y el cúmulo analítico amedrenta con razón al más dedicado estudiante.

El maestro ya no puede serlo sin esfuerzos adicionales al simple ejercicio profesional, ni puede evolucionar solo con la meditación y la edad, identificada más a menudo como simple envejecimiento que como garantía de experiencia y madurez. En una

sola generación se mudan varias veces los conceptos y las técnicas y se agigantan los contenidos de cada sector, dando así lugar a la progresiva especialización.

Mientras el trabajo científico, aprisionado en la triunfal tecnología se mueva en la dirección del análisis cada vez más fino, será inexorable esa fragmentación, cuya resultante ha de ser el progresivo alejamiento de la imagen total del ser humano. Es el proceso por muchos interpretado como la deshumanización de la medicina y por otros, menos pesimistas, aceptado como el arduo nuevo sendero por el cual habremos de llegar a la comprensión de una nueva biología y tal vez, ambiciosamente, al conocimiento más real, más profundo de la naturaleza humana.

¡Qué lejos están nuestras escuelas médicas

de la posibilidad de disponer del tiempo y medios necesarios para ampliar y profundizar el campo de sus investigaciones! La sistematización de los estudios, la tecnificación de la medicina y su creciente desplazamiento hacia las complejas y variadas instalaciones hospitalarias, han provocado la irremediable escisión entre la enseñanza y la realidad de la patología. De allí que el joven médico se sienta cada vez más confuso e inseguro y se niegue a abandonar las aulas o las seguras instalaciones del hospital donde los equipos costosos, los precisos y preciosos instrumentos de análisis y medición le permitirán compartir la responsabilidad e incrementar su autoafirmación. También por esto se complica el caso más sencillo y se lleve un buen número de pacientes a la angustia, a la fobia ante el espectro de la enfermedad incurable o indescifrable.

Si el joven médico es formado dentro del frío ambiente del experimento científico y de los casos previamente seleccionados para su examen y tratamiento en el hospital, y no se cultiva paralelamente el ejercicio de sus emociones derivadas del contacto estrecho, verdadero, con el enfermo como ser humano a fin de captar ese trasfondo afectivo de toda enfermedad, ¿cómo reaccionará a solas ante el paciente, contando solo con su juicio, su razonamiento y sus sentidos para resolver el enigma? No podemos ni vamos a negar la gran superioridad, la crecida eficiencia de la medicina tecnificada, sistemática y científica; pero no debemos cerrar los ojos ante los excesos y el error de atender solo a lo que es objetivamente demostrable. No han desaparecido las enferme-

dades sencillas, ni es imposible encontrar en sus etapas iniciales ciertos trastornos mínimos que bajo el impulso amplificador del maquinismo médico pueden acabar no solo con la salud, sino con el paciente.

Las Escuelas de Medicina luchan con denuedo aunque sin resultados definitivos todavía, para lograr la perduración del médico hecho a la imagen tradicional, o por mejor decir, del médico en quien aparezcan las viejas virtudes amalgamadas con los conocimientos recientes. Difícil labor ciertamente, pues ha de enfrentarse a las interminables contradicciones de nuestra civilización.

Al mencionar el progresivo desplazamiento de la práctica médica hacia los hospitales, hemos aludido a un proceso casi secular, pues desde los avanzados pueblos de la antigüedad hasta nosotros, puede observarse la tendencia de agrupar a los enfermos en recintos dedicados específicamente a su cuidado, tratamiento y recuperación. En su larga evolución, el hospital ha reflejado siempre con fidelidad, la imagen de la medicina de su época; así fue como en su seno incubaron enfermedades terribles como la gangrena gaseosa, la “podredumbre de hospital” o las epidemias de fiebre puerperal, antes de la aplicación efectiva de las ideas pasteurianas. También alojó el hospital remedios espantosos como los cauterios, la cirugía sin anestesia y las cadenas para sujetar a los dementes.

Esas imágenes deprimentes son cosas del pasado, aunque no desaparece del todo la leyenda temible por muchos evocada cuando deben ocurrir

al hospital en busca de servicio médico; sin embargo, no se trata a menudo del temor a lo catastrófico sino de la incertidumbre ante lo desconocido. Y en efecto, mucho dentro del ambiente hospitalario de hoy es descomunal; desde los palaciegos edificios hasta la cantidad de personas deambulando, viviendo o muriendo dentro de sus instalaciones. El médico es allí, o debía serlo, solo un factor en la compleja ecuación para resolver lo de cada paciente en pos de la salud. Muchos conocimientos y muy variadas técnicas habrán de concurrir, por eso es imprescindible la formación de crecientes equipos de trabajo en los cuales cada quién participe con una parte, pequeña o grande, pero siempre importante en la magna tarea de la curación.

Allí es precisamente en donde el enfermo naufraga en angustia, incertidumbre y soledad. Cada uno de sus servidores lo atiende solo en una porción, en un fragmento, en una función de su compleja personalidad. Nunca hasta entonces había imaginado tener tantos órganos, funciones constantes, líquidos o recovecos para analizar, examinar, fotografiar, punzar, palpar, escuchar o extraer. Todo esto acaba en una suerte de fragmentación, de pulverización en la que todos participan fascinados dejando sólo al enfermo con su temor y sus dudas. Muy de tarde en tarde, ante la demanda angustiada; alguien le proporciona alguna explicación fragmentaria y fugaz, precario alivio para su inconsolable soledad.

No siempre es así; casos hay en los que el panorama es más dinámico; diríamos que todos van rápidamente por caminos conocidos, no hay incógnitas por resolver y el enfermo es colocado en algo así como la banda de producción en serie de una moderna fábrica: La historia clínica acostumbrada, los exámenes de “rutina”, variados pero precisos, rápidos, ejecutados por personal cambiante cuya actitud hacia el enfermo puede ser hermética, adusta, indiferente o simplemente amable y atenta, pero siempre ajena, distante, momentánea y fugitiva; con expresiones concisas: ¡acuéstese, cierre sus ojos, no respire. Ya; puede sentarse; vístase, etc., etc. Más tarde, la breve vista del médico; todo muy bien, nada en desorden; pronto quedará bien. Mañana se opera. Así sigue la marcha de la banda sin fin y con ella la visita de nuevos técnicos encargados de importantes pero fraccionarias intervenciones y tantos otros integrantes de la complicada parafernalia quirúrgica. Un ejemplo de la mecanización invasora, ineludible e “irremediable” de la medicina hospitalaria actual.

INFECCIÓN POR VPH EN EL HOMBRE SU IMPORTANCIA

Dra. Patricia Cingolani

Presidente Capítulo Bariloche de la Sociedad Argentina
de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia
San Carlos de Bariloche, Río Negro

INTRODUCCIÓN

La infección por VPH (virus del papiloma humano) constituye la infección de transmisión sexual (ITS) más prevalente en la actualidad¹.

Su patogenia, epidemiología y consecuencias son ampliamente conocidas desde hace dos décadas. Sin embargo, en el hombre es poco conocida la historia natural de la infección².

Conocerla podría brindar respuestas a muchos interrogantes:

¿Cuál es la importancia de la infección por VPH y las lesiones premalignas o malignas genitales y algunas extragenitales, en el hombre?

¿Cuál es la relación entre la infección en el hombre y su partenaire sexual?

¿Qué influencia tienen las lesiones en el hombre no tratadas en la recurrencia o persistencia de las lesiones por VPH en la mujer?

Si bien las respuestas a muchas de estas preguntas no son concluyentes, el abordaje de estos puntos podría aportar una visión más amplia sobre el tema y contribuir a profundizar en él.

INTRODUCTION

HPV infection is the most prevalent sexually transmitted infection (STI) today. Its pathogenesis, epidemiology, and consequences, are widely known for two decades. However, we know a little of men infection history.

This knowledge could provide us the answers to many questions:

What is the importance of HPV infection and genital premalignant or malignant lesions and some extragenital in men?

What is the relationship between the infection in a man and his sexual partner? What is the influence of the untreated infections in men as far as the recurrence or persistence of HPV lesions in women?

While the answers to most of these questions are not conclusive, addressing these points could provide a broader view on the topic and contribute to deepen it.

MODOS DE TRANSMISIÓN DEL VPH

La forma de transmisión del VPH es a través del contacto sexual, en su gran mayoría, pero existen otras formas de transmisión no sexuales:

- Vertical: durante el parto.
- Por fomites: se ha detectado la presencia de VPH en espéculos, guantes, ropas, sondas de crioterapia y la presencia de ADN viral en humo de láser.
- Por autoinoculación: a través de los dedos.
- Hay autores que describen la presencia de ADN viral en saliva.

La infección por vía no sexual es posible, pero no frecuente. Esto se debe a la falta de contacto piel con piel o mucosa con mucosa, lo que determina que haya una escasa cantidad de partículas virales en contacto y, también, a que la exposición viral al medio ambiente tiende a inactivarlo.

Como sabemos, la cadena epidemiológica está constituida por un agente etiológico, su vía de transmisión, el huésped que lo aloja y el medio ambiente.

El conocimiento de cada eslabón de esta cadena es de suma importancia para la prevención y control de toda ITS. Dentro de los eslabones de esta cadena, en el caso de la infección por VPH, se encuentra el hombre.

INFECCIÓN POR VPH EN EL HOMBRE - SU IMPORTANCIA

En la mujer, el cuello uterino y específicamente la unión escamocolumnar (zona de transformación) es más vulnerable a la transformación maligna inducida por el VPH que el pene en el hombre.

La mucosa anal, en cambio, debido a su similitud epitelial respecto a la zona de transformación, se constituye en otro sitio pasible de infección. De hecho se observa un considerable aumento en la frecuencia de su transformación maligna, cuya etiología es también la infección por VPH2.

IMPORTANCIA DEL HOMBRE

Las lesiones malignas peneanas y anales en el hombre están vinculadas al VPH, si bien su prevalencia es mucho menor que el cáncer de cuello en las mujeres.

El hombre se encuentra directamente implicado en la cadena epidemiológica del VPH. Para numerosos autores constituye un reservorio y fuente de transmisión viral entre sus parejas, lo cual implica para éstas un aumento en el riesgo de infección^{3,4}.

Sin embargo, el hombre no ha sido objeto de atención como factor influyente en la evolución de la enfermedad o infección viral en la mujer¹.

Es de destacar la preocupación relativa y la escasa atención que se le presta al hombre como portador y transmisor del VPH5. Esto no concuerda con la forma en que se abordan el resto de las ITS, en las que ambos miembros de la pareja son evaluados y tratados³.

Conocer la historia natural de la infección por VPH en el hombre puede contribuir a reducir su propia carga de enfermedad ya que, si bien en menor grado que la mujer, también conlleva el riesgo de desarrollar cáncer de pene o ano.

Con respecto a la mujer, esto tendría implicancias en la reducción de la probabilidad de la transmisión de la infección y del riesgo de cáncer de cuello uterino².

Las lesiones peneanas provocadas por VPH son más frecuentes en hombres VPH positivos cuyas parejas presentan lesiones inducidas por el VPH (LIE)⁸⁻¹⁰.

Están presentes en el 60% de éstos, y las lesiones son de mayor tamaño y con mayor carga viral, en comparación con el 14% de lesiones presentes en hombres con parejas sin tales lesiones⁶⁻⁸.

En cuanto al tipo de viral, diferentes estudios han evaluado la prevalencia del VPH de algo riesgo en las parejas sexuales masculinas de mujeres con lesiones inducidas por el VPH, correlacionándolas con biopsias dirigidas guiadas por penescopía. El VPH de alto riesgo se encontró presente en aproximadamente el 26% de las muestras⁹.

Dichos estudios encuentran que existe mayor posibilidad de encontrar lesiones por VPH en aquellos casos en los que tanto el test de VPH (para VPH de alto riesgo) como la penescopía son positivos en las parejas masculinas asintomáticas de aquellas mujeres con lesiones inducidas por VPH.

Los hombres infectados con VPH de alto riesgo presentaron mayor probabilidad de tejido peneano anómalo, en comparación con los no infectados 5,7. Por lo antedicho, se plantearía la necesidad de realizar la detección de la infección en el hombre ^{9,10}.

LA PENESCOPIA

La penescopía es un recurso de utilidad para la detección de lesiones por VPH subclínicas (no visibles a simple vista) en el hombre 1,11 y permite avanzar en métodos de diagnóstico más complejos (estudios histopatológicos y/o de biología molecular) ^{5,10}.

La penescopía sería una herramienta más a tener en cuenta en las medidas de prevención del cáncer de cuello uterino, no como método de screening pero, al menos, en aquellas parejas de mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas por lesiones por VPH, a fin de prevenir su persistencia o recurrencia ^{4,11}.

Sabemos que la persistencia de las lesiones provocadas por VPH en las mujeres se vinculan a la progresión de la enfermedad ^{12, 13}.

Una penescopía positiva, complementada o no por estudios de mayor complejidad podría indicar la necesidad de tratamiento de las lesiones en el hombre y, de esta manera, poder actuar de forma tal que este (reservorio y transmisor del VPH) no disemine la infección a sus parejas sexuales ^{1,4,8}.

CLÍNICA EN EL HOMBRE

Las manifestaciones clínicas en el hombre son, como se ha dicho, poco frecuentes y muy variadas:

PORTADOR ASINTOMÁTICO

Se encuentra presencia de ADN de VPH en varones sin sintomatología, ni lesiones acetoblancas o alteraciones citológicas. En estos casos la transmisión a la pareja es discutida ¹⁴.

PRESENCIA DE LESIONES

Las lesiones por VPH en el hombre se caracterizan por su multifocalidad y solo el 12,5% son clínicamente visibles.

El 87,5% restante, son poco sintomáticas o inaparentes (subclínicas) por lo cual son necesarios el colposcopio y reactivos (ácido acético) para visualizarlas, ya que se manifiestan como lesiones acetoblancas.¹⁵ En ellas el VPH 16 es el serotipo más frecuente².

Su invisibilidad a simple vista y su alto grado de curación espontánea explican por qué las lesiones penianas planas han escapado de la atención del médico.¹⁵

La combinación de un VPH-ADN test con la inspección visual colposcópica, después de la aplicación de ácido acético, ofrecen una interpretación más fiable que la sola prueba positiva de VPH en los hombres, ya que ayuda a distinguir la sola positividad (contaminación por la compañera sexual), con muy bajo número de copias virales, de una infección productiva, potencialmente infectante^{16,17}.

LOCALIZACIÓN

Las lesiones se localizan por orden de frecuencia en:

- Surco balanoprepucial.
- Corona de glande.
- Frenillo.
- Dorso del pene.
- Meato uretral.
- Fosa navicular.

LESIONES CLÍNICAMENTE VISIBLES

Cuando la infección es clínica, lo más frecuente es observar, a simple vista, la presencia de verrugas genitales de presentación multifocal en similar ubicación que las lesiones subclínicas y en la zona anoperineal.

TIPOS DE LESIONES PENEANAS

Condiloma acuminado

Son protuberancias blandas de apariencia verrugosa, sésiles o pediculadas, que van desde puntiformes hasta varios centímetros. Tienen un eje estromal bien desarrollado. En ellas los serotipos más frecuentes son el 6 y 11 (bajo riesgo oncogénico) aunque hay autores que señalan una alta prevalencia del serotipo 16^{14,18}.

Figuras 1, 2, 3 y 4



Fig. 2



Fig. 1



Fig. 3



Fig. 4

Condiloma plano

Lesión subclínica, plana, apenas sobreelevada de bordes difusos o netos, acetoblanca. Tienen menor frecuencia y similar localización al anterior. (Figuras 5 y 6)



Fig. 5



Fig. 6

Condiloma espiculado

Más hiperqueratósico, rugoso y plano que el acuminado. Es una lesión menos frecuente de igual localización que las anteriores. (Figuras 7 y 8)



Fig. 7



Fig. 8

Condiloma papulares

Adoptan la forma de pápulas, que deben distinguirse de pápulas de otro origen. Sus diagnósticos diferenciales más frecuentes son el molusco contagioso y las pápulas peneanas perladas (pearly penile papules), no atribuibles al VPH20. (Figuras 9, 10 y 11)



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

Alteraciones inflamatorias con apariencia similar a las originadas por *Candida albicans*, en las que se detecta ADN viral (en cérvix: cervicocolpitis condilomatosa).

Si bien técnicas como la captura híbrida II suelen resolver la duda diagnóstica, siempre es preciso tener las bases suficientes como para establecer los diagnósticos diferenciales de otras lesiones (falsos positivos), como por ejemplo:

- Liquen plano.
- Liquen escleroso y atrófico.
- Psoriasis.
- Candidiasis.
- Lesiones traumáticas.
- Cáusticos.
- Glándulas de la corona y parafrenillo.
- Pápulas peneanas perladas

Figuras 12, 13 y 14



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

Se ha señalado el papel masculino en la progresión de la neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cervical.

En las mujeres que tienen recurrencias luego de recibir tratamiento, entre otros factores, es muy frecuente encontrar en sus parejas masculinas una infección por VPH coexistente, a veces subclínica, que puede ser diagnosticada a través de la penoscopia y confirmada a través del test de ADN-VPH.

En estos casos, al proseguir su actividad sexual, la infección viral de la pareja masculina parece favorecer la recurrencia o persistencia de la infección de la mujer¹.

Por el contrario, aquellas mujeres cuyas parejas reciben tratamiento de sus lesiones presentan diferencias (en menos) en el porcentaje de recurrencias.

Estos datos podrían apoyar la hipótesis de que la infección masculina por VPH no tratada influye sobre la enfermedad en la mujer. Si bien hasta ahora los estudios no permiten extraer recomendaciones definitivas, se resalta la importancia de tener en cuenta el estatus VPH de la pareja masculina, especialmente ante la presencia de lesiones, a fin de intervenir en la cadena epidemiológica de esta ITS de forma similar a como se hace en el resto de ellas¹.

Respecto del porcentaje de lesiones clínicas y subclínicas encontradas en las parejas masculinas de mujeres con LIE parece haber coincidencia en la literatura⁷. El porcentaje de casos con penescopía positiva es importante y coincidente en los trabajos publicados que la utilizaron como método diagnóstico^{5,11,19}.

El hecho de que la infección por VPH en el hombre sea más frecuente si sus parejas son VPH positivas o tienen ya una LIE (lesión escamosa intraepitelial) indica que:

“El hombre representa una importante fuente de transmisión de VPH entre sus parejas sexuales”.

Para muchos autores, la detección y el tratamiento precoz de las lesiones por VPH en el hombre se asocian con menor recurrencia o persistencia de la lesión cervical en la pareja femenina ya tratada.

RELACIÓN CON OTRAS LESIONES MALIGNAS

Además del aumento de la frecuencia del cáncer anal, ya mencionado, se observa un creciente aumento de cáncer de amígdalas y base de lengua en jóvenes. Estos consideran la práctica del sexo oral como sexo seguro, ya que no implica riesgo de embarazo. El no usar preservativo en estos casos favorece la transmisión de la infección⁵.

PRESENCIA DE VPH EN EL SEMEN

Se han encontrado presentes genotipos de bajo y alto riesgo de VPH en el semen que puede estar contaminado con virus de localización uretral.

El lavado del semen no elimina las partículas virales vehiculizadas por los espermios, los que pueden transportar el ADN viral dentro de los óvulos por fertilizar, lo que puede afectar su implantación en el útero y el desarrollo posterior del embrión.

Las muestras de semen de varones sin VPH aparente, utilizado para fertilización in vitro, pueden implicar la transmisión iatrogénica de la ITS a la mujer.

Esto implicaría la necesidad de pruebas para la detección de VPH en los donantes de semen para evitar las consecuencias médico-legales que podrían derivarse de su no realización³.

IMPORTANCIA DE LA CIRCUNCISIÓN

Los conocimientos acerca de los factores asociados con la adquisición y curación de la infección por VPH en el hombre son limitados, pero numerosos estudios concluyen que el número de parejas sexuales es el factor principal en la adquisición de la infección por VPH y que la circuncisión es un factor influyente en la curación o persistencia de la infección, especialmente con tipos oncogénicos.

Tres estudios randomizados controlados demuestran el efecto protector parcial de la circuncisión y también la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha pronunciado al respecto, recomendando la circuncisión en zonas de:

- Alta prevalencia de infección por VPH.
- Baja proporción de hombres circuncidados.
- Razonable aceptación de la medida.

La detección de ADN-VPH de alto riesgo (captura híbrida II) es mayor en hombres no circuncidados²¹. La circuncisión se asocia a menor riesgo de VPH de alto riesgo independientemente de edad, número de parejas y presencia de verrugas²².

Otros autores refieren que la circuncisión influye sobre la infección con VPH con resultados ambiguos. Los datos no indican que la circuncisión proteja contra la infección en hombres. Pero no se descarta la posibilidad de que disminuya la persistencia de la infección, reduciendo el riesgo de transmisión a sus parejas²³.

CONCLUSIÓN

Si bien es necesario aún profundizar en los estudios para el conocimiento de la historia natural de la infección por VPH en el hombre, a medida que transcurre el tiempo, el progreso al respecto es notorio.

El hecho de que numerosos autores hayan puesto su atención en el hombre como componente importante de la infección por VPH es indicio de que en poco tiempo, los puntos que aún quedan por aclarar (valor del preservativo, la circuncisión, la vacunación, el tratamiento, etc.) sean finalmente resueltos, de modo tal que conduzcan a un manejo más adecuado y completo de esta ITS.

*Artículo publicado en Revista Colposcopia, de la Sociedad Argentina de Patología del TGI y Colposcopia, 2014, Vol. 25 - N° 1

1. Gómez García I, Gómez Mampaso E, Conde Someso S, Maganto Pavón E, Navío Niño S, Allona, Almagro A. Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual. *Actas Urol Esp* 2005; 29(4).
2. ¿Por qué conocer en profundidad la infección por HPV en el hombre? Department of Medicine, University of California, San Francisco, CA 94143, USA. *Dis Markers* 2007; 23(4):261-272.
3. Hitti M. WebMD Health News. Reviewed by Louise Chang, MD. HPV Vaccine Gardasil May Help Boys, MenStudy: Gardasil May Reduce Risk of Genital Warts in Men. Nov. 13, 2008.
4. Rombaldi RL, Serafini EP, Villa LL, Vanni AC, Baréa F, Frassini R, Xavier M, Paesi S. Infection with human papillomaviruses of sexual partners of women having cervical intraepithelial neoplasia. *Braz J Med Biol Res* 2006; 39(2):177-187.
5. Del Pazo R, Lukaszuk B, Leite M, Iribas JL. Detection of infection by human papilloma virus in men. Peniscopy as screening method. *Rev Argent Dermatol* 2008; 89:146-152.
6. Bleeker M, Hogewoning C, Van Der Brule AJ, Voorhorst FJ, Van Andel RE y cols. Lesiones peneanas y virus del papiloma humano en parejas sexuales varones de mujeres con neoplasia intraepitelial cervical. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47:351-357.
7. Bleeker MC, Hogewoning CJ, Voorhorst FJ, van den Brule AJ, Berkhof J, Hesselink AT, Lettink M, Starink TM, Stoof TJ, Snijders PJ, Meijer CJ. HPV-associated flat penile lesions in men of a non- STD hospital population: less frequent and smaller in size than in male sexual partners of women with CIN. *Int J Cancer* 2005; 113(1):36-41.
8. Benevolo M, Mottolese M, Marandino F, Carosi M, Diodoro MG, Sentinelli S, ViscaP, Rollo F, Mariani L, Vocaturo G, Sindico R, Terrenato I, Donnors RP, Vocaturo A. HPV prevalence among healthy Italian male sexual partners of women with cervical HPV. *J Med Virol* 2008 Jul; 80(7):1275-1281.
9. Giraldo PC, Eleutério J Jr, Cavalcante DI, Gonçalves AK, Romão JA, Eleutério RM. The role of high-risk HPV-DNA testing in the male sexual partners of women with HPV-induced lesions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008 Mar; 137(1):88-91. Epub 2007 May 7.
10. DHauwers KWM, Tjalma WAA. HPV in men. *European Journal of Gynaecological Oncology* 2008; 29(4):338-340.
11. Taner MZ, Taskiran C, Onan MA, Uluturk A, Himmetoglu O. Genital human papillomavirus infection in the male sexual partners of women with isolated vulvar lesions. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16(2):791-794.
12. Hung CF, Ma B, Monie A, Tsen SW, Wu TC. Therapeutic human papillomavirus vaccines: current clinical trials and future directions. *Expert Opinion on Biological Therapy* 2008; 8(4):421-439.
13. Einstein MH. Acquired immune response to oncogenic human papillomavirus associated with prophylactic cervical cancer vaccines. *Cancer Immunology Immunotherapy* 2008; 57(4):443-451.
14. Partridge JM, Koutsky. Genital human papillomavirus infection in men. *Lancet Infect Dis* 2006; 6(7):389-390.

15. Frega A, French D, Pace S, Maranghi L, Palazzo A, Iacovelli R, Biamonti A, Moscarini M, Vecchione A. Prevalence of acetowhite areas in male partners of women affected by HPV and squamous intra-epithelial lesions (SIL) and their prognostic significance. A multicenter study. Department of Gynecology, Perinatology and Child Health, University of Rome La Sapienza. Rome, Italy.
16. Bleeker MC, Snijders PF, Voorhorst FJ, Meijer CJ. Flat penile lesions: the infectious “invisible” link in the transmission of human papillomavirus. Department of Pathology, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands. *Int J Cancer* 2006 Dec 1; 119(11):2505-12. Comment in: *Int J Cancer* 2006 Dec 1; 119(11):xi-xii.
17. Nicolau SM, Camargo CG, Stávale JN, Castelo A, Dôres GB, Lörincz A, de Lima GR. Human papillomavirus DNA detection in male sexual partners of women with genital human papillomavirus infection Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil. *Int J Cancer* 2008 Jan 1; 122(1):132-7.
18. Tornesello ML, Duraturo ML, Losito S, Botti G, Pilotti S, Stefanon B, De Palo G, Gallo A, Buonaguro L, Buonaguro FM. Human papillomavirus genotypes and HPV16 variants in penile carcinoma. Viral Oncology and AIDS Reference Centre, National Cancer Institute, Fond. Pascale, Naples, Italy. *Int J Cancer* 2008 Jan 1; 122(1):132-7.
19. Burchell AN, Tellier PP, Hanley J, Coutlee F, Franco EL. Influence of Partner’s Infection Status on Prevalent Human Papillomavirus Among Persons With a New Sex Partner. *Sexually Transmitted Diseases* 2010; 37(1):34-40.
20. Kluger N, Dereure O. Penile Papules. *N Engl J Med* 2009; 360. 20
21. Lima Rocha MG, Faria FL, Souza MC, Vago AR, Fernandes AP, Fernandes. Detection of human papillomavirus infection in penile samples through liquid-based cytology and polymerase chain reaction. *Cancer* 2008; 114(6):489-493.
22. Auvert B, Sobngwi-Tambekou J, Cutler E, Nieuwoudt M, Lissouba P, Puren A, Taljaard D. Effect of Male Circumcision on the Prevalence of High-Risk Human Papillomavirus in Young Men: Results of a Randomized Controlled Trial Conducted in Orange Farm, South Africa. *Journal of Infectious Diseases* 2009; 199(3):362-371.
23. Giuliano AR, Lazcano E, Villa LL, Flores R, Salmeron J, Lee JH, Papenfuss M, Abrahamsen M, Baggio ML, Silva R, Quiterio M. Circumcision and sexual behavior: Factors independently associated with human papillomavirus detection among men in the HIM study. *International Journal of Cancer* 2009; 124(6):1251-1257.

PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dr. Juan Humberto Velázquez Herrera
México

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una alteración hipertensiva del embarazo caracterizada por tensión arterial elevada y proteinuria que afecta del 2 a 5% de mujeres embarazadas en países desarrollados y hasta 8% de embarazadas en países en desarrollo. Se le considera como una patología importante que contribuye a la morbilidad y mortalidad mundial, representando más de 100,000 muertes maternas por año. ¹

De acuerdo al Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), se define preeclampsia como la combinación de tensión arterial elevada –sistólica mayor a 140 mmHg y diastólica mayor a

90 mmHg- después de la semana 20 de gestación en mujeres previamente normotensas, en asociación con proteinuria –excreción de 0.3 g de proteínas o más, en orina de 24 h o 2+ en la tira reactiva-, sin embargo esta definición puede variar un poco entre algunos países. La preeclampsia está asociada con enfermedad placentaria en la mayoría de casos, siendo mayor la severidad cuanto más temprana es la edad gestacional al momento del término del embarazo. ¹

Los factores de riesgo que se consideran son hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico y diabetes tipo 1, así como antecedente de hipertensión en el embarazo previo. Además

se considera de manera general que del 15% al 25% de mujeres con hipertensión gestacional progresarán a preeclampsia.

Se considera que el tamizaje en población sana puede identificar a mujeres en riesgo para la enfermedad y al hacer una detección temprana es posible dar un tratamiento que mejora los resultados perinatales.²

FUNDAMENTOS FISIOPATOLÓGICOS

El origen de la preeclampsia es multifactorial, pero se ha aceptado que es dado por una invasión anormal de la placenta y por disfunción del sistema endotelial sistémico, lo cual contribuirá al desarrollo de la enfermedad. La transformación de las arterias espirales uterinas por los citotrofoblasto ocurre en el primer trimestre del embarazo y se considera que es un factor que se encuentra alterado en la pre-eclampsia y particularmente en preeclampsia prematura o de inicio temprano. Esta alteración profunda de la placentación lleva a producción de factores angiogénicos por la placenta, disfunción endotelial, hipoperfusión materna y finalmente a los signos y síntomas de preeclampsia. La disfunción endotelial se empeora por otros factores tales como edad materna avanzada, tensión arterial alta y obesidad. En la preeclampsia severa, las alteraciones de la placentación están asociadas con restricción de crecimiento intrauterino, nacimiento pretérmino y en casos más severos, muerte fetal y/o eclampsia.¹

Los estudios sobre el desarrollo fetal en este ambiente uterino anormal sugieren una asociación con resultados adversos en la salud tales como enfermedades cardiovasculares en los adultos hijos de madres que tuvieron preeclampsia.³

Han habido numerosas terapias propuestas para la prevención de preeclampsia, incluyendo dosis bajas de aspirina (ácido acetilsalicílico), calcio, heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular (HBPM), progesterona, antioxidantes, actividad física; sin embargo los resultados no han sido concluyentes. Recientemente ha resurgido interés por administrar aspirina a dosis bajas (ADB) a partir de una meta análisis que mostró que la preeclampsia y otras alteraciones del embarazo relacionadas con la placentación anormal podían reducirse significativamente con ADB cuando se inicia antes de la semana 16 de gestación.¹

PREDICTORES DEL INICIO DE PREECLAMPSIA

Historia Clínica

Consiste en identificar factores de riesgo para preeclampsia como edad, paridad, antecedente de preeclampsia en embarazo previo, embarazo múltiple, periodo intergenésico y condiciones médicas preexistentes como diabetes, hipertensión crónica, enfermedad renal, trombofilia y enfermedades autoinmunes; los factores obstétricos asociados con alto riesgo incluyen un embarazo hidrópico o

molar. Estudios sistemáticos han mostrado que el riesgo de preeclampsia es casi el doble en mujeres mayores de 40 años (RR 1.7, 95% IC 1.2-2.3 en primíparas y RR 2, 95% IC 1.3-2.9 en múltiparas). El riesgo de preeclampsia se triplica en mujeres nulíparas a un (RR 2.9, 95% IC 1.3-6.6), mujeres con antecedente familiar de preeclampsia (RR 2.9, 95% IC 1.7-4.9) y mujeres con embarazos múltiples (RR 2.9, 95% IC 2.0-4.2 en gemelos y RR 2.8, 95% IC 1.3-6.4 en gemelares triples). El riesgo se incrementa siete veces en mujeres que ha tenido preeclampsia en embarazos previos. En mujeres con diabetes insulino-dependiente, el riesgo de desarrollar preeclampsia es el cuádruple. Las mujeres con antecedente de enfermedad autoinmune y trombofilia tienen un riesgo significativamente aumentado de desarrollar preeclampsia con un RR 6.9 (95%, IC 1.1-42.3) y 9.7 (95%, IC 4.3-21.8) respectivamente. ^{2,4}

En cuanto a la evaluación del riesgo, además de la parte clínica, se puede complementar con el ultrasonido Doppler de arterias uterinas; el incremento en el índice de pulsatilidad en el primer trimestre está asociado con un riesgo alto de preeclampsia; el efecto benéfico de añadir este estudio a los factores maternos está limitado clínicamente a la predicción de preeclampsia de inicio temprano. Los marcadores séricos, tales como PAPP-A (Proteína Plasmática A Asociada al Embarazo) y PIGF (Factor de Crecimiento Placentario) son relativamente útiles para la predicción de preeclampsia y preeclampsia de inicio temprano. ¹

Ha habido un incremento en la evidencia de que la combinación de marcadores biofísicos, bioquímicos y Doppler de arterias uterinas en el primer trimestre pudiera incrementar la predicción de preeclampsia de inicio temprano a más del 80% de casos y la mayoría de casos de preeclampsia, con una tasa de falsos positivos de 10%. Así pues, podría implementarse una estrategia de tamizaje para identificar mujeres con alto riesgo. ¹

Examen Clínico

Índice de masa corporal

La obesidad se considera un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia. El índice de masa corporal se usa para estratificar el riesgo de las pacientes. ⁵

Tensión arterial

La medición de la tensión arterial se hace de manera rutinaria en la consulta prenatal y permite diagnosticar y predecir enfermedades hipertensivas. Una tensión arterial promedio de 90mmHg o más ha mostrado sensibilidad del 62% (95% IC 35-89%) y una especificidad del 82% (95% IC 72-92%), lo cual corresponde con un RR 3 (95% IC 2-5). En poblaciones de alto riesgo, una tensión arterial diastólica de 75mmHg o más entre la semana 13-20 de gestación se considera un buen predictor de preeclampsia. ⁶

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Ácido úrico

La asociación entre los niveles altos séricos de ácido úrico y preeclampsia se reportaron en 1917, su incremento se explica por la alteración renal y por un incremento en el metabolismo de las purinas debido a isquemia placentaria. Su rol como predictor de preeclampsia se evaluó en una revisión sistemática en la cual estaban incluidas 514 mujeres; la sensibilidad encontrada fue de 0.0% a 55.6% y especificidad de 76.9% a 94.9%. Así pues, no se puede recomendar como predictor.^{5,6}

Proteinuria

La detección temprana de proteinuria en mujeres con hipertensión de novo ayuda a diferenciar preeclampsia de hipertensión gestacional y con ello cambia el manejo que se dará a la paciente. Podemos evaluar la proteinuria con una tira reactiva o con cuantificación de proteínas en orina de 24 h; otra manera de evaluarla es con el ratio proteína: creatinina. La sensibilidad de la proteinuria para predicción de preeclampsia es 35% (IC 13-68%) y la especificidad del 89% (IC 79-94%); para microalbuminuria es de 62% y 68% respectivamente; para el ratio albúmina – creatinina es del 19% y 75%. La excreción urinaria de caliceína es menor que en los embarazos normotensos, con una sensibilidad mayor al 80% y especificidad mayor al 90%.^{5,6}

Fibronectina fetal y celular

Las mujeres que desarrollan preeclampsia tienen niveles más altos de fibronectina plasmática que las gestantes controladas. La fibronectina es una proteína con varios subtipos; aparece en presencia de inflamación, daño vascular y malignidad; estas últimas situaciones se asocian con expresión de ED-A o fibronectina oncofetal y ED-B las cuales están particularmente en los vasos sanguíneos. A ambos tipos de fibronectina se les conoce como fibronectina celular, su especificidad es 96% en el segundo trimestre con un valor de 5 mcg/ml y sensibilidad del 50% para predecir preeclampsia. Para la fibronectina total la especificidad es de 94% y sensibilidad del 65% con un valor de corte de 293 mcg/ml.⁶

Marcadores angiogénicos

Dentro de la patogénesis de preeclampsia se considera un desbalance entre los factores proangiogénicos tales como el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), factor de crecimiento placentario (PlGF) y factores antiangiogénicos como forma soluble de tirosina cinasa 1 (sFlt-1) y la endoglina soluble. Los niveles circulantes de VEGF y PlGF están significativamente disminuidos en mujeres con preeclampsia; sFlt-1 y endoglina soluble (ENGs) están significativamente aumentados en preeclampsia de inicio temprano. El uso de estos biomarcadores aún está en estudio.⁵

PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA

Fármacos

Agentes antiplaquetarios

La activación de plaquetas, así como el imbalance de tromboxano-prostaciclina ocurre durante la fase preclínica de la preeclampsia. Entonces, es posible que estos agentes pudieran prevenir o retrasar el desarrollo de preeclampsia. La aspirina, es el agente antiplaquetario más usado en el mundo, su uso ha sido evaluado como rol profiláctico en la prevención de preeclampsia a dosis de 50-150mg/día (la mayoría de 60 mg/día o 100 mg/día).

En 1978 Goodlin y cols. sugirieron que la recurrencia de preeclampsia se podría prevenir usando dosis bajas de aspirina y heparina no fraccionada; en 1979 Crandon e Isherwood reportaron en primigrávidas que estaban tomando DBA (dosis bajas de aspirina) menor probabilidad de desarrollar preeclampsia que aquellas que no lo hicieron.

Beaufils y cols. evaluaron los beneficios de 150 mg de aspirina combinados con 300 mg de dipiridamol desde la semana 12 de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia o de RCIU (restricción de crecimiento intrauterino) con base en sus antecedentes obstétricos; encontrando que 12% de los casos de preeclampsia y sus complicaciones como RCIU y muerte fetal ocurrían más frecuentemente en el grupo de control que en el grupo que tomó ambos fármacos.^{1,2}

Una revisión de Cochrane de 43 estudios controlados aleatorizados incluyó 32, 590 mujeres y reportó la efectividad de los agentes antiplaquetarios para prevenir preeclampsia. Mostró que reducen el riesgo de preeclampsia en 17% (RR 0.75, 95% IC 0.77-0.89) la aspirina fue el agente evaluado en 38 de los 43 estudios; en el subgrupo de mujeres con alto riesgo, hubo un RR de 0.75, 95% IC 0.66-0.85 y en las de moderado riesgo un RR 0.86, 95% IC 0.79-0.95. Los factores de riesgo tales como embarazo, IMC mayor a 35, flujo anormal de arteria uterina en el Doppler, embarazo múltiple, antecedente familiar de preeclampsia o edad adolescente se consideraron como factores para establecer un riesgo moderado.^{2,7}

Se tiene la hipótesis de que las formas severas y prematuras de la enfermedad están relacionadas con alteraciones de la placentación que ocurren antes de la semana 16 de gestación y que las dosis bajas de aspirina mejoran esta alteración. Se dicen que cuando se inicia la aspirina antes de la semana 16, se reduce el riesgo de preeclampsia aproximadamente a la mitad RR 0.59; 95%, IC 0.38-0.64.¹

Recientemente, un meta-análisis de 27 estudios demostró que el iniciar la aspirina en gestaciones más tempranas tenía mayor reducción de la incidencia de preeclampsia que cuando se iniciaba tardíamente. El riesgo relativo para prevenir preeclampsia fue de 0.47, 95% IC 0.34-0.65 cuando se inició antes de las 16 semanas y de 0.81, 95%, IC 0.63-1.03 cuando se inició después de la semana 16. Se realizó también un análisis sobre la dosis óptima de aspirina por el Instituto Nacional para la Salud y el Grupo de Desarrollo de Guías para la excelencia clínica mostrando que 75 mg de aspirina es la dosis óptima. El incremento en el beneficio no se observó con dosis mayores. A partir de ello también se hizo la recomendación de que las mujeres con alto riesgo tomaran 75 mg de aspirina a partir de las 12 semanas hasta el parto. En este grupo se incluyen mujeres con uno o más factores de riesgo alto (antecedente de preeclampsia, diabetes, hipertensión crónica, nefropatía, enfermedad autoinmune), y mujeres con uno o más factores de riesgo moderado (primer embarazo, embarazo múltiple, periodo intergenésico mayor a 10 años, edad mayor a 40 años, antecedente familiar de preeclampsia, IMC mayor a 35 en la primera consulta prenatal).⁷

¿Quiénes deben recibir dosis bajas de aspirina en la gestación temprana?

La mayoría de estudios aleatorizados han evaluado los beneficios de dosis bajas de aspirina antes de la semana 16 de gestación incluyendo a mujeres con alto riesgo de desarrollar la enfermedad basados en antecedentes médicos (como hipertensión crónica o antecedente de preeclampsia) o bien basados en el Doppler anormal de las arterias uterinas; sin embargo debemos tomar en cuenta otros factores de riesgo como nuliparidad, gestación múltiple, edad materna avanzada, obesidad materna y enfermedades crónicas como diabetes o enfermedades del tejido conectivo.¹

Sin embargo, debido a que las dosis bajas de aspirina parecen ser efectivas en la prevención de preeclampsia de inicio temprano y severa que ocurren en menos del 1-2% de la población, ningún factor - con excepción de antecedente de preeclampsia o hipertensión crónica-, tiene un adecuado valor predictivo positivo para ser usado por sí solo. Actualmente la ACOG recomienda que las mujeres con antecedentes de preeclampsia de inicio temprano o aquellas con 2 o más embarazos con preeclampsia reciban aspirina a dosis bajas, mientras que otras guías recomiendan iniciarla en mujeres con 1 factor de riesgo mayor y 2 menores para preeclampsia.^{1,2}

¿Cuándo suspender dosis bajas de aspirina?

No hay datos suficientes para emitir una recomendación sobre el momento en el que se debe suspender la aspirina como medida profiláctica, debido a que la mayoría de estudios que la utilizan dejan de administrarla en la semana 36-37 o en el momento del parto. Hay autores que creen que debe ser utilizada al menos todo el primer trimestre del embarazo.¹

Además debemos tomar en cuenta que las dosis bajas de aspirina no tienen beneficio, o si lo tienen es mínimo en mujeres que ya han desarrollado hipertensión inducida por el embarazo; en esta etapa tardía, la aspirina no previene la progresión hacia una enfermedad más severa e incluso exacerba el riesgo de diátesis hemorrágica en pacientes con síndrome de HELLP.¹⁰

Agentes de óxido nítrico

El óxido nítrico es un factor relajante vascular derivado del endotelio. Se produce de manera continua por el endotelio y contribuye a las adaptaciones fisiológicas vasculares en el embarazo normal mediando una vasodilatación e inhibiendo agregación plaquetaria. La reducción relativa en la cantidad de óxido nítrico se cree que puede contribuir en la fisiopatología de la preeclampsia. Los fármacos que son convertidos

en óxido nítrico pueden mejorar el flujo sanguíneo de las arterias uterinas y la perfusión placentaria, así como prevenir el inicio de la preeclampsia.

Comúnmente los donadores de óxido nítrico incluyen dinitrato de isosorbide, nitroprusiato de sodio y S-nitroglutión. La efectividad de estos donadores para prevenir preeclampsia no ha sido demostrada, al no presentar reducción significativa de la misma, ya que con su uso se tiene un RR de 0.83, 95% IC 0.49-1.41 y para preeclampsia severa RR 0.10, 95% IC 0.01-1.87. Así pues no hay evidencia suficiente para recomendar su uso.²

Heparina de bajo peso molecular

En la preeclampsia, la infiltración trofoblástica extravillosa y la transformación resultante de las arterias espirales de alta resistencia en baja resistencia está afectada. Las lesiones trombóticas isquémicas han sido observadas en placentas de mujeres con preeclampsia. Así pues se ha valorado el posible rol profiláctico de agentes antitrombóticos tales como heparinas de bajo peso molecular (HBPM) para prevenir preeclampsia. Una revisión de 2 estudios controlados aleatorizados en mujeres de alto riesgo valoraron el uso de HBPM una vez confirmado el embarazo en mujeres de alto riesgo; se demostró reducción de la incidencia de preeclampsia con RR 0.23 (95% IC 0.08-0.68), sin embargo, dado que aún la evidencia de su efectividad es insuficiente no podemos recomendarlo como una práctica de rutina.^{2,8}

Fármacos antihipertensivos para hipertensión leve a moderada

Se ha considerado esta terapia para minimizar el riesgo de que empeore la enfermedad. Una revisión de Cochrane de 22 estudios aleatorizados controlados que incluyó 2,702 mujeres, no mostró que hubiera beneficio de utilizar fármacos antihipertensivos en comparación con placebo o manejo expectante, dando un RR de 0.97, 95% IC 0.83-1.13.²

Progesterona

Su uso se evaluó en 128 mujeres para la prevención de preeclampsia sin mostrar efecto benéfico (RR 0.21, 95% IC 0.03-1.77). La evidencia actual de alta calidad es insuficiente para recomendar su uso en la profilaxis de preeclampsia.²

Diuréticos

El manejo de la hipertensión en mujeres no embarazadas involucra el uso de diuréticos. La evidencia muestra que la reducción del volumen plasmático de preeclampsia puede empeorar la hipovolemia en pacientes con preeclampsia, afectando de manera adversa a la madre e hijo. Con respecto a esto 4 estudios (1,391 mujeres) compararon el uso de diuréticos tiazídicos con placebo o no dar tratamiento para prevención de

preeclampsia, concluyeron que no había reducción significativa con el tratamiento con diuréticos (RR 0.68; 95%, IC 0.45-1.03). Dado que carecen de beneficio y de que tienen potenciales efectos adversos en la madre y el hijo no se deben recomendar en el embarazo.²

Pravastatina

La sFLT-1 ha mostrado inhibir las funciones angiogénicas y vasoactivas del VEGF y PlGF, llevando a una respuesta vascular y endotelial alterada y otras manifestaciones de preeclampsia, con mayor susceptibilidad en gestaciones con fetos masculinos. Los hijos de madres preeclámpicas en un modelo de estudio murino fueron más susceptibles a daño hipóxico-isquémico, con crecimiento anormal posnatal, desarrollo de hipertensión en el adulto así como expresión alterada de marcadores de apoptosis, migración neuronal e hipoxia en el cerebro. Ya se han hecho estudios en humanos para valorar estos efectos, como el de Mann, et al en 2010 que identificó asociación de autismo y déficit de atención e hiperactividad en niños cuyas madres tuvieron preeclampsia durante su gestación, además se mostró que hubo mayor susceptibilidad por el sexo masculino.¹³

Además la preeclampsia comparte vía patogénicas similares y factores de riesgo con la enfermedad cardiovascular en el adulto; la disfunción endotelial e inflamación son fundamentales para el inicio y progresión tanto a aterosclerosis y preeclampsia.¹³

Las estatinas son efectivas en la prevención primaria y secundaria de mortalidad y morbilidad cardiovascular. En un estudio realizado de 2012 a 2014 (21 pacientes) por la NICHD con diseño doble ciego aleatorizado controlado, se valoró el uso de pravastatina y placebo para pacientes con riesgo alto de preeclampsia. Se administraron 10 mg diarios de pravastatina a un grupo y a otro placebo. Aunque los resultados no son estadísticamente significativos, se vio que los resultados gestacionales cuando se usaba pravastatina eran favorables: menores tasas de preeclampsia, parto pretérmino, admisiones a terapia intermedia o intensiva neonatal; así como mejoría en cuanto al perfil proangiogénico (menor sFlt-1, sEng y mayor PIGF) lo cual se muestra en la figura 1. Además en el grupo que utilizó pravastatina no hubo casos de pre-eclampsia con datos de severidad ni casos de pre-eclampsia.¹⁴

Los estudios destinados a acciones en prevención primaria y secundaria de preeclampsia han tenido un éxito limitado (Barton y Sibai, 2008). Los inhibidores de la 3-hidroxi-3-metil-glutaril- coenzima A reductasa o “estatinas” inhiben la biosíntesis del colesterol; sin embargo parece ser que tienen propiedades para mejorar la función endotelial y reducir la inflamación y estrés oxidativo; todos ellos siendo aspectos involucrados en la preeclampsia. Así las propiedades y mecanismos de acción de las estatinas hacen que sean candidatas para la prevención de preeclampsia.¹³

Usando modelos animales con preeclampsia, la administración antenatal de pravastatina ha llevado a mejoría de las cifras de tensión arterial, reactividad vascular y crecimiento de los productos de estas gestaciones (Constantine et al, 2010; Fox et al, 2011). Además, incrementa el VEGF, PIGF y sintetasa endotelial de óxido nítrico y disminuye el sFLT-1 (Ahmed et al 2010; Saad et al, 2013).

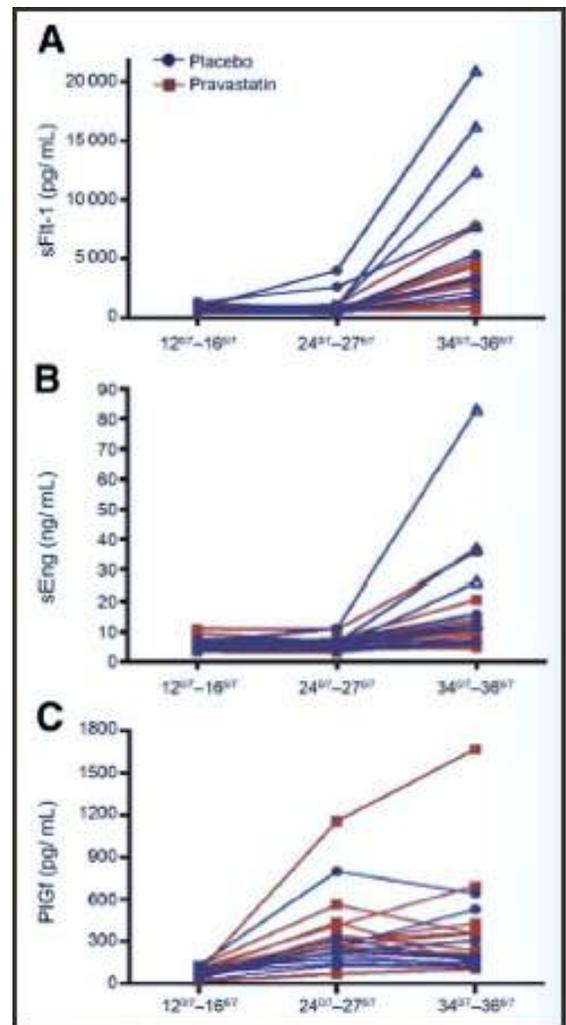


Figura 1. Concentraciones séricas de sFlt-1 (Panel A), sEng (Panel B) y PIGF (Panel C) en individuos que recibieron pravastatina (n= 10, rojo) o placebo (n=10, azul) de acuerdo a la edad gestacional al momento de colección de muestra: 12 0/7 a 16 0/7 semanas (basal y antes del tratamiento), 24 0/7 a 27 0/7, y 34 0/7 a 35 0/7. Δ designa a aquellos sujetos que desarrollaron preeclampsia. Tomado de: Constantine et al. Pravastatin for prevention of pre-eclampsia. Am J Obstet Gynecol 2016

La pravastatina es una estatina hidrofílica sujeta a transporte por el flujo placentario, teniendo con ello menor posibilidad de cruzar la placenta; sin embargo se cree que su capacidad de producir cambios en el recién nacido de madres con preeclampsia no es debido a efectos directos de la pravastatina sobre el feto, sino a la modificación del ambiente intrauterino que producen. Se sabe que las estatinas tienen efectos pleiotrópicos incluyendo mejoría de la disfunción endotelial, inhibición de cascada inflamatoria y de la coagulación, así como acciones inmunomoduladoras.^{13, 14}

Están clasificadas por la FDA en categoría X durante el embarazo, lo cual indica que el riesgo de tomarlas rebasa el beneficio. Esto basado en el hecho de que previamente no había situaciones que representaran un beneficio de consumirla; la evidencia en estudios animales corrobora que es raro encontrarla en el compartimento fetal tras ser administrada a la embarazada, y los estudios en animales encuentran cierto efecto benéfico en la prevención de preeclampsia; sin embargo aún se requieren más estudios para poder añadirla a las recomendaciones para dicho fin.¹³

Los efectos adversos más comunes tras el uso de pravastatina son dolor músculo-esquelético y pirosis.¹³

Metformina

La preeclampsia es una complicación seria del embarazo responsable de más de 100 muertes maternas y más de 400 muertes perinatales al día a nivel global.

Dentro de la fisiopatología un paso importante es la hipoxia/isquemia placentaria que lleva a liberación de formas factor similar a tirosina cinasa 1 soluble (sFlt-1) y endoglina soluble (ENGs) en la circulación materna; esto lleva a disfunción endotelial y daño multiorgánico.

Hay un gran interés en el uso de fármacos que inhiban el HIF1alfa (Factor inductor de hipoxia 1 alfa) para tratar la preeclampsia. El HIF1alfa se encuentra estimulado por procesos de isquemia/hipoxia y facilita la secreción de sFlt-1; así los inhibidores de HIF1alfa YC-1 y ouabaina podrían ser útiles, sin embargo, su perfil de seguridad en el embarazo no se conoce.¹⁵

La metformina es un agente oral usado para manejo de diabetes gestacional, entre otros usos; recientemente se ha visto que tiene efecto inhibitor sobre HIF1alfa mediante bloqueo del complejo I de la cadena de transporte de electrones mitocondrial; así se ha formulado la hipótesis de uso para reducir sFlt-1 en mujeres con preeclampsia.

Además se han reportado propiedades vasoprotectoras de la metformina, con reducción de morbilidad cardiovascular en pacientes con síndrome de ovario poliquístico y diabetes mellitus.¹⁶

Los estudios actuales se han hecho en tejido placentario y endotelial de pacientes con preeclampsia de inicio temprano; se ha observado que la reducción de la secreción de sFlt-1 es proporcional a la dosis de metformina administrada; a dosis altas se reduce secreción endotelial y placentaria en 53% y 63% respectivamente. También se ha visto reducción de sENG; ambas acciones dadas por bloqueo del complejo I de la cadena de transporte de electrones mitocondrial.^{16,17}

La mitocondria parece regular la secreción de sFlt-1 y sENG, se piensa que las mujeres preeclámpicas pueden tener incrementada la actividad de la cadena de transporte de electrones mitocondrial.^{17,18}

Por otro lado, la disfunción endotelial está asociada con el incremento en la expresión de VCAM 1 en el endotelio; ésta, causa reclutamiento de células inflamatorias. La preeclampsia también está asociada con incremento del factor de necrosis tumoral alfa circulante, el cual es una citocina proinflamatoria que se incrementa con el VCAM 1. La administración de metformina disminuye significativamente el TNF alfa inducido por la expresión de VCAM-1, lo cual sugiere que tiene efectos en disminución de la disfunción endotelial.¹⁶

SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL PARA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA

Calcio

En mujeres embarazadas que toman altas cantidades de calcio se ha observado menor incidencia de desórdenes hipertensivos. Esto ha llevado a la hipótesis de que el incremento en el consumo de calcio durante el embarazo puede reducir la incidencia de preeclampsia, especialmente en mujeres con bajo consumo del mismo. Se dice que el calcio actúa reduciendo la contractilidad del músculo liso y la vasoconstricción por su efecto en la paratiroides y en el calcio intracelular. También puede tener un efecto indirecto en la función del músculo liso por la reducción en los niveles de magnesio. Recientemente se ha encontrado que el calcio afecta el flujo sanguíneo útero-placentario disminuyendo su resistencia en las arterias umbilicales y uterinas.^{2,9}

En Estados Unidos, la recomendación de consumo de calcio elemental diario es de 1000 mg en embarazadas, lactantes y no embarazadas entre 19 y 50 años de edad (1300 mg para niñas de 14 a 18 años de edad).¹⁰

Una revisión sistemática de 13 estudios controlados aleatorizados (15,730) valoraron la efectividad del calcio para la prevención de preeclampsia. Dos tercios de las mujeres tenían bajo consumo de calcio en la dieta y 587

eran del alto riesgo. El promedio de consumo diario de calcio en las preparaciones fue de 1,5 g a 2 g, incluyendo carbonato de calcio, calcio elemental, gluconato de calcio. El calcio fue efectivo en la prevención de preeclampsia (RR 0.45; 95% IC 0.31-0.65); se observó mayor efecto benéfico en la población de alto riesgo (RR 0.22; 95% IC 0.20-0.65), en el subgrupo de mujeres que tenían adecuado consumo de calcio en la dieta no tuvo efecto significativo en la prevención de preeclampsia (RR 0.62, 95% IC 0.32-1.2).⁹

Se considera que al menos 1 gr diario de calcio reduce el riesgo de preeclampsia en mujeres de alto riesgo y que consuman poco calcio en la dieta. En poblaciones en las que la ingesta de calcio es baja, la OMS recomienda suplementación con calcio elemental 1500 a 2000 mg a embarazadas reduce el riesgo de preeclampsia, particularmente en aquellas con riesgo alto de desarrollar hipertensión.¹⁰

Antioxidantes

El desarrollo anormal de la placenta en la preeclampsia lleva a una reducción de la perfusión placentaria y genera un estado de estrés oxidativo. Los antioxidantes como vitamina C, vitamina E, licopeno y selenio han sido propuestos para proteger a proteínas y enzimas de la destrucción y oxidación

por radicales libres, así como para ayudar a mantener la integridad de la membrana celular. La suplementación diaria con antioxidantes puede limitar el daño endotelial observado en la preeclampsia.

Una revisión de Cochrane, que incluyó 9 estudios y 5,446 mujeres, valoró la efectividad de los antioxidantes, no se encontró evidencia de que ayuden a prevenir la preeclampsia (RR 0.73, 95%, IC 0.51-1.06).²

Ácido fólico

El efecto de la suplementación con ácido fólico en el segundo trimestre en pacientes con preeclampsia a razón de 1 mg/día ha mostrado un RR de 0.46; 95% IC 0.16-1.31 lo cual demuestra que no tiene efecto significativo en la reducción de preeclampsia; sin embargo cuando se da el ácido fólico acompañado de multivitamínicos sí se observa efecto benéfico (RR 0.37; 95% IC 0.18-0.75).²

Magnesio

Para valorar su efecto en la prevención de preeclampsia se hizo un meta-análisis de 2 estudios controlados aleatorizados que incluyeron 474 mujeres, se comparó el efecto de magnesio con placebo sin encontrar ningún efecto sobre la incidencia de preeclampsia.¹¹

INTERVENCIONES EN EL ESTILO DE VIDA Y DIETA

Al hablar de estilo de vida nos referimos al ejercicio, reposo en cama y tipo de dieta; se dice que son factores que tienen influencia sobre el riesgo de hipertensión y preeclampsia.^{2,12}

Reposo

Se ha propuesto el reposo como efecto benéfico en la prevención de preeclampsia basado en pocos estudios de casos y controles; fundamentado en el hecho del incremento de la presión sanguínea en mujeres caminando, comparado con aquellas que están en reposo. Se ha reportado disminución del riesgo de preeclampsia con 4-6 h de reposo por día con un RR de 0.05; 95% IC 0.00-0.83 comparado con la actividad normal diaria. El reposo de 30 minutos por día en conjunto con suplementación nutricional se asoció a disminución del riesgo de preeclampsia (RR 0.13, 95% IC 0.03-0.51), sin embargo esto en un estudio de 74 mujeres; por lo cual la evidencia para recomendar esta acción es nula.²

Ejercicio

El ejercicio regular se asocia con incremento en el volumen plasmático y del gasto cardíaco, concentraciones plasmáticas menores de trigli-

céridos, citocinas proinflamatorias y resistencia a la insulina. Para valorar este aspecto se hizo un meta análisis de 2 estudios controlados aleatorizados incluyendo 45 mujeres; se comparó la actividad aeróbica de intensidad moderada con la actividad física normal en mujeres con riesgo moderado-alto de preeclampsia sin encontrar una diferencia significativa en la incidencia de la misma (RR 0.31 95% IC 0.01-7.09).²⁰

Consumo de sal

En el pasado se les recomendaba a las mujeres una dieta hiposódica para disminuir el riesgo de desarrollar preeclampsia. Dos estudios controlados aleatorizados (631 mujeres) compararon el efecto de una dieta baja en sal con una dieta normal sin encontrar diferencias en la incidencia de preeclampsia (RR 1.11, 95% IC 0.77-1.89).²

CONCLUSIONES

La preeclampsia es una patología que complica relativamente de manera frecuente el embarazo, sobretodo en la población mexicana por los factores de riesgo que tiene. Esta patología implica costos altos para la salud dado el impacto que tiene en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Los exámenes que se realizan tempranamente en la embarazada para predicción de inicio de preeclampsia tienen mejor especificidad que sensi-

PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

bilidad, con una amplia variación en su eficacia. No hay un test único que muestre evidencia suficiente para predecir preeclampsia. Dada la calidad, nivel de precisión y efectividad de la evidencia, no se ha constituido un test que represente punta de lanza para ser utilizado actualmente; los estudios actuales sólo permitirían orientarnos sobre la posibilidad de desarrollar preeclampsia pero con un alto margen de falsos negativos. Los estudios que tienen sensibilidad más alta son el índice de masa corporal mayor a 35, fibronectina celular y Doppler de arterias uterinas; los exámenes con mayor sensibilidad tienen bajos falsos negativos con el potencial de reducir costos y casos de morbilidad asociada cuando no se da tratamiento. El estudio que parece ofrecer una sensibilidad y especificidad alta el de calicreinuira, sin embargo requiere mayor investigación.

En cuanto a la prevención de preeclampsia, los agentes antiplaquetarios, en especial la aspirina, tienen un efecto estadísticamente significativo para la prevención de dicha patología. Sin embargo otros

fármacos como HBPM, progesterona, donadores de óxido nítrico, antihipertensivos y diuréticos no son efectivos para tal propósito. En cuanto a la dieta solo se ha observado que la suplementación con calcio es efectiva en mujeres con bajo consumo del mismo y que tienen alto riesgo de desarrollar preeclampsia.

Es importante mencionar que se han hecho estudios aleatorizados con cohortes grandes en los cuales no hay beneficio del uso de aspirina a dosis bajas, sin embargo, cuando se juntan las cohortes de todos los estudios mediante meta análisis si hay beneficio de su uso, reduciendo la incidencia de preeclampsia en un 10 a 50%, con el mayor beneficio absoluto en mujeres con riesgo moderado a alto.

En relación al uso de pravastatina para profilaxis de preeclampsia los estudios más recientes proporcionan una seguridad preliminar y datos farmacocinéticos que podrían permitir su uso para la prevención de preeclampsia; los beneficios reportados hasta el momento abren una ventana



para generar mayor investigación y realizar estudios clínicos más grandes para evaluar su efectividad.

En cuanto a la metformina, se han hecho estudios preclínicos usando tejidos humanos como placenta y endotelio, en ellos se ha demostrado que con la administración de dicho fármaco disminuyen factores implicados en la fisiopatología de la preeclampsia; es así como podría constituir un pilar fundamental en la prevención y/o terapia de preeclampsia; sin embargo se requiere aun el desarrollo de estudios más grandes y de tipo clínico.

Finalmente se debe mencionar que el tema de prevención de la preeclampsia aun continua en desarrollo, y no debemos sentar por hecho la evidencia que se tiene actualmente, sino generar mayor investigación con respecto a ello, dada la importancia que representa tomar acciones -basadas en evidencia- encaminadas a disminuir la incidencia de esta patología obstétrica y los efectos que tiene a largo plazo.

11. Roberge S, Odibo A, Bujold E. Aspirin for the prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction. *Clin Lab Med* 36 (2016) 319-329
2. Thangaratinam S, Langenveld J, Mol B, et al. Prediction and primary prevention of pre-eclampsia. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 25 (2011) 419-433
3. Carver A, Tamao E, Perez-Polo R, et al. The effect of maternal pravastatin therapy on adverse sensorimotor outcomes of the offspring in a murine model of preeclampsia. *Int J Devl Neuroscience* 33(2014)33-40
4. Caritis S, Sibai B, Hauth J et al. Low dose aspirin to prevent pre-eclampsia in women at high risk. *N Engl J Med* 1998; 338: 701–705.
5. Meads CA, Crossen JS, Meher S et al. Methods of prediction and prevention of pre-eclampsia: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. *Health Technol Assess* 2008; 12: 1–270.
6. Milne F, Redman C, Walker J et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *BMJ* 2005; 330: 576–580.
7. Duley L, Henderson Smart DJ et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2. CD006490.
8. Dodd JM, MacLeod A, Windrim RC et al. Antithrombotic therapy for improving maternal or infant health outcomes in women considered at risk of placental dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 6. CD006780.
9. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 8. CD001059.
10. August P. Preeclampsia: prevention. In UpToDate, Lockwood (Ed), Waltham MA, UpToDate, July 2016
11. Makrides M & Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4. CD000937.
12. Makrides M, Duley L & Olson SF. Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3. CD003402.
13. Carver A, Tamao E, Perez-Polo R, et al. The effect of maternal pravastatin therapy on adverse sensorimotor outcomes of the offspring in a murine model of preeclampsia. *Int J Devl Neuroscience* 33(2014)33-40
14. Constatine M, Cleary K, Hebert M. Safety and pharmacokinetics of pravastatin used for the prevention of preeclampsia in high - risk pregnant women: a pilot randomized controlled trial. *Am J Obstet & Gynecol* 2016; 214:720.e1-17
15. Fisher S. Why is placental abnormal in preeclampsia? *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213:S115-22
16. Brownfoot F, Hastie R, Hannan N. Metformin ad prevention and treatment for preeclampsia: effects on soluble fms-like tyrosine kinase 1 and soluble endoglin secretion and endotelial dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:356.e.1-15
17. Redman C, Sargent I. Latest advances in understanding preeclampsia. *Science* 2005; 308:1592-4
18. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Preeclampsia. *Lancet* 2005; 365: 785-99
19. First-trimester risk assesment for early-onset preeclampsia. Committe Opinion No. 638. American College of Obtetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015; 126. E. 25-7
20. Kasawara K, Nascimento S, Costa M, et al. Exercise and physical activity in the prevention of pre-eclampsia: systematyc review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91:1147
21. Duley L, Henderson-Smart D, Meher S. Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD005548

VIOLENCIA DE GÉNERO

Dra. Diana Galimberti

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG

Comité de Violencia de Género de FASGO

Working Group of Violence Against Women FIGO

La violencia de género es una de las formas más importantes de vulneración de los derechos humanos en la Argentina y el mundo. Alrededor de una de cada tres mujeres experimentará un abuso sexual o físico a lo largo de su vida. La violencia de género amenaza la salud, la dignidad, la seguridad y la autonomía de la mujer. Sin embargo, permanece escondida en la cultura del silencio.^{1[1]}

Cuando hablamos de violencia contra la mujer (o violencia de género) en los términos de la ley n° 26.485 -sobre protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales - nos referimos a:

“...toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.”

Por su parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención De Belem Do Para” define a la violencia contra las mujeres como

1[1] <http://www.unfpa.org/gender-based-violence>

VIOLENCIA DE GÉNERO

“...cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”

En este trabajo haremos eje en dos tipos de violencia contra la mujer, la violencia doméstica -o intrafamiliar- y el delito de trata de personas.

VIOLENCIA DOMÉSTICA

DEFINICIÓN

La violencia doméstica, también llamada violencia intrafamiliar, conforme a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), es una de las formas de la violencia de género. Al respecto, dicha convención señala que es aquella:

“que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual”.

En un mismo sentido, la ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres define a la violencia doméstica como:

“aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la

libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia”

Puede entonces sintetizarse a la violencia doméstica como aquella violencia ejercida por un familiar, conviviente, pareja o expareja contra otra persona en situación de vulnerabilidad.



ANÁLISIS DE LOS ACTORES Y ELEMENTOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

De acuerdo con lo afirmado anteriormente, debe decirse que entre los actores de la violencia doméstica, tenemos en primera instancia al perpetrador de la violencia. Este puede ser una pareja o ex-pareja, pero también puede ser un padre, hijo, hermano, tío, un conviviente o un no conviviente que tenga o haya tenido relación con la víctima. En casi la mitad de los casos, quien ejerce la violencia es una expareja (46%).^{2[2]}

La víctima puede ser una mujer, una niña, un niño, una persona trans y también existen, en menor medida, casos donde la víctima es un hombre adulto. Los adultos mayores y las personas con discapacidad son también grupos vulnerables a la violencia.

Al respecto, los grupos más afectados son las mujeres de 22 a 49 años, que componen el 46% de las víctimas.^{3[3]}

Por otro lado, la violencia ejercida puede ser de distintos tipos, en este sentido deben resaltarse:

Violencia Física: Comprende la agresión física directa produciendo un daño o un riesgo a la integridad física de la víctima; o la privación de la libertad y la restricción de acceso a agua potable, comida, ropa, vivienda o descanso.



Violencia Psicológica: Es un ataque verbal, emocional o psíquico; una conducta u omisión que resulta humillante para la víctima o que la priva de su dignidad, privacidad, seguridad o integridad. Tiende a disminuir la autoestima de la víctima o culpabilizarla, convenciéndola que ella es algo en particular (una “tonta”, una “inservible”, una “puta”, etc). Los celos excesivos, la ridiculización, el chantaje y la indiferencia pueden ser una forma de violencia psicológica.



^{2[2]} Estadística anual 2015. Oficina de Violencia Doméstica.

^{3[3]} Estadísticas primer trimestre 2017. Oficina de Violencia Doméstica.

VIOLENCIA DE GÉNERO

Violencia Intimidatoria: Las amenazas de agresión física hacia la víctima o hacia un tercero que tenga relación con la víctima (ej.: sus hijos). También la amenaza de destruir, dañar o privar a la víctima de bienes físicos a los cuales la víctima tiene una razonable expectativa de acceder. Abarca la exhibición de armas a fin de asustar a la víctima y cualquier otro comportamiento amenazante.



Violencia Persecutoria o Acoso (stalking): Un comportamiento insistente y repetido que pueda razonablemente generar un miedo en la víctima. Algunos ejemplos son: esperarla en los lugares a los que acude normalmente, perseguirla, recabar información sobre ella; el envío repetido de cartas, llamados telefónicos, etc. Está comprendido en este tipo el acoso a través de internet: correo electrónico, redes sociales, mensajes de texto, etc.



Violencia Sexual: Cualquier tipo de práctica sexual realizada contra la víctima sin su pleno consentimiento o, contando con su consentimiento para la práctica sexual, la realización de prácticas específicas no consentidas, independientemente de si la persona que ejerce la violencia es pareja de la víctima o está casada con ella. Comprende también la prostitución forzada.



Violencia Económica y Patrimonial: Privar a la víctima de sus recursos económicos o sus bienes, generar una dependencia económica con el objetivo de manipular y someter a la víctima o controlar sus gastos a fin de limitar su libertad.



Violencia Simbólica: Conductas tendientes a sostener estereotipos de género que resultan denigrantes para la mujer, situándola en un plano de inferioridad, en falta o en la obligación de alcanzar estándares irreales. [4]



SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por parte de una persona distinta a su pareja en algún momento de su vida. [5]

En el caso de la Argentina, solo en junio de 2017 la oficina de Violencia Doméstica recibió 863 casos de violencia doméstica. Al respecto, debe señalarse que en los últimos cinco años se observa un aumento de casos, toda vez que en junio de 2013 los mismos ascendían a 752, por lo que se evidencia que es una problemática actual y en crecimiento.

[4] Canadian HIV/AIDS Legal Network. "Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women's Rights in the Context of HIV/AIDS. Volume One: Sexual and Domestic Violence". Toronto, Canadá. 2009.

[5] <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Al respecto, puede señalarse que el tipo de violencia más común es la violencia psicológica, la cual está presente en el 96% de los casos, mientras que la física existe en el 66% y la simbólica en el 65%. [6]

En este sentido, las Naciones Unidas estiman que casi la mitad de las mujeres muertas por homicidio fueron asesinadas por un familiar o una pareja o expareja. En el caso de los hombres, dicha situación se produce en uno de cada veinte casos.

Las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja tienen más del doble de posibilidades de tener un aborto, casi el doble de posibilidades de sufrir depresión y un 50% más de posibilidades de contraer el VIH. [7]

CONSECUENCIAS DE SALUD EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las consecuencias para la salud de las mujeres víctimas de violencia doméstica, deben separarse en cuatro tipos:

- Físicas.
- Sexuales y Reproductivas.
- Mentales.
- Conductuales.

Entre las consecuencias físicas se observan:

- Las lesiones físicas agudas o inmediatas como los hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras y las fracturas de huesos o dientes.

[6] Estadística junio 2017. Oficina de Violencia Doméstica. <http://old.csjn.gov.ar/docus/documentos/verdoc.jsp?ID=105942>

[7] <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

- Las lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen.
- Afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico.
- Muerte por femicidio o por enfermedades de transmisión sexual.

Los efectos sexuales y reproductivos pueden enumerarse de la siguiente manera:

- Embarazo no planeado o no deseado.
- Aborto o aborto inseguro.
- Infecciones de transmisión sexual, incluida la transmisión del VIH.
- Complicaciones del embarazo o aborto espontáneo.
- Hemorragias o infecciones vaginales.
- Infección pélvica crónica.
- Infecciones de las vías urinarias.
- Fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro).
- Relaciones sexuales dolorosas.
- Disfunción sexual.

Entre los desórdenes mentales puede señalarse:

- Depresión.
- Trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios.
- Estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático).
- Autoagresión e intentos de suicidio.
- Baja autoestima.

Sobre los problemas conductuales cabe resaltar:

- Uso nocivo de alcohol u otras sustancias.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida.
- Tasas bajas de uso de anticonceptivos y de condones. ^[8]

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Pueden distinguirse tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria es un concepto social que significa la disminución de nuevos casos en una población en un momento específico. Se intenta reducir el riesgo de que tengan ocasión de producirse los casos de violencia.

Entre los métodos de prevención primaria pueden resaltarse las campañas de concientización social sobre la problemática de la violencia doméstica, fortalecer la educación a hombres y mujeres sobre las cuestiones de género, las políticas de protección social sobre los grupos de alto riesgo, etc.

La prevención secundaria busca la detección temprana de la violencia para evitar que escale a otra etapa con consecuencias más graves.

Algunas formas de prevención secundaria son la existencia de programas e instituciones de

[8] *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98862/1/WHO_RHR_12.43_spa.pdf*

asesoramiento y contención a la víctima, consejería a fin de que ésta esté atenta a los indicios de que está ante una persona violenta, etc.

La prevención terciaria tiene lugar cuando la violencia ya se ha producido y se busca que la persona se recupere y retome control sobre su vida, se cure de las consecuencias negativas sobre su salud y evitar que vuelva a ser víctima de violencia con la misma persona o con otra.

Para la prevención terciaria es importante la actuación de los centros de salud, hospitales, incluyendo a los profesionales de la salud mental. También es parte de la misma el trabajo con la víctima para que ésta logre romper el ciclo de violencia y pueda desarrollar vínculos sanos con nuevas personas. Finalmente, el trabajo con la persona que cometió los actos de violencia es fundamental para prevenir que estos se reproduzcan con sus futuras parejas o familiares.

CICLO DE LA VIOLENCIA

En la mayoría de los casos, las mujeres violentadas no son agredidas todo el tiempo, sino que existen fases de agresión que tienen distinta duración y maneras de manifestarse.

Estas fases se dividen en tres:

1. La primera fase es la de **generación de tensión**. Se caracteriza por incidentes menores y abuso emocional por una supuesta infracción de reglas y expectativas de la persona violenta. La mujer normalmente intenta tranquilizar la situación o defender su posición. Es posible que ambos intenten justificar o racionalizar el comportamiento de él por estrés producido por su trabajo o situación económica. A menudo la mujer cree que puede adaptarse para controlar su violencia.

La duración de esta fase puede variar, pueden ser días, semanas o incluso años con distintos incidentes. Mientras la tensión se acumula los intentos de ella por controlar su violencia pueden volverse menos efectivos. Durante esta fase muchas veces la mujer es consciente del peligro y busca ayuda. En estos casos muchas veces los servicios que no han sido diseñados para proteger a la mujer, no reconocen la situación ya que no hay evidencia de la situación de violencia o la misma no parece los “suficientemente grave”.

1. La segunda es la **fase de agresión**. Es la más peligrosa para la vida y la integridad física de la víctima. La escalada de tensión e ira termina con la más extrema violencia. Estos episodios de violencia se distinguen de otros anteriores por su intensidad, destrucción y descarga emocional y por su impredecibilidad y falta de control. La ira es tan grande que el violento no puede negar su existencia y la mujer no puede esconder sus efectos.

Cuando ella presiente la escalada de violencia, su depresión y ansiedad puede aumentar generando que inconscientemente intente provocar la violencia para liberar la tensión. Sin embargo, el momento en que se producen los hechos violentos generalmente son resultado de una decisión de la persona violenta. Esta fase es la más breve, suele durar entre 2 y 24 horas. Luego, sigue una etapa de negación sobre la importancia del incidente o un intento por minimizarlo. Frecuentemente es en esta fase cuando se llama a la policía o la mujer debe requerir atención médica, aunque también puede demorar varios días antes de hacerlo.

1. La tercera es la fase de reconciliación. También conocida como luna de miel, durante esta fase el hombre se comporta de forma amorosa y amable. Pide perdón y promete nunca volver a repetirlo. Quiere evitar que ella lo deje, aunque probablemente sostenga otras formas de violencia como la psicológica, económica, patrimonial o simbólica a fin de mantener su sensación de control durante esta fase.

Es probable que la víctima sienta durante esta fase que esa es la relación que quiere, él le dice que va a cambiar y ella se ilusiona con que esto se sostenga en el tiempo. Es cuando más difícil es que ella lo deje y cuando es más posible que busque atención psicológica. También es la fase donde suele abandonar o desistir denuncias que haya hecho con anterioridad.^[9]

REEDUCACIÓN DE HOMBRES VIOLENTOS

Las penas de prisión pueden ser menos efectivas que la reeducación de la persona violenta. Ella además previene que el ciclo de violencia se repita en el futuro hacia la misma u otras personas.

Al respecto, debe considerarse que la persona violenta está inmersa en una sociedad violenta y es parte y consecuencia de ella. Asimismo, es usual que el hombre violento haya adquirido durante su infancia la idea de que en las relaciones humanas es natural que exista violencia o, incluso, que haya sido víctima de violencia.

También es necesario recordar que el machismo no solo afecta a un género, sino que la cultura del patriarcado le exige al hombre ocupar un lugar determinado en una relación y en la sociedad y que no poder ocupar ese rol resulta frustrante para el hombre, que no sabe cómo reaccionar y encuentra en la violencia una salida para no sentirse inferior o débil y para reafirmar su posición.

Con la reeducación se busca que la persona tome conciencia de esto, que pueda reconocer su violencia y problematizar sobre ella para encontrar qué hay detrás de ella. Reflexionar sobre cómo ve a la mujer, que interiorice que ella no es un objeto o una propiedad. Fundamentalmente, debe hacerse entender que no se trata solamente de hacer terapia, sino de reeducar, de ganar una nueva perspectiva sobre las relaciones humanas.

[9] Walker, Lenore E. "The Battered Woman". Harper & Row, 1979.

Por otro lado, no es aceptable separar a los hombres en violentos y no violentos, sino que todos los hombres son miembros de una sociedad machista. No se puede hablar de algunos hombres “enfermos”, sino de una sociedad violenta. Por lo tanto, el trabajo de reeducación debe alcanzar también al conjunto de la sociedad (prevención primaria).^[10]

TRATA DE PERSONAS

DEFINICIÓN

El Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional define a la trata de personas como:

“La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos” (art. 3 inc. a).

Asimismo, establece que el consentimiento de la víctima a las formas de explotación detalladas ut supra no será considerado cuando medien los mecanismos coactivos también descritos arriba.

SITUACIÓN ACTUAL

Según el índice global de esclavitud publicado en 2016, existen en el mundo 45.8 millones de personas víctimas de una forma moderna de esclavitud en 167 países.^[11] En el caso de la Argentina, hay 175.500 personas en esta situación, siendo las principales víctimas de este delito las mujeres, los/as niño/as y las personas trans de bajo nivel socioeconómico o que pertenecen a un grupo vulnerable^[12].

En 2008 se creó en la Argentina el Programa Nacional de Rescate y Acompañamiento a las Personas Damnificadas por el Delito de Trata. En el marco del mismo, se reciben un promedio de 600 a 700 denuncias por trata de personas al mes.^[13] Se ha rescatado de la trata a 11.169 víctimas, lo cual representa un 6,36% del total de las víctimas actuales.^[14]

[10] http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1068:experto-de-ops-asegura-que-reeducar-a-hombres-violentos-es-mas-eficaz-que-sanciones-legales&Itemid=340

[11] <https://www.globalslaveryindex.org>

[12] “Trata de Personas. Una forma de esclavitud moderna. Un fenómeno mundial que afecta principalmente a niños, niñas y adolescentes.” Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y UNICEF. [https://www.unicef.org/argentina/spanish/Trata2012\(1\).pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/Trata2012(1).pdf)

[13] <http://www.telam.com.ar/notas/201704/186339-crecimiento-llamado-linea-145-alerta--trata-de-personas.html>

[14] Datos del Programa Nacional de Rescate y Acompañamiento a las Personas Damnificadas por el Delito de Trata - <http://www.jus.gob.ar/noalatrata.aspx>

EL DELITO DE TRATA DE PERSONAS

El delito de trata de personas es una forma extrema de violencia de género y una grave violación de los derechos humanos que ataca los valores y principios de nuestra Constitución Nacional.

La trata de personas conlleva la pérdida de libertad (física y/o psíquica), el tratamiento de la persona como un objeto y una relación de dominación y explotación con fines lucrativos. ^[15]

Nuestro Código Penal prevé una pena para el que: *“...ofreciere, captare, trasladare, recibiere o acogiere personas con fines de explotación, ya sea dentro del territorio nacional, como desde o hacia otros países, aunque mediare el consentimiento de la víctima.”*

Asimismo, establece distintos agravantes cuando (art. 145 ter):

1. La víctima es engañada;
2. Se utiliza un mecanismo de coerción sobre ella;
3. Estuviera embarazada;
4. Fuera mayor de 70 años;
5. Fuera una persona con discapacidad o enferma;
6. Fueran 3 o más víctimas;
7. Fuera menor de 18 años;
8. Fueran 3 o más personas quienes cometen el delito;
9. El autor fuere pariente de la víctima;
10. El autor fuera funcionario público o miembro de una fuerza de seguridad;
11. Se lograra consumir la explotación.

Es necesario resaltar que el bien jurídico tutelado

en el caso es la libertad y que la naturaleza del mismo impide que la víctima otorgue el consentimiento para su explotación porque hace a la esencia del ser humano y es inherente a este. ^[16]

Tampoco es necesario que la explotación se consuma para que se configure el delito. Ello es así porque los mecanismos previos a la explotación misma también lesionan el bien jurídico protegido. ^[17]

Leyes n° 26.364 y 26.842 sobre Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas.

Estas normas sancionadas en 2008 y 2012 respectivamente son leyes nacionales que rigen específicamente la problemática en torno al delito de trata de personas.

Al respecto, debe señalarse que amplían la definición brindada por el protocolo citado al comienzo y contemplan distintos casos que entran dentro del delito de trata de personas.

De esta forma, el tipo penal se configura cuando una o varias personas ofrecen, captan, trasladan, reciben o acogen a personas con fines de explotación.

[15] <http://www.cij.gov.ar/nota-24810-Caracteres-del-delito-de-trata-de-personas.html>

[16] Causa n° FSA 2699/2013/CFC1 caratulada: “LAMAS, Marina del Valle y TERAGUI, Héctor Nazareno s/ recurso de casación”, Registro 939/2015.4 rta. 21/5/15, Sala IV de la CFCP.

[17] Causa Nro. FTU400654/2008/CFC1 “TAVIANSKY, Ana Alicia; OLIVERA, Verónica del Jesús s/ recurso de casación”, registro n° 2551/15.4, rta. el 29/12/2015, de la Sala IV de la CFCP.

Se entenderá que hay explotación cuando se produzca alguno de los siguientes supuestos:

- a) esclavitud o servidumbre;
- b) trabajos o servicios forzados;
- c) prostitución u oferta de servicios sexuales ajenos;
- d) pornografía infantil;
- e) matrimonio forzado u otro tipo de unión de hecho no consentida;
- f) extracción forzosa o ilegítima de órganos, fluidos o tejidos humanos.

Por otro lado, establece una serie de derechos de las víctimas, como: información, asistencia psicológica y médica, alojamiento, capacitación laboral, patrocinio jurídico gratuito, protección, permanecer en el país o regresar al de origen a elección de ella, condiciones especiales para prestar testimonio, ser oída durante el proceso, cuidado de su identidad e intimidad, reinserción al sistema educativo y garantizar las necesidades especiales correspondientes cuando la víctima sea un niño/a.

CONSECUENCIAS DE SALUD EN LAS VÍCTIMAS DE TRATA

Entre las personas víctimas de trata son comunes los intentos de suicidio, las autolesiones y los problemas de salud mental. Según el Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine ^[18] más de la mitad de los niños/as que vivieron en una situación de explotación, experimentaron depresión; un tercio presentó trastorno de ansiedad y una cuarta parte, estrés postraumático. El 15,8% aseguró tener pensamientos suicidas recientes.

También se observa una alta mortalidad materna como consecuencia de que las mujeres son forzadas a abortar en condiciones de riesgo. Entre los trastornos de salud mental pueden mencionarse:

- Obesidad grave.
- Crisis hipertensiva.
- Síndrome de intestino irritable.
- Trastornos gástricos.
- Signos de ataque sexual.
- Aislamiento social.
- Angustia.
- Abulia.
- Somatizaciones.
- Ideas de suicidio.
- Fobias.
- Estrés post-traumático.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Fobias.
- Trastornos de pánico.
- Disfunción sexual.
- Bulimia – Anorexia.
- Poca autoestima.
- Negligencia en la crianza de los hijos/as.
- Abandono personal.
- Abuso de sustancias.
- Problemas de parejas.

Si se trata de un/a adolescente se agrega:

- Aislamiento de grupo de pares.
- Problemas de integración.
- Bulimia - Anorexia
- Disminución del rendimiento escolar.
- Dificultades de aparición reciente en el aprendizaje.

[18] Volumen 169 – Número 9.

Entre las mujeres que han sido capturadas con fines de explotación sexual es alta la tasa de transmisión de enfermedades venéreas como el VIH/SIDA y otras enfermedades como la tuberculosis.^[19] También son comunes las adicciones a los estupefacientes, que funcionan como un medio de escape a la realidad. Esta situación también es utilizada -y provocada- por sus captores para generar dependencia sobre sus víctimas.^[20]

CONCIENCIA SOCIAL SOBRE LA TRATA DE PERSONAS

Uno de los desafíos más importante en la lucha contra el delito de trata de personas es su invisibilización directa e indirecta. En primer lugar los tratantes -comitentes del delito de trata- ocultan la actividad silenciando a la víctima por medio de mecanismos coactivos. Por su parte, en el caso de explotación sexual, las personas que lo consumen lo callan. Las mismas víctimas tienden a no decirle a nadie por temor a la condena social o al castigo de sus captores.

La sociedad, contexto en el cual se produce el delito, tiende a tolerarlo o justificarlo, lo cual la lleva a ser cómplice reproduciendo la cadena de impunidad. La cultura patriarcal y machista tiende a culpar a las víctimas, a decir que ellas eligieron ejercer la prostitución o, incluso, a reproducir mitos como que se trata de la profesión más antigua de la historia o que su ejercicio puede prevenir abusos sexuales.

[19] “Comprender y Abordar la Violencia contra las Mujeres”. Organización Mundial de la Salud. http://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_trata.pdf

[20] “Trata de Personas. Aspectos Básicos” Organización Internacional para las Migraciones. <https://www.oas.org/atip/reports/trata.aspectos.basicos.pdf>

[21] <http://www.un.org/es/events/humantrafficking/>

Se torna necesario derribar estos mitos visibilizar la realidad para combatir y prevenir la trata de personas. En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas en 2013 designó al 30 de julio como el Día Mundial contra la Trata a fin de “concienciar sobre la situación de las víctimas del tráfico humano y para promocionar y proteger sus derechos”.^[21]

ESTRATEGIAS MÁS COMUNES DE CAPTACIÓN

En la Argentina se suelen repetir los mecanismos de captación de las víctimas:

- **Ofrecimientos de trabajo:** Se atrae a la víctima con anuncios de propuestas laborales por distintos medios físicos o digitales. Estos implican la necesidad de traslado a otra provincia o ciudad. Uno de los más comunes es la falsa búsqueda de modelos o de empleada doméstica. Normalmente estos no contienen la información necesaria para identificar a la empresa que ofrecería el trabajo o la misma no existe.

- **Sedución:** La víctima es seducida por un hombre que la manipula con violencia psíquica, la aísla de su grupo social y finalmente le propone matrimonio o convivencia con el objetivo de someterla a cautiverio. Las víctimas más vulnerables a este método son aquellas con una contención familiar débil.

- **Separación de la familia:** Lentamente la víctima es tentada e inducida a huir del hogar por alguien de su confianza para luego captarla por la red de trata. La familia desconoce de esta forma su paradero probable. Los niño/as son los que se encuentran en mayor peligro de caer en esta estrategia.

- **Secuestro:** Luego de investigar los lugares que acude la víctima y sus horarios, se procede directamente a raptarla de forma violenta y forzada. ^[22]

MODOS PARA COMBATIR LA TRATA DESDE LA SOCIEDAD

La toma de conciencia por parte de la sociedad sobre la problemática es el inicio de un accionar social tendiente a combatir el delito de trata de personas. Para ello, es importante que la sociedad:

- Se informe y difunda acerca del delito de trata de personas y qué mecanismos prevé el Estado argentino para combatirlo y prevenirlo.
- Denuncie aquellas situaciones donde haya sospechas de una situación de explotación que podría constituir el delito de trata de personas.
- No consumir aquellos productos que fueran consecuencia de la explotación de personas y no actuar como clientes de las redes de prostitución.

- Cree un canal de diálogo entre los jóvenes y los adultos para mantenernos informados de esta realidad, priorizando que los niño/as conozcan los modos de captación más comunes.

SITUACIONES DE TRATA DE PERSONAS MÁS COMUNES EN ARGENTINA

En la Argentina existen tres situaciones de trata de personas que se presentan como las más usuales: los talleres clandestinos donde se explota a hombres y mujeres por su fuerza de trabajo en condiciones de esclavitud, la explotación sexual que afecta principalmente a mujeres y niño/as y la explotación de trabajadores del campo que alcanza mayormente a hombres adultos.

Los talleres clandestinos son denominados así por ser lugares no registrados donde las personas explotadas realizan tareas -generalmente textiles- en un marco de precarización absoluta.

La industria de la indumentaria en Argentina tiene distintos actores. Los comercios normalmente aspiran a vender ropa con su propia marca. Por otro lado, los grandes confeccionistas son quienes producen la mayor parte de la ropa del país, pero estos suelen subcontratar por medio de intermediarios a los talleres que pueden ser registrados o clandestinos. Este circuito permite que algunas grandes marcas ofrezcan ropa confeccionada por personas reducidas a la esclavitud.

[22] "Trata de Personas. La Esclavitud del Siglo XXI". Instituto para la Igualdad de Oportunidades (IPLIDO)

Por su parte, las personas que son explotadas en los talleres clandestinos suelen tener jornadas de al menos 12 horas diarias, sin registrar, percibiendo apenas una fracción del costo del producto que confeccionan. Además, suelen dormir dentro del taller, ya que no cuentan con recursos suficientes para costear una vivienda, por lo que transcurren las 24 horas del día en el taller en situación de esclavitud. [23]

La explotación sexual afecta principalmente a mujeres jóvenes, entre ellas niñas y también niños, y personas trans. Son traídos/as desde otros países o desde otras provincias de Argentina a Buenos Aires con distintas promesas. Una vez en el sitio de explotación son obligados/as a permanecer en el lugar con distintos mecanismos coactivos fríamente planificados.

Al llegar se le explica a la mujer o niño/a que ha contraído una deuda por su traslado, la cual luego aumenta por brindarle alojamiento, comida, limpieza, vestimenta, etc. Incluso se les cobra por los preservativos que utilizan al mantener relaciones sexuales con los consumidores de prostitución. Además, se imponen multas por distintas situaciones, como negarse a trabajar, llegar tarde, quejas de los consumidores, etc.

De esta forma a la persona explotada se le “descuenta” esta “deuda” del monto que supuestamente “gana”, pero termina estando siempre en “deuda” con su explotador, por lo que nunca logra salir del circuito. Si bien suele permitírsele abandonar el lugar, se utiliza una vez más la coerción para evitar denuncias o fugas. Es común que amenacen a la persona explotada con dañar a su familia. [24]

La forma menos visibilizada de trata de personas en la Argentina es la de los trabajadores del campo, también llamados peones rurales. El “Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores” (RENATRE) ha detectado muchos casos donde los trabajadores se encuentran trabajando de forma irregular y en condiciones de precariedad.

Se encontraron personas siendo explotadas en condiciones infrahumanas, viviendo en carpas, sin acceso a agua potable, ni alimentos y en situación indigna para la vida humana. [25]

[23] “Los ‘talleres clandestinos’ y el funcionamiento de la industria de la indumentaria: El gobierno de la cadena productiva”. Dr. Jerónimo Montero Bressán, investigador de FLACSO/CONICET. <http://www.mpf.gob.ar/protex/files/2016/05/Talleres-clandestinos-Montero.pdf>

[24] “La trata de personas y explotación sexual en la Argentina”. Nadia Quiroga. <https://www.lanoticia1.com/noticia/la-trata-de-personas-y-explotacion-sexual-en-la-argentina-32693.html>

[25] <http://www.identidad-cultural.com.ar/leernota.php?cn=3360>
<https://www.diariopopular.com.ar/general/rescatan-mas-cien-peones-rurales-condiciones-esclavitud-n180491>
<http://www.universidad.com.ar/trabajo-rural-esclavizan-a-los-peones-y-evaden-impuestos>

Normativa y Declaraciones Internacionales

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) del 22 de noviembre de 1969.
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del 15 de junio de 2015.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 13 de diciembre de 2006.
- Convención sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos del 16 de diciembre de 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del 16 de diciembre de 1966.
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Para” del 9 de junio de 1994.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de diciembre de 1979.
- Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de 1984.
- Plataforma de Acción de Beijing de 1995.

Legislación Argentina

- Ley n° 24.417 de protección contra la violencia familiar.
- Ley n° 26.485 de protección integral a las mujeres.
- Leyes n° 26.364 y 26.842 sobre prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas.
- Ley n° 27.039 que crea el “Fondo Especial de Difusión de la Lucha contra la Violencia de Género”.
- Decreto 1281/2007 de creación del “Programa Nacional de Prevención y Erradicación de la Trata de Personas y de Asistencia a sus Víctimas”

Jurisprudencia argentina e internacional

- “O. , N. L. . Protección contra la violencia familiar (ley 12.569)” (C. 99.204). Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires.
- “S.B.E.I s/ lesiones leves”, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal-Sala/Juzgado: V, del 21 de mayo de 2009.
- “S., p. C/ m., o. S. S/ demanda de exclusión y reintegro hogar conyugal” (expte. N° 54/ 2011). Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial de Venado Tuerto, Santa Fé del 21 de marzo de 2011 (resolución firme).
- OEA. CIDH. Caso n° 12.051 María da Penha Maia Fernandes contra Brasil. Comisión Interamericana de Derechos Humanos del 16 de abril de 2001.
- OEA. CIDI-1. Caso Raquel Martín de Lejía (Perú) Informe de fondo N° 5/96. 1995.
- OEA. Corte IDH, Caso Fernández Ortega y otros vs. México. Sentencia de 30 de agosto de 2010. (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas).
- OEA. Corte IDH, Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador. Sentencia de 1 de septiembre de 2015 (excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas).
- OEA. Corte IDH, Caso Loayza Tamayo. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C No. 42. (Reparaciones).
- OEA. Corte IDH. Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Sentencia de 11 de Mayo de 2007. (Fondo, Reparaciones y Costas).
- OEA. Corte IDH. Caso Furlán y familiares vs. Argentina. Sentencia de 31 de Agosto de 2012. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).
- OEA. Corte IDH. Caso Goiburú y otros Vs. Paraguay. Sentencia de 22 de septiembre de 2006. Serie C No. 153. (Fondo, Reparaciones y Costas).
- OEA. Corte IDH. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205. (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas).
- OEA. Corte IDH. Caso Heliodoro Portugal Vs. Panamá. Sentencia de 12 de Agosto de 2008. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).
- OEA. Corte IDH. Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. (Fondo, Reparaciones y Costas).
- OEA. Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4.
- OEA. Corte IDH. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Serie C No. 149. Sentencia de 4 de julio de 2006.

Recomendaciones, Resoluciones e Informes

- Comité de Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad, “Debate general sobre mujeres y niñas con discapacidad”, 2014.
- Consejo de Derechos Humanos, “Informe del experto independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género”, 35° período de sesiones (2017).
- OEA. CIDH. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica. OEA Ser.L/V/11. Doc.63. 9 de diciembre de 2011.
- OEA. C1DH. Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia OEA/Ser.L/V/II Doc. 68. 20 de enero de 2007.
- OEA. CIDH. Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales. OEA/Ser.V/11. Doc. 56/09 30 diciembre 2009.
- OEA. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), MESECVI, “Mediación en casos de violencia hacia mujeres”.
- OEA. MESECVI. Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará. Abril de 2012.
- ONU. Comité CEDAW. Recomendación General N° 19 (11° período de sesiones, 1992). La violencia contra la mujer.
- ONU. Comité CEDAW. Recomendación General 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CEDAW/C/GC/28. 16 de diciembre de 2010.
- ONU. Comité CEDAW. Recomendación general 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia. CEDAW/C/GC/33. 3 de agosto de 2015.
- ONU. Comité CEDAW. Recomendación general No. 35 sobre la violencia contra la mujer basada en el género, actualizando la Recomendación general N° 19. CEDAW/C/GC/35. 14 de julio de 2017.
- ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Observación General No. 20, E/C.12/GC/20 de 2 de julio de 2009.
- ONU. Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 13 (2011). Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. 18 de abril de 2011.
- ONU. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de Argentina, aprobadas por el Comité en su octavo período de sesiones (17 a 28 de septiembre de 2012) 19 de octubre de 2012.
- ONU. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. ONU. Declaración y Programa de Acción de Viena (Conferencia Mundial de Derechos Humanos). 1993.
- XIV Cumbre Judicial Iberoamericana Brasilia. Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad. 4 a 6 de marzo de 2008.

- Cecilia P. Grosman y Silvia Mesterman. “Violencia en la Familia: La Relación de Pareja. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos”. Editorial Universidad, 2005.
- Galimberti, Diana. “Violencia: Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos”.
- Dorola, Evangelina. La naturalización de los roles y la violencia invisible en: La mujer y la violencia invisible (comps. Gilberti, Eva y Fernández, Ana María) Editorial Sudamericana, 2008.
- Bourdieu, Pierre. “Virilidad y Violencia” en “La dominación Masculina”. Editorial Anagrama, 2000.
- Giberti, Eva. “La familia a pesar de todo”. Editorial Noveduc, 2005.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network. “Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women’s Rights in the Context of HIV/AIDS. Volume One: Sexual and Domestic Violence”. Toronto, Canadá. 2009.
- Papalía, Nicolás. “El tratamiento de los casos de violencia doméstica en el fuero penal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” ¿Hacia un abordaje integral e interdisciplinario? Tesis de Maestría. Facultad de Derecho, Universidad de Palermo, 2015.
- Instituto Nacional de Salud Pública de México. “Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja. Manual para responsables de programa”.

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Órgano de difusión científica
Septiembre 2018



1^a CUMBRE

IBEROAMERICANA DE ANTICONCEPCIÓN

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CIUDAD DE MÉXICO

31 DE JULIO, 1 Y 2 DE AGOSTO

www.flasog.org

   /@FLASOG



XXIII Congreso Latinoamericano

de Obstetricia y Ginecología
Asunción, Paraguay
del 6 al 10 de septiembre 2020

www.flasog.org

   /@FLASOG