

Revista FASGO



Volumen 23
Nº 3 – Diciembre de 2024

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Contenidos

Volumen 23 | N° 3 – Diciembre de 2024

Página 3 Editorial. La Federación que Conozco **Dr. Mario Kurganoff**

Página 6 **Autoridades**

Trabajos Originales

Página 10 Jaque al diagnóstico de SAF. De la asistencia a la evidencia.
Sebastián Udry; Beatriz Grand; Gabriela de Larrañaga, Facundo Fiameni, Fazio Juan Alberto, Soledad Sagarna, Diana Micaela Wagner, Uranga Imaz Matias, Voto Liliana y José Omar Latino.

Página 20 Análisis de la Correlación Ecográfica-Patológica de las masas Anexiales en Pacientes operadas en el Hospital Provincial de Neuquén
Ana Luz Mellado

Página 28 Complicaciones Perinatales en la Anemia Gestacional en el Hospital Público Materno Infantil entre el Período de Enero 2019 a Diciembre 2023
Dra. Alamo, Natalia, Dra. Ortiz, Bryanna, Dra. Sisterna, Irina, Dra. Gudiño, Melisa, Dr. Rizzotti, Carlos, Dra. Cabezas, Constanza

Página 44 Experiencia en el Tamizaje Primario con Genotipificación de VPH y Triage Citológico en la Provincia de Mendoza
Federiche, Claudia; Oronel, Ana; Venditti, Paula; Orrico, Santiago

Página 55 Incidencia de Diabetes Gestacional y Macrosomía Fetal entre 2021 y 2023 en una Maternidad de la Provincia de Buenos Aires. Impacto del Cambio del Protocolo Diagnóstico
Dr. Juan Carlos Badaoui; Dra. Rocío Maggioni; Dra. María José Rau; Dra. Marina Viola

Página 61 Infección por Parvovirus B19 durante el Embarazo: Caracterización Clínica, Diagnóstico y Recomendaciones para la Detección Temprana
Dra. María Pilar Adamo, Biól. María Belén Colazo Salbetti, Mgtr. Gabriel Amilcar Boggio, Dra. Laura Moreno

Comunicación Breve

Página 70 Conocimiento y Actitudes sobre Violencia hacia la Mujer
Mg. Stella Garrido, Lic. Victoria Salas.

Artículos de Revisión y Consensos

Página 95 Consenso FASGO 2024: Control Ginecológico en la Mujer Sana

Coordinación:

Dr. Samuel Seiref

Integrantes

Dra. Dolores Alvarado Arichuluaga, Dra. Marta Bertin, Dra. Ana María Del Vecchio, Dra. Sandra Forneris, Dr. Sebastián Irico, Dra. Graciela Ortiz, Dr. Agustín Quiñones Maffassanti, Dr. Juan Manuel Romero Benítez

Comité de Investigación

Página 118 Elaboración de un Protocolo de Investigación FASGO
Mariano Grilli

Comité de Aspectos Legales y Bioética

Página 135 Síndrome Forense de Sócrates en Medicina
Roberto Isidro Keklikian, Pablo Falaschi, Natalia More, Veronica de Toro y Edgardo Knopoff

Editorial

La Federación que Conozco

Es realmente un honor y un privilegio escribir la editorial de esta publicación de la revista FASGO y no puedo empezar de otra manera que no sea agradeciendo a la Comisión Directiva de FASGO y a la Dirección de esta revista por permitírmelo.

Una **federación** (del [latín](#) *foederatio* 'unión') es una agrupación institucionalizada de entidades sociales relativamente autónomas.

Como desafío profesional invité en el año 2018 a los integrantes de FASGO a dictar un taller sobre Código Rojo en Rafaela /Santa Fé, lugar donde resido y ejerzo mi especialidad. . En dicha oportunidad dictaron el taller la Dra. Claudia Travella de Córdoba y el Dr. Roberto Tissera de La Rioja y con más de 40 participantes se llevó a cabo, el taller fue presidido por el Dr. Hector Bolatti quien luego se convertiría en presidente de dicha federación.

Esa inquietud de generar un taller en el interior, fue vista como una oportunidad y así lo tomé. Formar parte de esta Federación desde mi lugar de residencia con una mirada hacia el interior, generando así esa representatividad que necesitábamos para acortar distancias con las comisiones y direcciones, y modificar esa mirada crítica por una mirada participativa acompañando una Federación con una orientación hacia las provincias.

El participar de las reuniones mensuales permitió conocer el universo que es FASGO, que es mucho más que un congreso anual, siendo testigo en estos años del crecimiento sostenido que ha tenido, convirtiéndola sin lugar a dudas en una de las principales federaciones de Latinoamérica.

Una de las temáticas que generaban desafíos fue ver cuán importante era trazar un plan estratégico en la federación que permitiera crear distintas Comisiones y áreas como son: **el área académica, el área gremial y legal y el área administrativa y de recursos** a los cuales con la gestión actual de la Dra. Mabel Martino se sumaron los comités de Past president, de Vínculo con instituciones locales e internacionales y el de Congresos Nacionales e Internacionales, llegando en la actualidad a tener cerca de 200 participantes de diferentes sociedades., otro logro más de inclusión, participación y descentralización de las decisiones.

A lo largo de estos años he sido testigo de distintas formas de conducción de FASGO, Dr. Héctor Bolatti, del Dr. Roberto Castaño, del Dr. Pedro Daguerre y actualmente de la primera mujer presidenta de FASGO la Dra. Mabel Martino, todas presidencias alcanzadas con años de trabajo en la institución, de experiencias y reconocimiento de sus pares .

Cada uno de ellos ha dado su impronta, su marca registrada, sus formas, y en cada una de ellos son diversos los roles que hemos ido adquiriendo, pero con el único horizonte que es hacer grande nuestra Federación.

Hoy como prosecretario, crea en mí, un compromiso con FASGO que va más allá de la asistencia mensual a una reunión si no que implica muchas horas de charlas, discusiones, zoom, planificaciones, gestiones, satisfacciones cuando la noticia es alentadora o porque no sin sabores cuando diversos hechos conspiran con los intereses de la institución. Pero no cabe duda que

desde aquella invitación de 2018 de un taller de FASGO en una ciudad del interior, hoy mas q nunca definiendo el rol de las entidades científicas como avales para el desarrollo profesional.

He aprendido en estos años, que FASGO, es una federación que representa los intereses de las 27 sociedades que la constituyen, de las cuales 17 de ellas están presentes en la actual Comisión Directiva velando por las necesidades académicas, científicas y legales de cada colega en cada rincón del país.

Que la escuela FASGO nutre de actualizaciones de altísimo nivel a colegas nacionales y extranjeros. Que esa misma escuela es la responsable de los cursos pre congresos y de la colaboración en los programas científicos de los mismos.

Que otro rol importante como escuela es su participación activa en los consensos supervisándolos y logrando que sean herramientas de alto valor probatorio ante conflictos judiciales en distintas jurisdicciones del país.

Que el CAN garantiza y da prestigio a la formación de los especialistas a su vez también es un organismo de control de los servicios formadores , siendo el único nexo avalado por el Ministerio de la Nación para tal fin.

En los últimos años gracias al avance tecnológico, también ha adquirido muchísima importancia la comunicación en redes lo que ha permitido llegar con publicaciones, actualizaciones y novedades a todo el país reflejando un crecimiento exponencial del contacto con los colegas y con la sociedad.

Otro punto a destacar fue la notoriedad que adquirió la revista de FASGO que pasó de ser una mera publicación que llegaba a muy pocos especialistas a ser uno de los órganos de difusión de artículos y trabajos científicos

Actualmente se han retomado los congresos regionales y se han desarrollado congresos en ciudades que normalmente no tenían la posibilidad de realizarlos como han sido Neuquén y serán próximamente Posadas y Santiago del Estero, siendo esta una decisión que conlleva muchísimos desafíos pero con la convicción de lo valiosa que es la formación académica en el interior, que padece la falta de accesibilidad, federalizando así nuestra Federación valga la redundancia.

Cuando asumí en FASGO el Dr. Roberto Tissera me dijo: ***“nunca preguntes ¿qué me puede dar FASGO? si no pregúntate: ¿Qué puedo darle yo a FASGO?”***, espero estar a la altura de dicho honor, y los invito a que nos acompañen para seguir creciendo...



Dr. Mario Kurganoff

REVISTA FASGO

Director

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario de Redacción

Dr. Pablo Sayago

Comité Editorial:

Dr. Samuel Seiref - Dr. Mariano Grilli

Comité Científico

Dr. Martín Luchini - Dr. Horacio Crespo

Dra. Andrea Salas - Dr. Edgardo Rolla

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2021-2023

Presidente: Dra. Mabel Martino

Vicepresidente: Dra. Claudia Travella

Secretario General: Dr. Omar Latino

Prosecretario General: Dr. Mario Kurganoff

Tesorero: Dr. Enrique Elli

Protesorero: Dr. Diego Nogueira

Secretario de Actas: Dra. Graciela Serio

Director de Publicaciones: Dr. Augusto Ortiz

Vocales Titulares: Dr. Martín Etchegaray
Dr. Marcelo Kolar

Vocales Suplentes: Dr. Alejandra Elizalde Cremonte
Dra. Adriana Díaz Montivero
Dra. Daniela Rebelo
Dra. Leticia Ojeda

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Titulares: Dra. Azucena Gallard
Dra. Graciela Schabelman
Dra. Nora Paulo

Suplentes: Dra. Soledad Ratto
Dr. Francisco Gómez
Dr. Federico La Falce

TRIBUNAL DE HONOR

Titulares: Dr. Antonio Lorusso
Dr. Roberto Tozzini
Dr. Francisco Gago

Suplentes: Dr. Raúl Winograd
Dr. Luis Daniel Flores
Dr. Ricardo Aznarez

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

Presidente: Dr. Héctor Bolatti

Vicepresidente: Dr. Raúl Winograd

Secretario General: Dr. Samuel Seireff

Prosecretario: Dra. Liliana Voto

Secretario de Actas: Dra. Leticia Ojeda

Vocales: Dr. Luis Augé
Dr. Pedro Daguerre
Dra. Alejandra Elizalde Cremonte
Dr. Sebastián Gogorza
Dr. Orlando Forastieri

Coordinador General de Evaluaciones de Residencias:

Dr. Martín Etchegaray (UBA)

Comités Nacionales

ÁREA ACADÉMICA

Escuela FASGO

Director General

Dr. Pedro Daguerre

Director Honorario

Dr. Antonio Lorusso

Directores Área Ginecología

Dr. Samuel Seireff

Dr. Martín Etchegaray

Directores Área Obstetricia

Dra. Sara Papa

Dr. Roberto Casale

Coordinación Área Ginecología

Dra. Graciela Ortiz

Dr. Guillermo Kerz

Dra. Daniela Rebelo

Dra. Graciela Schabelman

Coordinación Área Obstetricia

Dra. Leticia Ojeda

Dr. Leonardo Mezzabotta

Dra. Soledad Ratto

Comité Científico

Presidente

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Asesor Ginecología

Dr. Roberto Tozzini

Asesor Obstetricia

Dr. Horacio Crespo

Coordinador Ginecología

Dr. Mariano Rossini

Coordinador Obstetricia

Dr. Oscar Núñez

Integrantes Ginecología

Dra. Dolores Alvarado

Dra. Adriana Moscovicht

Dra. Elisabeth Ovando

Dr. Francisco Gómez

Dr. Gonzalo Martínez

Dra. Guillermina Codegoni

Dr. Marcelo Geneyro

Dr. Orlando Forestieri

Integrantes Obstetricia:

Dra. Nilda Cuestas

Dr. Rubén Luca

Dra. Marina Freijes

Dra. María Agustina Segura

Dra. Silvia Gómez

Dr. Juan José Lunghi

Dra. Sandra Lucero

Comité Congresos Nacionales y Regionales

Coordinador

Dr. Leonardo Kwiatkowski

Integrantes:

Dra. Adriana Díaz Montivero

Dra. Graciela Ortiz

Dra. Raquel Martín

Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud

Reproductiva

Coordinadora

Dra. Silvia Oizerovich

Integrantes

Dra. Fabiana Reina

Dra. Florencia Kiguel

Dra. María del Carmen Tinari

Dra. Daniela Rebelo

Dra. Silvia Pebe

Dra. Verónica Domínguez

Dra. Julieta Corti

Dra. Julia Pasquale

Dra. Selene Candiotti

Comité Violencia

Coordinadora Honoraria

Dra. Diana Galimberti

Coordinadora

Dra. María Mohedano

Integrantes

Dr. Marcelo Guz

Dra. Paula Rosas

Dr. Roberto Yahni

Dra. Lucrecia Sosa

Dra. Carolina Maturano

Dra. Rocío Carrión

Dra. Nora Paulo

Dra. Carla Noguera

Dra. María Núñez Márquez

Comité Salud Materna**Coordinador Honorario**

Dr. Roberto Casale

Subcomités**Preeclampsia****Coordinador**

Dr. Marcelo Correa Viera

Integrantes

Dra. Romina Richter

Dra. Analía Agüero

Dra. Claudia Díaz

Dr. Angel Betular

Dra. Verónica Obregón

Dr. Juan Alberto Rodríguez

Dr. Ignacio Asprea

Parto Prematuro:**Coordinador**

Dra. Soledad Cenice

Integrantes

Dr. Marcos Norry

Dra. Lucía De Biase

Dr. Federico Boeykens

Dra. Gisela Rodríguez Riesco

Dra. Valeria Heredia

Dra. Leticia Trad

Hemorragia postparto:**Coordinador**

Dr. Santiago Rollán

Integrantes

Dra. Analía José

Dra. Miranda Bozzata

Dr. Juan José López Bonfanti

Dr. Santiago Royan

Dr. Martín Roldán

Dr. Sebastián Monge

Dg Prenatal e Interv. Fetal:**Coordinador**

Dr. Juan Sebastián Pappalardo

Integrantes

Dra. Mabel Poncelas

Dra. Paula Lozano

Dra. María Elisabet Romero

Dra. Nancy O

Dr. Edgardo Varela

Dr. Gil Pugliese Savino

Dr. Ravenau Wilson

Dra. Marianela Randazzo

Dr. Marcelo Cura

Complicaciones Médicas:**Coordinador**

Dra. Luciana Simes

Integrantes

Dra. Nilda Cuestas

Dr. Roberto Tissera

Dra. Agustina Yanzi

Dra. Celeste Muntaner

Dra. Florencia Prats

Dr. José Peretti

Dra. Jessica Aguilera

Comité Revista**Director Editorial**

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario Redacción

Dr. Pablo Sayago

Comité Editorial

Dr. Samuel Seiref

Dr. Mariano Grilli

Comité Científico

Dr. Martín Luchini

Dr. Horacio Crespo

Dra. Andrea Salas

Dr. Edgardo Rolla

Comité de Investigación**Coordinador**

Dr. Mariano Grilli

Asesor Ginecología

Dra. Sonia Molina

Asesor Obstetricia

Dr. Horacio Crespo

Integrantes

Dr. Sebastián Udry

Dr. Néstor Ciocolani

Dr. Francisco Gómez

Dr. Martín Luchini

Dr. Osvaldo Santiago

Dra. Vanesa Barrionuevo

Comité de Cirugía Mínimamente Invasiva**Coordinador**

Dr. Roberto Ovando

Integrantes

Dra. Leticia Solari

Dr. José Saadi

Dr. Patricio Herman

Dr. Marcelo Kolar

Dr. Leandro Hernández Zampini

Dr. Gonzalo Martínez

Dr. Héctor Allende Pinto

Dr. Marcelo Osoreo

Comité de Endocrinología

Coordinador

Dr. Sebastián Gogorza

Sub-Comités

Endocrinología Ginecológica

Coordinadores

Dra. Fabiana Sayegh

Dra. Alejandra. Belardo

Integrantes

Dra. Paula Cañizares

Dra. Claudia Trejo

Dra. María José Rivas

Dra. Liliana Carreras

Dra. Claudia Scalise

Climaterio y Osteoporosis

Coordinadores

Dra. Doris Rodriguez Vidal

Dr. David Fusaro

Integrantes

Dra. Evangelina De Caminos

Dra. Marianela Lobos

Dra. Sandra. Rodas

Dra. Stella Maris Della Schiava

Dra. Gladys Fernández

Adolescencia

Coordinador

Dra. Florencia Kiguel

Integrantes

Dra. Carolina Vero

Dra. Andrea Davico

Dra. Gabriela Ferretti

Dra. Florencia Valladares

ÁREA DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Comité Ejercicio Profesional

Coordinadora

Dra. Silvia Ferroni

Integrantes

Dr. Marcelo Schnitman

Dr. Jorge Araldi

Dra. Jimena Almudevar

Dr. Martín Larraza

Dra. Ana María Dell Vechio

Dra. María Sebastiana Sánchez

Dra. Emilce González

Comité Aspectos Legales y Bioética

Coordinador Honorario

Dr. Roberto Keklikian

Coordinador

Dr. Florencio Casavilla

Integrantes

Dra. Azucena Gallard

Dr. Pablo García

Dra. Tania Rosas

Dra. María Durango

Dra. Olma Santillán

Dra. Mirta Reynaga

ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE GESTIÓN

Comité Administración Eficiente de Recursos

Presidente

Dra. Mabel Martino

Tesorero

Dr. Enrique Elli

Pro-tesorero

Dr. Diego Nogueira

Comité Membresía

Coordinador

Dra. Sara Papa

Coordinadores reg. Norte

Dra. Silvia Gómez

Dra. Claudia Trejo

Coordinador reg. Centro

Dr. Gustavo Peralta

Coordinador reg. NOA-NEA

Dr. Mario Kurganoff

Coordinador reg. Bs As

Dr. Fabrizio Oddone

Coordinador reg. Sur

Dr. Miguel Fernández

Coordinador reg. Cuyo

Dra. Sonia Molina

Comité de Desarrollo Directivo

Coordinador

Dra. Graciela Ortiz

Integrantes

Dra. Graciela Schabelman

Dra. María del Carmen Tinari

Dra. Adriana Díaz Montivero

COMITÉS INDEPENDIENTES

Comité Vinculación con Instituciones Nacionales e Internacionales

Coordinador

Dr. Néstor Garelo

Integrantes

Dr. Héctor Bolatti

Dra. Liliana Voto

Dra. Diana Galimberti

Comité de Past Presidents

Coordinador

Dr. Pedro Daguerre

Integrantes

Dr. Héctor Bolatti

Dr. Raúl Winograd

Dr. Néstor Garelo

Dr. Samuel Seireff

Dr. Antonio Lorusso

Dr. Francisco Gago

Comité Destinado a la Comunidad

Coordinador

Dr. Augusto Ortiz

Integrantes

Dra. Susana Pilnik

Dra. Rosana Molina

Dra. Dolores Alvarado

Dra. María Florencia Ugozzoli

Dra. Edith Jiménez

Comité FASGO Joven

Coordinador

Dr. Martín Etcheagaray

Integrantes

Regional Norte, Regional Centro, Regional Bs As, Regional Sur, Regional Cuyo, Regional NEA-NOA

Comité Organizador Local FASGO 2024 Neuquén

Dr. Marcelo Kolar

Dr. Oscar Núñez

Dra. Tania Rosas

Dra. Graciana Nuccitelli

Dr. Ignacio Fragueiro

Dr. Marcelo Dominguez

Dra. Gisela Rodriguez Riesco

Dr. Emilio Martinez Luque

Dra. Marcela Curioni

Dra. Noelia Lallana

Dra. Ana Ferrer

Dr. Arturo Ferreira

Dr. Jaime Burgos

Jaque al diagnóstico de SAF. De la asistencia a la evidencia.

Autores:

Sebastián Udry^{1,2,3}; Beatriz Grand⁴; Gabriela de Larrañaga², Facundo Fiameni^{5,6}, Fazio Juan Alberto⁷, Soledad Sagarna⁷, Diana Micaela Wagner¹, Uranga Imaz Matias^{5,2}, Voto Liliana⁴ y José Omar Latino¹.

Objetivo

Evaluar el grado de asociación que presentan los criterios clínicos obstétricos asociados a Síndrome Antifosfolípido (SAF) con la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos (aPL).

Pacientes y métodos

Estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional de cohorte.

515 mujeres, a las cuales se les solicitó aPL. Estratificadas en 2 grupos:

- **Grupo 1:** 408 pacientes que presentaban criterio clínico asociados a SAF obstétrico.
- **Grupo 2:** 107 pacientes con historia de al menos un hijo vivo, que no presentaron criterios clínicos asociados con el SAF obstétrico.

Para evaluar el grado de asociación de cada criterio clínico, comparamos la presencia de aPL de las pacientes del Grupo 1 vs Grupo 2 (para cada criterio clínico). Análisis estadístico: se utilizó una prueba de chi-cuadrado o Fisher para comparar proporciones. Se calcularon las razones de probabilidad (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95 % para evaluar la fuerza de la asociación. Se consideró que $P < 0,05$ indicaba significación estadística.

Resultados

Perdida de 2 abortos tempranos: no asociado con aPL ($p=0.17$), pérdida de 3 embarazos tempranos: no asociado con aPL ($p=0.12$), pérdida de 4 o más embarazos tempranos: asociado con aPL ($p=0.0019$, ODDS=5.0691, CI= 1.810-14.195), Feto Muerto: Asociado con aPL ($p=0.036$, ODDS= 2.765, CI= 1.033-7.4007), Preeclampsia: Asociado con aPL ($p < 0.0001$, ODDS= 6.8966, CI= 2.5446-18.6913) y Restricción de crecimiento intrauterino: Asociado con aPL ($p=0.00001$, ODDS: 6.4286. CI= 2.4938-16.5715).

Conclusiones

Los aPL se encuentran fuertemente asociados a los criterios clásicos de SAF, por sobre todo en el caso de complicaciones vasculo-placentarias. No existe asociación entre presentar 2 pérdidas tempranas y aPL, por lo que no se debería considerar a estas pacientes al momento de solicitar aPL.

Numero de Citas: 33

Palabras Claves: Aborto Recurrente, Síndrome Antifosfolípido, Pérdida de Embarazo.

Introducción

El Síndrome Antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune, que se caracteriza por la presencia persistente de anticuerpos antifosfolípidos (aPL), tales como anticoagulante lúpico (AL) y/o anticuerpos anticardiolipinas (aCL) y/o anticuerpos anti β 2Glicoproteína I (a β 2GPI), y clínica trombótica y/o morbilidad obstétrica. Los últimos criterios revisados para SAF incluyen la trombosis vascular (SAF trombótico) y la morbilidad durante el embarazo (SAF Obstétrico) (criterios del consenso de Sapporo revisados en Sídney en el año 2006).

Los eventos clínicos Obstétricos descriptos en el criterio de Sídney son:

1. Pérdidas de embarazo después de la semana 10.
2. Nacimiento prematuro de menos de 34 semanas debido a preeclampsia y/o a insuficiencia placentaria.
3. 3 pérdidas de embarazo recurrentes de menos de 10 semanas de gestación.

En el año 2023 se plantearon nuevos criterios por la ACR/EULAR, con fines de investigación. En estos nuevos criterios, se realizó un replanteamiento de los criterios obstétricos: Los criterios asociados a problemas vasculo-placentarios fueron los que estuvieron más asociados con el síndrome antifosfolipídico, mientras que se disminuyó el peso que presentan los criterios asociados a pérdidas de embarazo.

A pesar de este planteamiento, muchos autores plantean la necesidad de jerarquizar las pérdidas de embarazo, a tal punto de solicitar estudios cuando la paciente presenta tan solo 2 abortos de menos de 10 semanas.

Ante esta controversia, nuestro grupo de estudio plantea la necesidad de re-evaluar la asociación de cada criterio clínico, con la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos.

Objetivo:

- Evaluar la asociación que presenta cada criterio clínico obstétrico asociado a Síndrome antifosfolípido (SAF) con la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos (aPL)

Materiales y Métodos:

Diseño

Estudio retrospectivo observacional multicéntrico de cohorte.

Población

515 mujeres asistidas desde 2008 hasta 2023 en diferentes centros de referencia (estudio Multicéntrico), a las cuales se les solicitó aPL.

Estas pacientes fueron estratificadas acorde a criterios clínicos asociados a el SAF:

Grupo 1: Pacientes que presentaban criterio clínico asociados a SAF obstétrico. Es decir, aquellas pacientes que presentaron:

- a. Al menos 3 abortos de menos de 10 semanas,
- b. Al menos un aborto mayor de 10 semanas y/o
- c. Un nacimiento de <34 semanas debido a preeclampsia, eclampsia y/o insuficiencia placentaria.
- d. Al menos 2 abortos de menos de 10 semanas

Grupo 2: Pacientes con historia de al menos un hijo vivo, que no presentaron pérdidas de embarazo y/o criterios asociados con el SAF obstétrico.

Para evaluar el grado de asociación de cada criterio clínico, comparamos la presencia de aPL de las pacientes del Grupo 1 vs Grupo 2 (para cada criterio clínico). Realizamos un subanálisis de pacientes por cada criterio clínico evaluado.

Criterios de Inclusión

Grupo 1 y 2

- Pacientes mayores de 18 años, que se les solicito aPL

Grupo 1

- Pacientes que presentaron al menos uno de los siguientes criterios clínicos.
 - a. Al menos 3 abortos de menos de 10 semanas,
 - b. Al menos un aborto mayor de 10 semanas y/o
 - c. Un nacimiento de <34 semanas debido a preeclampsia, eclampsia y/o insuficiencia placentaria.
 - d. Al menos 2 abortos de menos de 10 semanas
- Pacientes mayores de 18 años

Grupo 2

- Pacientes que presentaron al menos un hijo vivo y sano

Criterios de Exclusión

Grupo 1 y Grupo 2

- Criterios clínicos para SAF trombótico
- Presentar otra enfermedad autoinmune
- Presentar otra patología que afecte severamente la salud y/o el análisis de los datos
- Presentar otra trombofilia asociada.
- Falta de datos para evaluar variables y/o falta de temporalidad de los datos

Grupo 2:

Presentar al menos uno de los siguientes criterios obstétricos:

- a. Al menos 1 aborto
- c. Un nacimiento de <34 semanas debido a preeclampsia, eclampsia y/o insuficiencia placentaria.

Muestreo

Secuencial: se ingresaron a todas las pacientes que fueron atendidas en los centros de estudio y cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron ningún criterio de exclusión.

Metodología del Estudio

Se buscaron los datos de pacientes con en historias clínicas de las instituciones. Se estableció una base de datos de Excel, con todos los datos y variables de las pacientes. Se realizó una evaluación estadística a través del programa SPSS 15.0 comparando las diferentes etapas.

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 15.0 para Windows (SPSS, Chicago, IL, USA). Se utilizó una prueba no paramétrica para comparar datos cuantitativos y la prueba de chi-cuadrado o Fisher para comparar proporciones. Se realizaron análisis de regresión logística binaria para evaluar la asociación entre los criterios clínicos y la presencia de aPL. Se calcularon las razones de probabilidad (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95 % para evaluar la fuerza de la asociación. Se consideró que $P < 0,05$ indicaba significación estadística.

Procedimiento para garantizar los aspectos Éticos de la Investigación

Los datos sensibles relacionados al paciente estarán al resguardo de la confidencialidad y privacidad como así también de los datos surgidos de la investigación, mediante codificación de los mismos. Solamente tendrán acceso a estas informaciones los investigadores directamente relacionados al ensayo, los integrantes del Comité de Docencia y del Comité de Ética y autoridades competentes. Todos estos aspectos son tenidos en cuenta según las normativas de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos UNESCO 1997, Declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos UNESCO 2003, la Declaración Universal sobre Bioética, Derechos Humanos UNESCO 2005 y de la Declaración de Helsinki, versión 2008 y guía para Investigaciones en Salud Humana (GISH), resolución 1480/2011 MSN.

Laboratorio

Los criterios de laboratorio para SAF incluyen títulos moderados/altos de anticuerpos anticardiolipinas (aCL) IgG o IgM (> 40 GPL o MPL o $>$ percentil 99) y/o anticuerpos anti Beta-2-Glicoproteína-1 (a β 2GPI) IgG o IgM ($>$ percentil 99) y/o anticoagulante lúpico (LA), al menos dos veces con 12 semanas de diferencia. Se utilizaron ensayos de cribado para detectar LA de acuerdo con las directrices internacionales actuales. Los títulos ≥ 80 GPL o MPL para aCL o ≥ 80 AU para a β 2GPI se definieron arbitrariamente como títulos altos de anticuerpos antifosfolipídicos (aPL) según publicaciones anteriores.

Las mujeres se clasificaron según la positividad de aPL en las categorías de laboratorio de la siguiente manera: triple positivo para aPL (LA+, aCL+ y a β 2GPI+), doble positivo para aPL (LA+ y aCL+ o LA+ y a β 2GPI+, o aCL+ y a β 2GPI+) y positivo simple para aPL (LA+ o aCL+, o a β 2GPI+).

Resultados

515 pacientes divididas en 2 grupos:

- **Grupo 1:** 408 pacientes que presentaron al menos un criterio clínico obstétrico para APS y no presentaron criterio trombótico.
- **Grupo 2:** 107 pacientes con historia de al menos un hijo vivo, que no presentaron criterios asociados con el APS

Se comparo el grado de asociación entre aPL y cada uno de los criterios clínicos de APS, comparando Grupo 1 vs Grupo 2.

a. Pérdidas de 2 abortos de menos de 10 semanas.

- **Grupo 1:** 9/67 (13,4%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

No se encuentra asociado. $P= 0.17$

b. Pacientes con únicamente 2 abortos de menos de 10 semanas, no asociado a otros eventos obstétricos.

- **Grupo 1:** 1/35 (2,8%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

No se encuentra asociados a $p=0.68$

c. Pérdidas de 3 abortos de menos de 10 semanas

- **Grupo 1:** 9/59 (15,25%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

The p-value is .122158.

d. Perdidas de 3 abortos de menos de 10 semanas no asociado a otros eventos obstétricos.

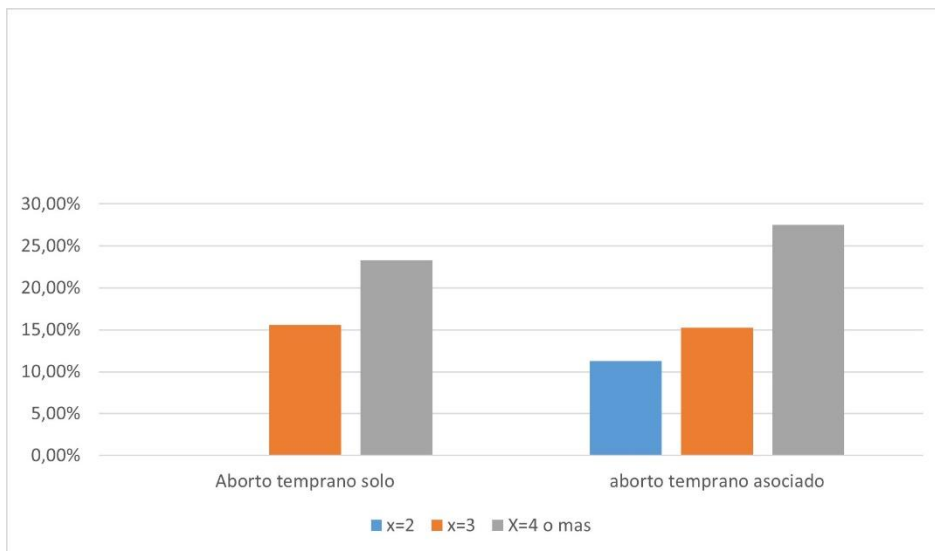
- **Grupo 1:** 5/32 (15,6%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

The p-value is .212609

e. Perdidas de $x>4$ perdidas de 10 semanas

- **Grupo 1:** 11/42 (26,2%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

The p-value is .0019. ODDS = 5.0691, CI= 1.810 - 14.195



f. Perdidas de x>4 perdidas de 10 semanas únicamente

- **Grupo 1:** 7/32 (21,9%)
- **Grupo 2:** 7 /107 (6,54%)

The p-value is .0187 ODDS= 4.0, CI: 1.2849 – 12.452

El grado de asociación aumenta a mayor cantidad de perdidas de embarazo tempranas tenga la paciente

g. Perdidas de x>10 semanas

- **Grupo 1:** 30/ 163 (18,4%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

The p-value is 0.005. ODDS= 3.2223, CI= 1.36 - 7.6351

h. Perdida x>10 semanas no asociado a otro evento

- **Grupo 1:** 12/74 (16,2%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

The p-value is 0.036. ODDS= 2.765, CI= 1.033 - 7.4007

i. RCIU

- **Grupo 1:** 18/ 58 (31,0%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

P= 0.00001, ODDS: 6.4286 . CI= 2.4938 - 16.5715

j. Preeclampsia

- **Grupo 1:** 14/43 (32,5%)
- **Grupo 2:** 7/107 (6,54%)

P= <.0001, ODDS= 6.8966, CI= 2.5446 .- 18.6913

Discusión

Este es un estudio multicéntrico, representa una de las cohortes mas grandes a nivel mundial de pacientes con SAF OBSTETRICO PRIMARIO.

A nivel mundial, los criterios de SAF, continúan siendo un debate. Este debate tiene varios puntos de discusión. Algunos autores sostienen que no es necesario cumplir con la totalidad de los criterios, para iniciar el estudio de anticuerpos. El ejemplo mas claro de esta situación es el de la paciente que presenta 2 abortos tempranos. EN nuestro estudio se ha demostrado, que no existe ningún grado de asociación entre las pacientes que tienen 2 abortos y la presencia de aPL. En el ultimo consenso de FASGO en relación a la trombofilia, se sugiere considerar cada paciente por separado cuando se quiere solicitar anticuerpos. Un ejemplo de este caso seria los pacientes que presentan 2 abortos y que presentan algún marcador como podría ser la presencia de livedo racemosa. Esto también estará sustentado por el nuevo criterio de la ACR.

En nuestro estudio también se observo que a mayor cantidad de perdidas consecutivas presente la paciente, mayor será el grado de asociación con los aPL.

Nuestro panel de expertos sugiere tener en cuenta estos resultados y sugiere NO solicitar aPL en pacientes con 2 abortos espontáneos (salvo en casos muy puntuales en donde los marcadores reumatológicos lo sugieran).

En cuanto a el análisis de las complicaciones vasculoplacentarias, parecería ser que el SAF se encontraría altamente asociadas a las mismas. En nuestro estudio pudimos observar que existe una mayor asociación con complicaciones vasculoplacentarias, en comparación con las perdidas de embarazo. Estos resultados son en parte sustentados por los nuevos criterios de clasificación de la ACR, en donde le suman importancia a la Preeclampsia y al RCIU.

Conclusiones

Los aPL se encuentran fuertemente asociados a los criterios clásicos de SAF, por sobre todo en el caso de complicaciones vasculo-placentarias. No existe asociación entre presentar 2 perdidas tempranas y aPL, por lo que no se debería considerar a estas pacientes al momento de solicitar aPL.

Bibliografía

1. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost.* 2006;4:295–306.
2. Massimo Radin , Silvia Grazietta Foddai, Alice Barinotti, Irene Cecchi , Elena Rubini , Savino Sciascia and Dario Roccatello. Reducing the diagnostic delay in Antiphospholipid Syndrome over time: a real world observation. *J Rare Dis* (2021) 16:280 <https://doi.org/10.1186/s13023-021-01906-1>
3. Rai R, Cohen H, Dave M, Regan L. Randomised controlled trial of aspirin and aspirin plus heparin in pregnant women with recurrent miscarriage associated with phospholipid antibodies (or antiphospholipid antibodies). *Bmj.* 1997;314(7076):253-7.
4. Franklin RD, Kutteh WH. Antiphospholipid antibodies (APA) and recurrent pregnancy loss: treating a unique APA positive population. *Hum Reprod.* 2002;17(11):2981-5.
5. Mak A, Cheung MW, Cheak AA, Ho RC. Combination of heparin and aspirin is superior to aspirin alone in enhancing live births in patients with recurrent pregnancy loss and

- positive anti-phospholipid antibodies: a meta-analysis of randomized controlled trials and meta-regression. *Rheumatology*. 2010;49(2):281-8. doi:10.1093/rheumatology/kep373.
6. Ruffatti A, Tonello M, Visentin MS, Bontadi A, Hoxha A, De Carolis S et al. Risk factors for pregnancy failure in patients with anti-phospholipid syndrome treated with conventional therapies: a multicentre, case-control study. *Rheumatology*. 2011;50(9):1684-9. doi:10.1093/rheumatology/ker139.
 7. Bramham K, Thomas M, Nelson-Piercy C, Khamashta M, Hunt BJ. First-trimester low-dose prednisolone in refractory antiphospholipid antibody-related pregnancy loss. *Blood*. 2011;117(25):6948-51. doi:10.1182/blood-2011-02-339234.
 8. Danowski A, de Azevedo MN, de Souza Papi JA, Petri M. Determinants of risk for venous and arterial thrombosis in primary antiphospholipid syndrome and in antiphospholipid syndrome with systemic lupus erythematosus. *The Journal of rheumatology*. 2009;36(6):1195-9. doi:10.3899/jrheum.081194.
 9. Simchen MJ, Dulitzki M, Rofe G, Shani H, Langevitz P, Schiff E et al. High positive antibody titers and adverse pregnancy outcome in women with antiphospholipid syndrome. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2011;90(12):1428-33. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01236.x.
 10. De Carolis S, Botta A, Santucci S, Garofalo S, Martino C, Perrelli A et al. Predictors of pregnancy outcome in antiphospholipid syndrome: a review. *Clinical reviews in allergy & immunology*. 2010;38(2-3):116-24. doi:10.1007/s12016-009-8144-z.
 11. Ruffatti A, Tonello M, Cavazzana A, Bagatella P, Pengo V. Laboratory classification categories and pregnancy outcome in patients with primary antiphospholipid syndrome prescribed antithrombotic therapy. *Thrombosis research*. 2009;123(3):482-7. doi:10.1016/j.thromres.2008.03.012.
 12. Ruffatti A, Calligaro A, Hoxha A, Trevisanuto D, Ruffatti AT, Gervasi MT et al. Laboratory and clinical features of pregnant women with antiphospholipid syndrome and neonatal outcome. *Arthritis care & research*. 2010;62(3):302-7. doi:10.1002/acr.20098.
 13. Ruffatti A, Calligaro A, Del Ross T, Favaro M, Tonello M, Banzato A et al. Risk-based secondary prevention of obstetric antiphospholipid syndrome. *Lupus*. 2012;21(7):741-3. doi:10.1177/0961203312446388.
 14. Ruffatti A, Salvan E, Del Ross T, Gerosa M, Andreoli L, Maina A et al. Treatment strategies and pregnancy outcomes in antiphospholipid syndrome patients with thrombosis and triple antiphospholipid positivity. A European multicentre retrospective study. *Thrombosis and haemostasis*. 2014;112(4):727-35. doi:10.1160/TH14-03-0191.
 15. Saccone G, Berghella V, Maruotti GM, Ghi T, Rizzo G, Simonazzi G et al. Antiphospholipid antibody profile based obstetric outcomes of primary antiphospholipid syndrome: the PREGNANTS study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;216(5):525 e1- e12. doi:10.1016/j.ajog.2017.01.026.
 16. Latino JO, Udry S, Aranda FM, Peres Wingeyer SDA, Fernandez Romero DS, de Larranaga GF. Pregnancy failure in patients with obstetric antiphospholipid syndrome

- with conventional treatment: the influence of a triple positive antibody profile. *Lupus*. 2017;26(9):983-8. doi:10.1177/0961203317692432.
17. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*. 2006;4(2):295-306. doi:10.1111/j.1538-7836.2006.01753.x.
 18. Yelnik CM, Porter TF, Branch DW, Laskin CA, Merrill JT, Guerra MM et al. Brief Report: Changes in Antiphospholipid Antibody Titers During Pregnancy: Effects on Pregnancy Outcomes. *Arthritis & rheumatology*. 2016;68(8):1964-9. doi:10.1002/art.39668.
 19. Topping J, Quenby S, Farquharson R, Malia R, Greaves M. Marked variation in antiphospholipid antibodies during pregnancy: relationships to pregnancy outcome. *Human reproduction*. 1999;14(1):224-8.
 20. Carmona F, Font J, Azulay M, Creus M, Fabregues F, Cervera R et al. Risk factors associated with fetal losses in treated antiphospholipid syndrome pregnancies: a multivariate analysis. *American journal of reproductive immunology*. 2001;46(4):274-9.
 21. De Carolis S, Santucci S, Botta A, Salvi S, Degennaro VA, Garufi C et al. The relationship between TORCH complex false positivity and obstetric outcome in patients with antiphospholipid syndrome. *Lupus*. 2012;21(7):773-5. doi:10.1177/0961203312447866.
 22. Ruffatti A, Tonello M, Hoxha A, Sciascia S, Cuadrado MJ, Latino JO et al. Effect of Additional Treatments Combined with Conventional Therapies in Pregnant Patients with High-Risk Antiphospholipid Syndrome: A Multicentre Study. *Thrombosis and haemostasis*. 2018. doi:10.1055/s-0038-1632388.
 23. Del Papa N, Vaso N. Management of antiphospholipid syndrome. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*. 2010;2(4):221-7. doi:10.1177/1759720X10365969.
 24. de Larranaga GF, Forastiero RR, Carreras LO, Alonso BS. Different types of antiphospholipid antibodies in AIDS: a comparison with syphilis and the antiphospholipid syndrome. *Thrombosis research*. 1999;96(1):19-25.
 25. De Carolis S, Botta A, Salvi S, di Pasquo E, Del Sordo G, Garufi C et al. Is there any role for the hydroxychloroquine (HCQ) in refractory obstetrical antiphospholipid syndrome (APS) treatment? *Autoimmunity reviews*. 2015;14(9):760-2. doi:10.1016/j.autrev.2015.04.010.
 26. Viall CA, Chamley LW. Histopathology in the placentae of women with antiphospholipid antibodies: A systematic review of the literature. *Autoimmunity reviews*. 2015;14(5):446-71. doi:10.1016/j.autrev.2015.01.008.
 27. Devreese KM. Antiphospholipid antibodies: evaluation of the thrombotic risk. *Thrombosis research*. 2012;130 Suppl 1:S37-40. doi:10.1016/j.thromres.2012.08.270.

28. Knight CL, Nelson-Piercy C. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. *Open access rheumatology : research and reviews*. 2017;9:37-53. doi:10.2147/OARRR.S87828.
 29. Song Y, Wang HY, Qiao J, Liu P, Chi HB. Antiphospholipid Antibody Titers and Clinical Outcomes in Patients with Recurrent Miscarriage and Antiphospholipid Antibody Syndrome: A Prospective Study. *Chinese medical journal*. 2017;130(3):267-72. doi:10.4103/0366-6999.198934.
 30. Mekinian A, Loire-Berson P, Nicaise-Roland P, Lachassinne E, Stirnemann J, Boffa MC et al. Outcomes and treatment of obstetrical antiphospholipid syndrome in women with low antiphospholipid antibody levels. *Journal of reproductive immunology*. 2012;94(2):222-6. doi:10.1016/j.jri.2012.02.004.
 31. Riancho-Zarrabeitia L, Daroca G, Munoz P, Lopez-Hoyos M, Haya A, Martinez-Taboada VM. Serological evolution in women with positive antiphospholipid antibodies. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2017;47(3):397-402. doi:10.1016/j.semarthrit.2017.05.001.
 32. Broder A, Putterman C. Hydroxychloroquine use is associated with lower odds of persistently positive antiphospholipid antibodies and/or lupus anticoagulant in systemic lupus erythematosus. *The Journal of rheumatology*. 2013;40(1):30-3. doi:10.3899/jrheum.120157.
 33. Medha Barbhैया # 1, Stephane Zuily # 2, Ray Naden, The 2023 ACR/EULAR Antiphospholipid Syndrome Classification Criteria. *Arthritis Rheumatol*. 2023 Oct;75(10):1687-1702. doi: 10.1002/art.42624. Epub 2023 Aug 28.
-
1. Hospital de Agudos "Dr. Carlos G. Durand", Av. Díaz Vélez 5044, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
 2. Hospital de Enfermedades Infecciosas "Dr. Francisco J. Muñiz", Uspallata 2272, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
 3. Centro de investigación "Fundación Respirar", Av. Cabildo 1548, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
 4. Hospital de Agudos "Hospital Fernandez", Av Cerviño 3356, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
 5. Hospital Alemán, Pueyrredón 1640, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
 6. Hospital Ramos Mejia, General Urquiza 609, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
 7. Hospital Materno Infantil de San Isidro, "Carlos Gian Antonio", Diego Palma 505, Buenos Aires, Argentina.

Análisis de la Correlación Ecográfica-Patológica de las masas Anexiales en Pacientes operadas en el Hospital Provincial de Neuquén

Autores:
Ana Luz Mellado¹

Introducción.

- Hasta un 10% de las mujeres serán sometidas a una cirugía por masa anexial a lo largo de su vida. La caracterización precisa de las masas ováricas y de anexos es esencial para su manejo.
- El Gold Estándar para el estudio es la ecografía por su precisión diagnóstica. Su principal dificultad es que es operador dependiente.
- Alrededor de un 8-20% de los tumores anexiales tienen clasificaciones ecográficas indeterminadas, y se benefician con la realización de una Resonancia Magnética. La misma presenta una sensibilidad del 93 % y especificidad del 91% para diagnosticar malignidad.

Marco Teórico

- El estudio IOTA fue un estudio prospectivo multicéntrico internacional que evaluó el uso de un conjunto de características ecográficas (las "Reglas simples") en casi 5000 pacientes con masas anexiales. A partir del mismo se logró clasificar las masas anexiales en 'benignas' o 'malignas'. Presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 80-90%.
- El sistema O-RADS está diseñado para proporcionar interpretaciones consistentes, para disminuir o eliminar la ambigüedad en los informes de masas anexiales, y proporcionar una recomendación de manejo para cada categoría. Recomienda seis categorías (O-RADS 0-5), que incorporan el rango desde 'normal a alto riesgo' de malignidad.
- La concordancia entre la biopsia por congelación y el diagnóstico histológico final de las masas anexiales se encuentra entre el 96% al 99%.
- Las principales dificultades se presentan con las masas grandes, los tumores borderline y la diferenciación entre un tumor primario y uno metastásico, situaciones en las que se presenta una gran variabilidad entre observadores.

Objetivo General

1. Análisis de la correlación ecográfica-patológica de masas anexiales operadas en hospital provincial de neuquén en el período comprendido entre enero 2020 - abril del 2024.

Objetivos Específicos.

1. Evaluar cantidad de pacientes operadas y su anatomía patológica. 2.
2. Evaluar rango etario más frecuente.
3. Evaluar características ecográficas y uso de criterios iota y orads.
4. Evaluar correlación entre clasificación ecográfica, congelación intraoperatoria y anatomía patológica definitiva.

Materiales y Métodos

- Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las pacientes operadas por Masa anexial en Hospital Provincial de Neuquén en el período comprendido entre Enero del año 2020 a Abril del año 2024.
- Se recabó la información a partir de listas quirúrgicas, confección de historias clínicas y resultados de anatomía patológica en Sistema informático provincial.

Criterios de Inclusión

- Todas las pacientes operadas por Masa Anexial en Hospital Provincial de Neuquén desde Enero del 2020 a Abril del 2024.
- Mujeres operadas por Masa anexial desde 15 a 79 años.

Criterios de Exclusión

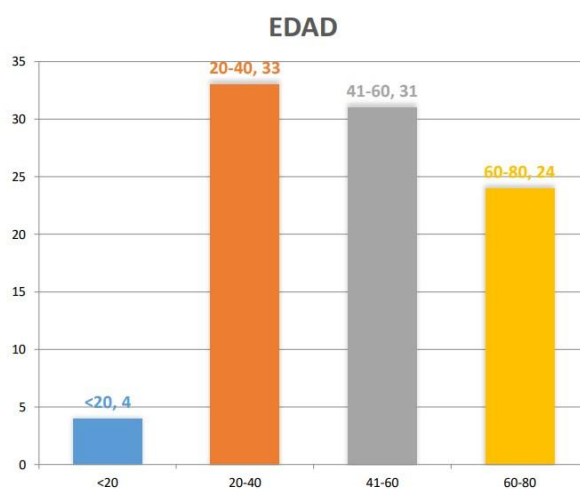
- Pacientes que realizaron seguimiento ecográfico de Masa Anexial sin cirugía.
- Pacientes operadas con diagnóstico de Masa anexial en otro nosocomio.
- Pacientes operadas con diagnóstico de masa anexial a partir de imágenes no ecográficas

Resultados

N° DE PACIENTES OPERADAS



RANGO ETARIO

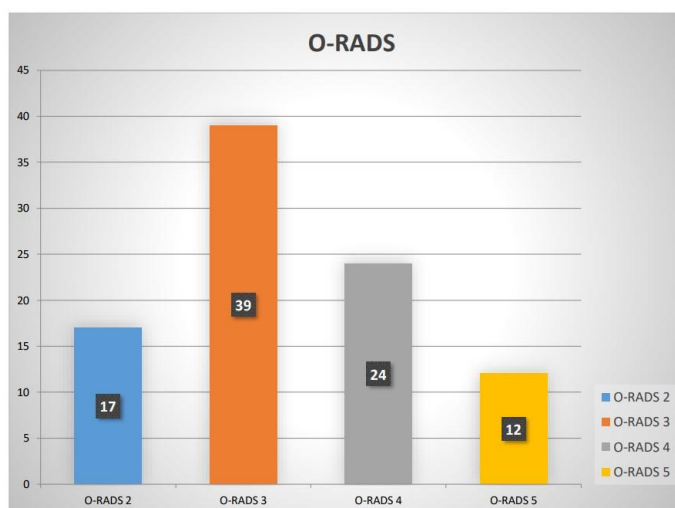


Clasificación ecográfica de masas anexiales según 'reglas simples'.



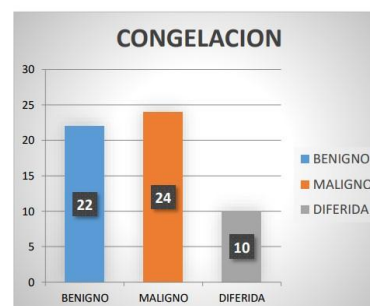
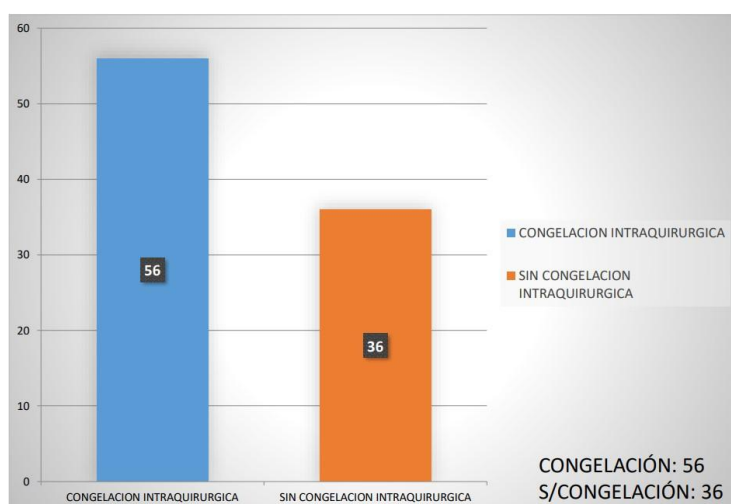
BENIGNAS	MALIGNAS
Quiste unilocular de cualquier tamaño.	Tumor sólido irregular.
Ausencia de componente sólido o < a 7mm.	Ascitis.
Quiste multilocular liso < 10 cm.	4 o > papilas.
Ausencia de flujo sanguíneo.	Tx multilocular sólido irregular > 10 cm.
Presencia de sombra acústica.	Flujo sanguíneo.

Clasificación Ecográfica Según O-Rads



O-RADS
0 EVALUACIÓN INCOMPLETA
1 FORMACIÓN FISIOLÓGICA
2 CASI BENIGNA (<1% de riesgo de malignidad)
3 BAJO RIESGO (1% - <10% de riesgo de malignidad)
4 RIESGO INTERMEDIO (10% - <50% de riesgo de malignidad)
5 ALTO RIESGO (≥50 % de riesgo de malignidad)

Congelación Intraquirúrgica



Benigno: 22
Maligno: 24
Diferido: 10

Congelación Intraquirúrgica: Malignidad

IOTA	O -RADS	CONGELACION	AP
B	3	Tumor anexial Borderline	Tumor seroso Borderline
INDETERMINADO	3	Tumor Anexial Borderline	Tumor Mucinoso Borderline
INDETERMINADO	3	Tumor anexial seroso Borderline	Tumor seroso Borderline
M	3	Tumor anexial Borderline	Carcinoma Seroso De Bajo Grado
M	4	Tumor anexial Mucinoso Borderline	Carcinoma Mucinoso
M	4	Tumor anexial Borderline	Carcinoma seroso
M	4	Tumor anexial Borderline	Carcinoma seroso
M	4	Tumor anexial borderline	Carcinoma Borderline
M	4	Tumor anexial Borderline	Carcinoma seroso de Bajo Grado
M	4	Tumor con células neoplásicas	Carcinoma seroso Alto Grado
M	4	Probable Carcinoma Seroso	Carcinoma De Células De La Granulosa
M	4	Tumor seroso con atipia	Carcinoma folicular
M	4	Tumor anexial Mucinoso Infiltrante	Cistoadenocarcinoma Mucinoso
M	5	Tumor borderline	Neoplasia mucinosa de origen GTI
M	5	Tumor Maligno (probablemente Seroso de Ovario)	Carcinoma infiltrante de Alto Grado infiltrante

IOTA	O -RADS	CONGELACION	AP
M	5	Tumor maligno	Tumor seroso AG
M	5	Tumor maligno	Carcinoma poco diferenciado
M	5	Tumor maligno	Carcinoma seroso
M	5	Tumor maligno	Carcinoma borderline
M	5	Tumor maligno	Carcinoma borderline
M	5	Tumor maligno	Carcinoma endometriode
M	5	Probable Tumor De Brenner O De Células De La Granulosa	Tumor De Krukenberg
M	5	Citología Positiva con Histología Sospechosa (estudio en diferido)	Carcinoma Pobremente Diferenciado
M	5	Carcinoma Con Células En Anillo De Sello	Carcinoma Mucinoso

Congelación Intraquirúrgica: Benignidad

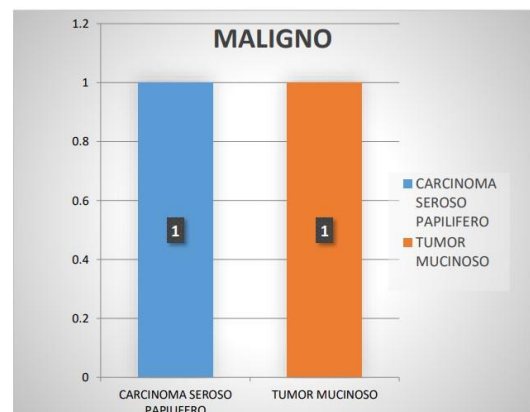
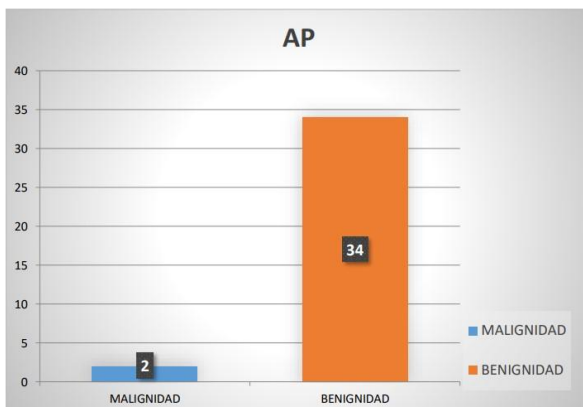
IOTA	O-RADS	CONGELACION	AP
B	2	Negativa para malignidad	Tumor Borderline
B	2	Fibrotecoma	Tumor de Brenner
B	2	Negativa para malignidad	Fibrotecoma
INDETERMINADO	3	Negativa para malignidad	Quiste simple torcionado
INDETERMINADO	3	Cistoadenoma seroso	Teratoma
B	3	Negativo para malignidad	Cistoadenoma seroso
B	3	Negativa para malignidad	Adenofibroma seroso
B	3	Negativo para malignidad	Fibroma ovárico
B	3	Negativo para malignidad	Cistoadenoma seroso

IOTA	O-RADS	CONGELACION	AP
B	3	Cistoadenoma seroso	Cistoadenofibroma seroso
B	3	Cistoadenoma seroso	Cistoadenofibroma seroso papilar
B	3	Cistoadenoma mucinoso y seroso	Cistoadenoma mucinoso
B	3	Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma seroso
M	3	Teratoma	Teratoma quístico maduro
M	3	Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma seroso
M	4	Quiste simple mixto	Cistoadenoma mixto seroso y mucinoso
M	4	Fibrotecoma	Fibroma ovárico
M	4	Fibroma	Cistoadenofibroma ovárico
M	4	Fibrotecoma	cistoadenofibroma
M	4	Tumor benigno	Cistoadenoma mucinoso
M	4	Tumor benigno	Cistoadenoma mucinoso
M	5	Fibrotecoma	Fibrotecoma

Congelación Intraquirúrgica: Diferido

IOTA	O-RADS	CONGELACION	AP
IND	4	DIFERIDO	CISTOADENOMA MUCINOSO
M	4	DIFERIDO	CISTOADENOMA SEROSO
M	4	DIFERIDO	CISTOADENOMA SEROSO
M	4	DIFERIDO	CISTOADENOMA SEROSO
M	4	DIFERIDO	CISTOADENOMA SEROSO
IND	4	DIFERIDO	CARCINOMA DE OVARIO
B	3	DIFERIDO	BORDERLINE
B	3	DIFERIDO	CISTOADENOMA SEROSO
B	3	DIFERIDO	CISTOADENOMA MUCINOSO
B	4	DIFERIDO	QUISTE SIMPLE

Pacientes Que No Fueron A Congelación (39%)



Pacientes a las que no se les hizo Congelación Intraquirúrgica:

IOTA (RS)	O-RADS	ANATOMÍA PATOLÓGICA	IOTA (RS)	O-RADS	ANATOMÍA PATOLÓGICA
B	2	TROMPA CONGESTIVA	B	3	QUISTE SIMPLE
B	2	CISTOADENOFIBROMA SEROSO	B	3	CISTOADENO FIBROMA SEROSO
B	2	QUISTE DERMOIDE	B	3	LEIOMIOMA
B	2	ENDOMETRIOMA	B	3	TERATOMA QUISTICO MADURO
B	2	CISTOADENOMA	B	3	CISTOADENOMA MUCINOSO
B	2	QUISTE SIMPLE	B	3	CISTOADENOMA MUCINOSO
B	2	QUISTE SIMPLE	IND	3	CISTOADENOMA
B	2	CISTOADENOMA	IND	3	QUISTE DERMOIDE
B	2	QUISTE SEROSO SIMPLE	IND	3	QUISTE DERMOIDE
B	2	TERATOMA QUISTICO	B	3	ENDOMETRIOMA
B	2	CISTOADENOMA SEROSO	B	3	FIBROTECOMA
B	2	LESIÓN QUISTICA CON NECROSIS ISQUÉMICA EN TODA SU EXTENSIÓN	B	3	CISTOADENOMA SEROSO
B	2	QUISTE SEROSO SIMPLE	B	3	SALPINGITIS
B	2	CISTOADENOMA SEROSO	B	3	TROMPA CONGESTIVA
B	4	TERATOMA MADURO	B	3	CISTOADENOMA
B	3	TERATOMA MADURO	B	3	CISTOADENOMA
			B	3	CISTOADENOMA SEROSO
			B	3	CISTOADENOMA SEROSO
			M	3	TERATOMA
			M	3	CARCINOMA SEROSO PAPILIFERO
			M	4	TUMOR MUCINOSO

Resultados.

- Se estudiaron 92 mujeres con diagnóstico de masa anexial a partir de ecografía con un rango etario predominante entre 20-40 años.
- La utilización según 'Reglas simples' clasificó como 'Masa anexial maligna' a 37 pacientes, de las cuales 23 resultaron malignas en la anatomía patológica definitiva (62%).
- Según 'Reglas simples' de las 46 pacientes que clasificó como 'benigna' se correlacionó en un 93.5% con la AP y un 6.5% fueron malignas (3).
- 9 de las pacientes informaron 'indeterminados' de las cuales 3 fueron patología maligna (33%) y 6 benigna (66%).
- 17 de las pacientes se clasificaron en O-RADS 2, 1 de ellas tuvo un diagnóstico de malignidad (5%).
- 39 de las pacientes se clasificaron en O-RADS 3, sólo 6 pacientes resultaron en malignidad (15%).
- 24 pacientes fueron clasificadas en O-RADS 4, 11 fueron malignas (46%).
- 12 pacientes se clasificaron en O-RADS 5, 11 fueron malignas (91,6%).
- En cuanto a la relación entre congelación intraoperatoria y anatomía patológica, 14 pacientes informaron malignidad en ambas (100%), 10 fueron clasificadas intraoperatoriamente como 'Borderline', con anatomía patológica definitiva de Borderline sólo 4 de ellas y el resto (6 pacientes) como Carcinoma invasivo.
- Dentro de las congelaciones que se informaron como 'benignas' (22), el 95% de la Anatomía patológica definitiva informó benignidad, solo una paciente en la Anatomía patológica definitiva informo Tumor Borderline.

- En las anatomías patológicas que se difirieron (10), el 20% (2) tuvo diagnóstico de malignidad, y el 80% restante, benignidad.

Conclusiones

- En cuanto a el estudio ecográfico de las masas anexiales, no se pudo correlacionar al 100% con la bibliografía analizada. Se pudo observar que hay mayor concordancia entre la ecografía transvaginal y la anatomía patológica de masas clasificadas como 'benignas', pero no tanto en las malignas. Y dentro de la clasificación 'O-RADS', fue mayor la certeza de las masas clasificadas en O-RADS 5 que en las demás.
- La relación Congelación intraoperatoria - Anatomía patológica definitiva, coincide con la bibliografía analizada.
- Este trabajo concluye que la relación Ecográfica-Congelación-Histología, fue satisfactoria pese a que escapa de los porcentajes establecidos por la bibliografía, en donde quizás esta diferencia se deba a que el número de mujeres analizadas fue reducido y al sesgo en la interpretación de la clasificación imagenológica.

Bibliografía

1. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor analysis (IOTA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000.
2. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *American College of Radiology*, 2020.
3. Examen De Los Ovarios Y Los Anexos, Entrenamiento Básico ISUOG.
4. Towards an evidence-based approach for diagnosis and management of adnexal masses: findings of the International Ovarian Tumour Analysis (IOTA) studies, *Pubmed*.
5. Categorización ecográfica de masas anexiales, *UpToDate*.
6. Biopsia por congelación, Guillermo Antonio Jiménez Tobón, Jenny García Valencia, Luis Fernando Arias Restrepo, 2012.
7. Evaluation and Management of Adnexal Masses, *ACOG*, 2016.
8. External validation of IOTA simple descriptors and simple rules for classifying adnexal masses, *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016.
9. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the Simple Rules from the International Ovarian Tumor Analysis group, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2016.
10. First International Consensus Report on Adnexal Masses, *American Institute of Ultrasound in Medicine*, 2017 .
11. Consenso nacional inter-sociedades sobre manejo de las masas anexiales, Asociación Médica Argentina, Academia Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de Radiología, Asociación Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina

de Cancerología, Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 2012

12. Estudio de los diferentes factores que influyen en la exactitud de la biopsia por congelación en los tumores de ovario de bajo potencial de malignidad. Autor/es: R. Álvarez, M. Carussoto, J. Cittadini, R. Correnti, A. Ellena, R. Estañol, S. Fragapane, O. Gonzalez Lowy, R. Navarini, R. Picciochi, J. Pizzi, M. Riegé, L. Romero Acuña, S. Seiref, I. Strasser, A. Talin. AAGO
 13. Análisis intraoperatorio de cortes congelados para el diagnóstico de cáncer de ovario en estadio inicial en masas pelvianas sospechosas, Nithya DG Ratnavelu Andrew P Brown Susan Mallett Rob JPM Scholten Amit Patel Christina Founta Khadra Galaal Paul Cross Raj Naik Cochrane, 2016
-
1. Residencia de Tocoginecología. Hospital Provincial de Neuquén

Complicaciones Perinatales en la Anemia Gestacional en el Hospital Público Materno Infantil entre el Período de Enero 2019 a Diciembre 2023

Autores:

Dra. Alamo, Natalia, Dra. Ortiz, Bryanna, Dra. Sisterna, Irina, Dra. Gudiño, Melisa, Dr. Rizzotti, Carlos, Dra. Cabezas, Constanza

RESUMEN

Objetivo

Evaluar los resultados perinatales de las pacientes embarazadas con anemia al momento del parto.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio analítico observacional de corte transversal. Se incluyeron todas las gestantes con diagnóstico de anemia que tuvieron su parto en el Hospital Público Materno Infantil de Salta de enero 2019 a diciembre 2023 y las comorbilidades del recién nacido. Se excluyó a pacientes con registros incompletos en la historia clínica o datos inexistentes en Sistema Informático Perinatal Obstétrico (SIPOB). Para el análisis estadístico se recolectaron datos del SIPOB y de las historias clínicas digitalizadas, extrayendo bases de datos a través del programa ACCESS; luego se analizaron con el software en línea RMEDIC. Posteriormente, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial (Test de Chi Cuadrado y Test de Kruskal Wallis) con un $\alpha = 0.05$ para una p significativa < 0.05 . Esta investigación contó con aval institucional, se tuvieron en cuenta las leyes vigentes para protección de datos y no se utilizó consentimiento informado por haber trabajado con registros clínicos.

Resultados

Después de aplicar los criterios de selección, la muestra quedó conformada por 8831 pacientes que presentaron anemia al momento del parto, lo que representa una prevalencia de 27.72% en el periodo estudiado. Se evidenció que un 40% presentó anemia leve y un 60% anemia moderada/severa. La anemia moderada/severa se asoció significativamente a resultados perinatales negativos: APGAR bajo al nacer ($p < 0.001$) y prematuridad ($p=0.04$).

Conclusión

La anemia materna moderada/severa se asoció a resultados perinatales negativos como APGAR bajo al nacer y prematuridad, así como en estudios realizados en Latinoamérica en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017 – Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de Ciencias de la Salud 2021, entre otros.

Palabras claves: Anemia gestacional, apgar bajo al nacer, prematuridad.

ABSTRACT

Objective

To evaluate the perinatal outcomes of pregnant patients with anemia at delivery.

Materials and methods

A cross-sectional, observational analytical study was conducted. All pregnant women diagnosed with anemia who delivered at the Public Maternal and Child Hospital of Salta from January 2019 to December 2023 and the comorbidities of the newborn were included. Patients with incomplete records in the clinical history or non-existent data in the Perinatal Obstetric Information System (SIPOB) were excluded. For statistical analysis, data were collected from the SIPOB and from digitalized clinical records, extracting databases through the ACCESS program; then they were analyzed with the RMEDIC online software. Subsequently, descriptive and inferential statistical techniques (Chi Square Test and Kruskal Wallis Test) were applied with an $\alpha = 0.05$ for a significant $p < 0.05$. This research had institutional support, current laws for data protection were taken into account and informed consent was not used because it worked with clinical records.

Results

After applying the selection criteria, the sample consisted of 8831 patients who presented anemia at the time of delivery, which represents a prevalence of 27.72% in the period studied. It was evident that 40% presented mild anemia and 60% moderate/severe anemia. Moderate/severe anemia was significantly associated with negative perinatal outcomes: low APGAR at birth ($p < 0.001$) and prematurity ($p = 0.04$). **Conclusion:** Moderate/severe maternal anemia was associated with negative perinatal outcomes such as low APGAR at birth and prematurity, as well as in studies carried out in Latin America at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna 2017 - Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de Ciencias de la Salud 2021, among others.

Keywords: Gestational anemia, low Apgar score at birth, prematurity.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la anemia gestacional como una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/dL. El diagnóstico de anemia durante el embarazo se establece con base en los niveles de hemoglobina y hematocrito. En condiciones normales los valores se reducen a 0.5 g/dl en el segundo trimestre. (OMS) En condiciones fisiológicas el volumen plasmático materno comienza a aumentar alrededor de la sexta semana como consecuencia de modificaciones a nivel renal en el sistema renina- angiotensina aldosterona, generando un estado de hemodilución. Este incremento es alrededor de un 45 a 50% con respecto a valores pregestacionales, comienza en el primer trimestre y continúa hasta el tercer trimestre y se mantiene estable las últimas 6 a 8 semanas.

Se estima que la anemia afecta a aproximadamente 1620 millones de personas (24,8 % de la población) en todo el mundo. Incluso se ha informado que la prevalencia de anemia en

mujeres embarazadas es del 41,8%. Siendo a su vez, un factor de riesgo de muerte tanto en la madre como en el recién nacido.

La importancia de la detección y el tratamiento oportuno radica en su asociación con los resultados del embarazo y la morbimortalidad materno-fetal. Las complicaciones perinatales que se han documentado incluyen amenaza de aborto, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro, entre otros.

Siendo la anemia en la gestante una condición prevenible es que se desarrolló este trabajo cuyo objetivo general fue: Identificar la asociación entre la anemia gestacional y complicaciones perinatales en recién nacido del Hospital Público Materno Infantil.

La anemia gestacional se clasifica en leve (hemoglobina 10-10.9 g/dl y hematocrito de 33 a 27%), moderada (hemoglobina de 7 a 9.9 g/dl y hematocrito de 26 a 21%) y severa (menor a 7 g/dl y hematocrito menor a 20%).

La causa más frecuente de anemia durante la gestación es la anemia por déficit de hierro. Las necesidades de hierro varían en función del trimestre de la gestación, siendo éstas superiores a medida que progresa la gestación. Por este motivo se recomienda de forma universal administrar dosis diaria de hierro oral como dosis profiláctica. Si estamos ante la presencia de una gestante con diagnóstico de anemia debemos indicar un tratamiento que dependerá de la causa y nivel de anemia. Por lo general, anemias leves y moderadas reciben hierroterapia oral y endovenosa y anemias severas, transfusión de hematíes.

La OMS determina que la prevalencia de anemia en el embarazo es un indicador muy fidedigno del estado de la salud pública de un país. Se sabe que la anemia afecta cerca de la mitad de todas las embarazadas del mundo, 23% en países desarrollados y 52% en naciones en vía de desarrollo, y contribuye sustancialmente al aumento de la morbimortalidad materna y perinatal. En Argentina, según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) determinó que la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas según el trimestre de gestación fue de 9.8% en el primer, 26.3% en el segundo y 35.2% en el tercer. Provincias como Chaco se registraron 35.8% de embarazadas con anemia en el tercer trimestre, en la provincia de Buenos Aires el 14% y en Tucumán la prevalencia de pacientes gestantes que cursaban primer o segundo trimestre fue del 7.4%.

El Hospital Público Materno infantil (HPMI) de Salta Capital no posee datos publicados respecto al tema. En la práctica diaria, se asisten gran cantidad de embarazadas que llegan a su trabajo de parto y parto con diagnóstico de anemia. Por esto recalamos la importancia de realizar este estudio para conocer y tener datos certeros que nos lleven a analizar la situación de nuestra población y poder desarrollar protocolos o guías que orienten al profesional a abarcar este tema.

Antecedentes

Se realizó una investigación en ICA- Perú, en donde se identificó la asociación entre la anemia gestacional y complicaciones perinatales en recién nacido del Hospital "Ricardo Cruzado Rivarola" de Nazca – 2021. Se realizó una investigación de tipo observacional, transversal, retrospectiva y analítica. En 460 gestantes como población de donde se obtuvo 134 casos (gestantes anémicas) y 134 controles (Gestantes no anémicas). Como

resultado se observó,: El 32,8% (8) de los Recién Nacidos tiene hemoglobina menor de 14.5 mg/dl, 13,1% (35) tuvieron peso al nacer menor de 2500 gramos, 9,3% (25) tuvieron un Apgar a los 5 minutos menor de 7 y 11,2% (30) tuvieron retardo del crecimiento intrauterino. Las complicaciones asociadas a la anemia gestacional son: El 74,3% (26) de las madres con anemia gestacional tienen Recién Nacidos con menos de 2500 gramos y 46,4% (108) nacen con peso mayor o igual a 2500 gramos $p=0,002$, $OR= 3,3$, (IC95%: 1,5-7,4). El 64,8% (57) de las madres con anemia gestacional tienen Recién Nacidos con hemoglobina al nacer menor de 14,5 mg/dl y 42,8% (77) nacen con hemoglobina de 14,5 mg/dl a más, $p=0,001$, $OR= 2,5$, (IC95%: 1,5-4,2). El 80% (20) de las madres con anemia gestacional tienen Recién Nacidos con Apgar a los 5 minutos de nacer menor de 7 y 46,9% (114) nacen con Apgar a los 5 minutos de 7 a más, $p=0,002$, $OR= 4,5$, (IC95%: 1,6-12,5). El 80% (20) de las madres con anemia gestacional tienen Recién Nacidos con Retardo del Crecimiento Intrauterino y 46,2% (110) nacen sin Retardo del Crecimiento Intrauterino, $p=0,000$, $OR= 4,7$, (IC95%: 1,8-11,8).

Se realizó una investigación en Ecuador, que determinaba la frecuencia y la gravedad de la anemia gestacional del tercer trimestre según la edad materna de los nacimientos atendidos en el Hospital Vicente Corral, entre septiembre de 2016 y febrero de 2017. Se realizó un estudio transversal, con una muestra de 428 gestantes, cuyos criterios de inclusión fueron las embarazadas con ≥ 27 semanas de gestación, reporte de hemoglobina y neonato vivo y los criterios de exclusión fueron los embarazos gemelares, neonatos con malformaciones congénitas mayores, madre con enfermedades crónicas. Análisis estadístico: para las variables cuantitativas se calcularon la mediana y los valores mínimo y máximo; para las variables cualitativas, las frecuencias absolutas y relativas; para establecer una asociación se utilizó la prueba de ji cuadrado, y para la significancia estadística se consideró $p < 0.05$. Los resultados fueron: la mediana de edad materna fue de 23 años y 4 meses. Hemoglobina en mujeres anémicas 9.9 g/dl y no anémicas 12.2 g/dl ($p = 0.000$). Frecuencia de anemia: global 31.8%, en < 20 años 41.5%, en 20-34 años 26.5% y en > 35 años 35.6%. Gravedad de la anemia: leve 18.7%, moderada 12.6%, grave 0.5%. La edad materna influyó en la frecuencia de la anemia (ji al cuadrado de Pearson = 8.911, $p = 0.012$), pero no en su gravedad (ji al cuadrado de Pearson = 1.078, $p = 0.898$).

Frecuencia de microcitosis: 36.9% en mujeres anémicas. El volumen corpuscular medio y la gravedad de la anemia mostraron asociación ($p = 0.019$). Como conclusión se evidenció que la frecuencia de la anemia en el tercer trimestre de la gestación fue alta, con predominio de la anemia leve y afectó en especial a mujeres < 20 años y ≥ 35 años. (Díaz-Granda RC, 2020)

Un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de anemia y evaluar los factores que condicionan su aparición. Se empleó un estudio observacional y prospectivo. El estudio se inició con 1218 embarazadas. Se detectó anemia en 196 de ellas (16%), con una Hb media de 9,88 g/dl. Entre gestantes no anémicas y anémicas se encontraron las siguientes diferencias: peso (64,44 vs 59,50, $p < 0,00001$), ingreso familiar (US\$744,36 vs 568,28, $p < 0,0001$), kilocalorías ingeridas (2488,44 vs 2204,28, $p = 0,01$), porcentaje de proteínas en la dieta (15,73 vs 13,69, $p = 0,002$) y consumo semanal de hierro (15,24 mg vs 13,04, $p < 0,0001$). La investigación llegó a la conclusión que las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de sufrir anemia si tienen dietas con menos de 1800 kcal y/o menos de 13% de proteínas,

consumo de menos de 7 mg de hierro por semana e ingresos familiares inferiores a US\$400. Asegurar una alimentación adecuada y mejorar las condiciones sociales y económicas de este grupo poblacional reducirá el riesgo de anemia durante el embarazo y sus consecuencias perinatales. (Marín, 2002).

En Perú, en el periodo de octubre a diciembre del 2019 se realizó un estudio de tipo no experimental retrospectivo, transversal, analítico, de casos y controles. Se registró un total de 312 gestantes con edad materna de riesgo (gestantes adolescentes y añosas), de los cuales 72 eran anémicas (Hb <11g/dl) con el fin de mejorar la potencia estadística se estableció la relación entre casos y controles de 1:2 siendo el número de controles o gestantes no anémicas con edad materna de riesgo 142. El resultado entre las variables estudiadas de gestantes anémicas, presentaron mayor frecuencia de nuliparidad y parto vaginal y en menor frecuencia antecedentes de aborto y control prenatal adecuado. Las gestantes adolescentes que cursaron con anemia no se asociaron a mayor asociación de bajo peso al nacer (P=0.056) las gestantes añosas que cursaron con anemia se asociaron 6 veces mayor riesgo y bajo peso al nacer (IC: 95%:2,22^a18,03; P=0,000) como conclusión se llegó a que las gestantes añosas tienen mayor asociación de bajo peso al nacer. (Villena, 2020)

En Bolivia se realizó un estudio de casos y controles no emparejados retrospectivo a partir de registros médicos de mujeres embarazadas atendidas durante su control prenatal en el Centro de Salud "Obispo Indaburo" donde tuvo como objetivo examinar la relación existente entre el intervalo intergénésico y el estado de anemia de la mujer embarazada.

Cincuenta y cinco casos de mujeres con intervalos intergénésico cortos (< 12 meses) fueron comparados con igual número de controles (mujeres con intervalos intergénésico > 12 meses). Se seleccionaron únicamente a las mujeres con una gesta previa y cuyo último hijo nació entre el periodo de Noviembre 2001 – Octubre 2003. Se obtuvo como resultado que la asociación de anemia fue significativamente mayor en el grupo de embarazadas con intervalo intergénésico < 12 meses (OR: 2,89; IC 95%: 1,23/6,83; P<0,01). El bajo peso del recién nacido estuvo presente en un 10,9% de la población estudiada y con mayor frecuencia en el grupo de mujeres con intervalo < 12 meses (20% vs. 1,8% P<0,01). Como conclusión el periodo intergénésico influye significativamente sobre el estado de anemia ferropénica de las mujeres embarazadas y ambas situaciones condicionan mayor frecuencia de bajo peso al nacer.

Un estudio realizado en Colombia tuvo como objetivo conocer la fisiopatología y establecer los criterios de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de anemia en las mujeres embarazadas. Así como la evidencia que existe sobre la importancia de su tratamiento sobre el control prenatal. Como conclusión se llegó a que la anemia en el embarazo con un adecuado control prenatal puede prevenirse, diagnosticarse y tratarse antes de que muestre complicaciones. Es necesario aumentar la cobertura de la atención prenatal en todas las embarazadas y es obligatorio que el personal sanitario realice un adecuado control y una óptima prescripción del hierro profiláctico en el control prenatal. (Santiago, Sept./Dec. 2013).

Consecuencias de la anemia durante el embarazo

Las complicaciones del embarazo y parto de las embarazadas con anemia incluyen amenaza de aborto, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, oligohidramnios, hipertensión y bajo peso al nacer del embarazo, mayor riesgo de infección uterina, sangrado posparto. Las complicaciones perinatales como los bebés prematuros, las enfermedades infecciosas y la deficiencia de hierro en los recién nacidos también provocan anemia a edades tempranas, reduciendo el desarrollo cognitivo, motor, social, emocional y neurofisiológico de la función cerebral, disminuye el valor del cociente de inteligencia.

En general, la concentración de hierro del feto y del recién nacido depende del nivel de hierro de la madre. Como resultado, la deficiencia de hierro en la madre significa que el feto en crecimiento también puede tener deficiencia de hierro.

Estas relaciones pueden tener graves consecuencias para el desarrollo posterior de los niños en crecimiento.

Muchas de estas complicaciones y efectos se valoran cada vez más a medida que aumenta la gravedad de la anemia.

La causa más común de anemia durante el embarazo es la anemia por deficiencia de hierro (ferropénica), que representa el 75% (hasta el 90% en algunas áreas).

Durante el embarazo, los volúmenes totales de glóbulos rojos y plasma generalmente aumentan gradualmente en relación con las necesidades del útero y el feto en crecimiento. Es importante destacar que el volumen de plasma es mayor que el recuento de glóbulos rojos, lo que provoca una disminución en la concentración de hemoglobina en sangre a pesar de un aumento en el recuento de glóbulos rojos. Esta disminución de la concentración de Hb se maximiza entre las semanas 20 y 24 de gestación.

Se cree que esta disminución en la concentración de hemoglobina reduce la viscosidad de la sangre, mejora la perfusión placentaria y mejora el intercambio materno y fetal de gases y nutrientes. Estos fenómenos también se acompañan de una mayor absorción de hierro a nivel duodenal durante el embarazo.

Otro factor implicado en la reducción de la Hb en el primer trimestre es la disminución de la eritropoyetina sérica, lo que se traduce en cierta dilución sanguínea funcional con aumento del volumen plasmático en el primer y segundo trimestre¹.

La disminución del almacenamiento materno de hierro aumenta el número de receptores de transferrina placentarios (TfR) y aumenta la captación de hierro. Por otro lado, se produce una mayor transferencia de hierro al feto por una mayor síntesis de ferritina placentaria. Sin embargo, estos mecanismos homeostáticos del hierro en la interfaz feto-placentaria siempre son vulnerables debido a la deficiencia materna de hierro.

Los niveles de hierro en el cuerpo están regulados por el equilibrio de ingesta, pérdida y almacenamiento de este elemento. Durante el embarazo, es suficiente almacenar 1 g adicional de hierro para satisfacer la creciente demanda de síntesis de Hb y para compensar la pérdida de sangre durante el parto vaginal.

Sin embargo, en situaciones en las que no hay suficientes reservas o la pérdida es mayor que estas (embarazos múltiples, cesáreas, histerectomías), se produce un saldo negativo que conduce a la anemia.

Por otro lado, durante el embarazo aumentan los requerimientos metabólicos y la eritropoyetina se eleva hasta casi el 50% de los niveles normales. Esto conduce a la hiperplasia de glóbulos rojos de la médula ósea y al aumento del recuento de reticulocitos. Además, una disminución en la pCO₂ materna y un aumento en los niveles de 2,3 difosfoglicerato aumentan el transporte de oxígeno a la placenta luego de cambios en la afinidad del elemento por la Hemoglobina.

Por otro lado, no es solo el plasma y los eritrocitos los que cambian en este estado, sino también el sistema hemostático. El embarazo es una condición de hipercoagulación que aumenta la actividad y el consumo de plaquetas, y cuando se combina con las diluciones de sangre descritas anteriormente, da como resultado recuentos de plaquetas ligeramente más bajos en comparación con las mujeres no embarazadas.

Anemia del recién nacido

La anemia neonatal es una causa importante de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. A menos que existan criterios de sospecha basados en la historia materna la ecografía puede pasarse por alto sobre todo aquellos casos leves o moderados. Actualmente, el diagnóstico y manejo de esta patología ha revolucionado el pronóstico perinatal, alcanzando tasas de supervivencia de hasta el 90%. Los niveles de hemoglobina (Hb) fetal suelen aumentar con el embarazo, de 11 g/dL a las 11 semanas a 14 g/dL a las 40 semanas.

Los problemas que presentan los recién nacidos en algunos casos estos, pueden ser muy graves sobre todo los hematológicos. En el desarrollo de la fisiología de la sangre, este experimenta un desarrollo rápido y temprano para que el feto pueda cumplir con los requisitos de cada etapa, especialmente de la creciente necesidad como parte de su desarrollo III trimestre.

Esto es especial porque casi todos los órganos y sistemas, hematopoyesis neonatal, trabajan al límite con poca o ninguna capacidad para compensar el aumento de la demanda que se produce.

Se ha observado que los bebés prematuros tienden a tener niveles inapropiadamente bajos de Eritropoyetina en presencia de anemia severa. Además, hay que tener en cuenta que hay glóbulos rojos grandes que tienen una vida media más corta que en la edad adulta. Además de poca adaptabilidad y tiene una membrana inmadura que lo hace más sensible a la hemólisis y la peroxidación.

La anemia fisiológica es más pronunciada en los recién nacidos prematuros y ocurre antes y en el punto más bajo en comparación con los recién nacidos a término. Esta condición también se conoce como anemia inmadura. Un mecanismo similar al que causa la anemia en los recién nacidos a término provoca anemia en los recién nacidos prematuros en las primeras 4 a 12 semanas. La disminución de la producción de eritropoyetina, el acortamiento de la vida útil de los glóbulos rojos (35-50 días), el rápido crecimiento y el

aumento de la frecuencia de flebotomías contribuyen a una disminución del punto más bajo de Hb (8-10 g/dL) en los recién nacidos prematuros.

La anemia en los bebés prematuros afecta más comúnmente a los bebés menores de 32 semanas de gestación. Casi todos los bebés graves y muy prematuros (<28 semanas) desarrollan anemia grave que requiere transfusión de glóbulos rojos durante la hospitalización inicial.

La hemoglobina es el diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro. Los valores son inferiores a 13,5 gr/dL, volumen corpuscular medio inferior a 95 fl, hemoglobina media de glóbulos rojos inferior a 31 pg, ferritina inferior a 35 ug/L25

El bajo peso al nacer tiene un impacto significativo en la mortalidad neonatal e infantil en menores de 1 año, especialmente durante el período neonatal. Sin embargo, la consecuencia negativa del bajo peso al nacer no radica únicamente en representar el período perinatal, sino que estos niños generalmente presentan múltiples problemas más adelante, tanto en la niñez como en la adolescencia, e incluso en la vejez hasta en sus descendientes.

Los bebés con bajo peso al nacer se pueden dividir en dos tipos:

1. Los bebés prematuros nacidos antes de las 37 semanas de gestación son más comunes en los países desarrollados.
2. Los bebés con retraso en el crecimiento intrauterino o desnutridos nacen con menos del percentil 10 de la edad gestacional y son más comunes en los países en desarrollo.

Los niños con bajo peso son un grupo heterogéneo que incluye tanto niños con bajo peso con respecto a la edad gestacional como niños nacidos antes del final del embarazo. Cada uno de ellos tiene diferentes causas, evolución posterior, secuelas, morbilidad y mortalidad.

El peso al nacer es uno de los aspectos más importantes que influyen en que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de BPN es un indicador muy útil para monitorear el progreso de cada país hacia el logro de la meta de salud.

El bajo peso al nacer (los recién nacidos pesan menos de 2.500 g) es una de las causas más importantes de morbimortalidad infantil y perinatal, siendo la probabilidad de mortalidad al año de 14 hasta de dos veces más que los niños nacidos con peso normal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha demostrado que los pesos inferiores a 2500 g se consideran bajo peso. Independientemente de la edad gestacional o la causa. El bajo peso al nacer en los recién nacidos es un predictor de mortalidad neonatal e infantil y es considerado predictor de salud, calidad del servicio y morbimortalidad neonatal e infantil.

La inadaptación fetal es responsable de los cambios permanentes en la estructura y fisiología del organismo, lo que finalmente lleva al desarrollo de la enfermedad en la edad adulta.

Finalmente, la programación fetal se define como un proceso de adaptación en el que la nutrición y otros factores ambientales alteran las vías de desarrollo durante el crecimiento prenatal, lo que induce cambios en el metabolismo posnatal y la susceptibilidad del adulto a las enfermedades crónicas. A su vez el hierro es muy importante para el crecimiento fetal y cerebral y el desarrollo normal y se cree que es esencial para el crecimiento de la mayoría de los órganos. Por lo tanto, la deficiencia de hierro al inicio del período fetal provoca un deterioro permanente e irreversible del cerebro.

En la etapa prenatal, la deficiencia de hierro afecta el desarrollo de la estructura cerebral, el sistema de neurotransmisores y la mielinización, lo que provoca una disfunción cerebral aguda y anomalías cognitivas persistentes. A pesar de la suplementación con hierro, la desregulación persistente de los genes induce una expresión genética alterada.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Conocer las comorbilidades del RN asociado a anemia gestacional en pacientes asistidas en el Hospital Público Materno Infantil en el periodo de Enero 2019 a Diciembre del

Objetivos Específicos

- Valorar la gravedad de anemia de las
- Identificar factores asociados a
- Determinar las comorbilidades maternas y fetales que presentaron las embarazadas con anemia al momento del parto

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio analítico observacional de corte transversal. Se incluyeron todas las gestantes con diagnóstico de anemia que tuvieron su parto en el Hospital Público Materno Infantil de Salta en el período comprendido entre el 1 de Enero del 2019 y el 31 de Diciembre 2023.

Para el análisis estadístico se recolectaron datos del SIPOB y de las historias clínicas digitalizadas, extrayendo bases de datos a través del programa ACCESS; luego se analizaron con el software en línea RMEDIC. Posteriormente, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial (Test de Chi Cuadrado y Test de Kruskal Wallis) con un $\alpha =$

0.05 para una p significativa < 0.05 . Esta investigación contó con aval institucional, se tuvieron en cuenta las leyes vigentes para protección de datos y no se utilizó consentimiento informado por haber trabajado con registros clínicos.

Criterios de Inclusión

- Embarazadas que tuvieron el parto asistido en el Hospital Público Materno Infantil.
- Paciente con hemoglobina < 9 g/dl.

Criterios de Exclusión

- Paciente con hemoglobina > 9 g/dl en momento previo o posterior al parto.
- Información incompletos en las historias clínicas o de los datos en SIP.

Variables

- Anemia gestacional: pacientes que presentan hemoglobina menor a 11 mg/dl, según protocolo del Medicina Fetal Barcelona y PROAGO, y se clasifican según su gravedad en:
 - Leve: hemoglobina 10-10.9 g/dl
 - Moderada: hemoglobina de 7 a 9.9 g/dl
 - Severa: hemoglobina menor a 7 g/dl
- Factores de riesgos: durante el embarazo se han identificado factores de riesgo para presentar anemia, los cuales no son exclusivos para esta patológica. Existen un gran número de factores asociados, por ejemplo:
 - Edad materna: edad medida en años, en nuestro trabajo se clasificarán en tres grupos:
 - Hasta 19 años (embarazo adolescente)
 - 20-35 años
 - Mayores de 35 años (edad materna avanzada)
 - Paridad: número de partos después de las 20
 - Primípara: un parto
 - Multípara: dos o más partos
 - Complicaciones perinatales:

Peso del recién nacido. Apgar del recién nacido.

Consideraciones Éticas

En el presente trabajo de investigación para proteger la identificación de la población de estudio, se codificará la información de los datos recolectados. Asimismo, el uso de propiedad intelectual de trabajos de autores será resguardada citándolos apropiadamente y precisando las fuentes bibliográficas de donde fueron referenciados.

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

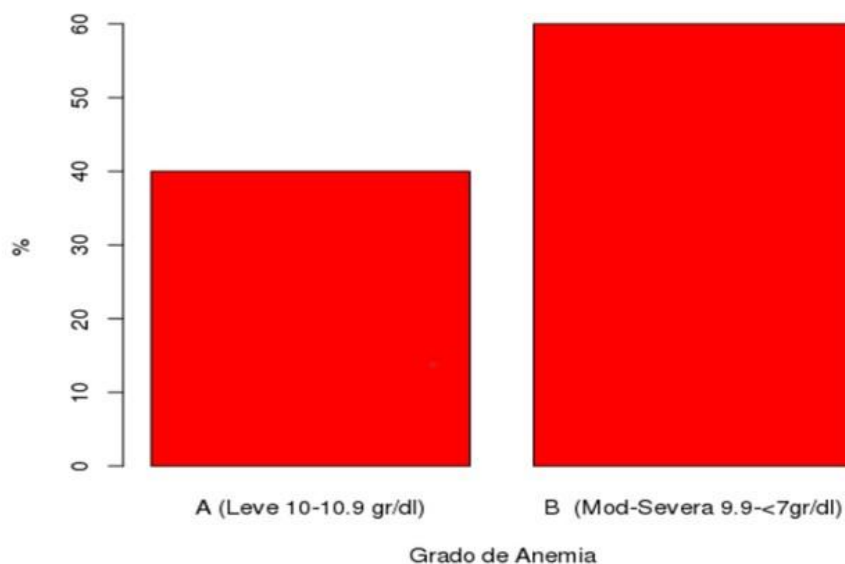
Cronograma de Actividades



Resultados

Tabla 1:

Porcentaje de pacientes anémicas según el grado de severidad:



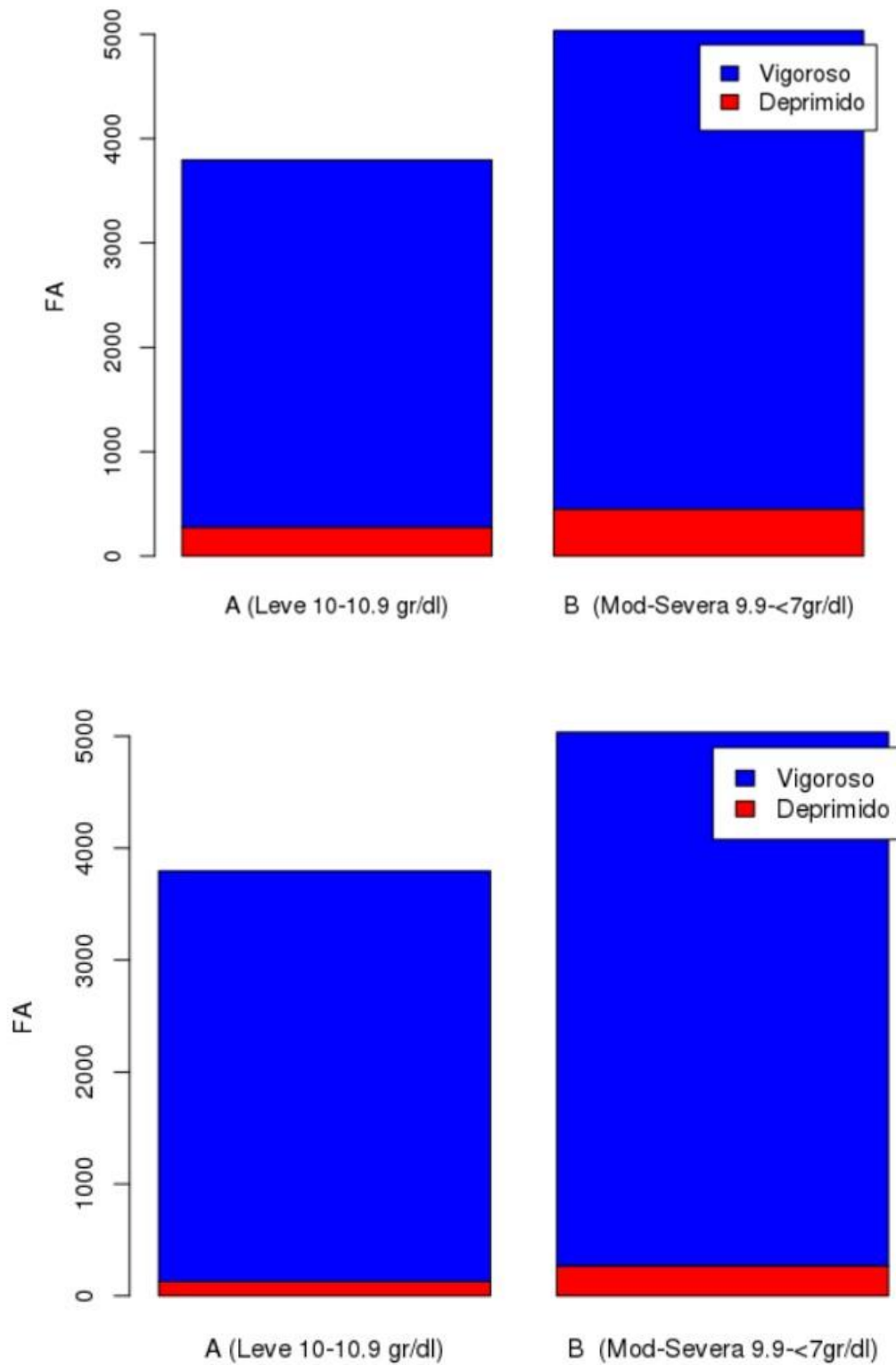
Distribución de Frecuencias

Grado de Anemia	Frecuencia Absoluta	Total	Cociente	Frecuencia Relativa	%
A (Leve 10-10.9 gr/dl)	3796	8831	3796/8831	0.4	40%
B (Mod-Severa 9.9-<7gr/dl)	5035	8831	5035/8831	0.6	60%

La muestra posee las siguientes características:

Grado de anemia leve 10-10,9 gr/dl de Hemoglobina representa el 40% de la población y la anemia moderada severa 9.9 – menor a 7gr/dl de hemoglobina representa el 60%.

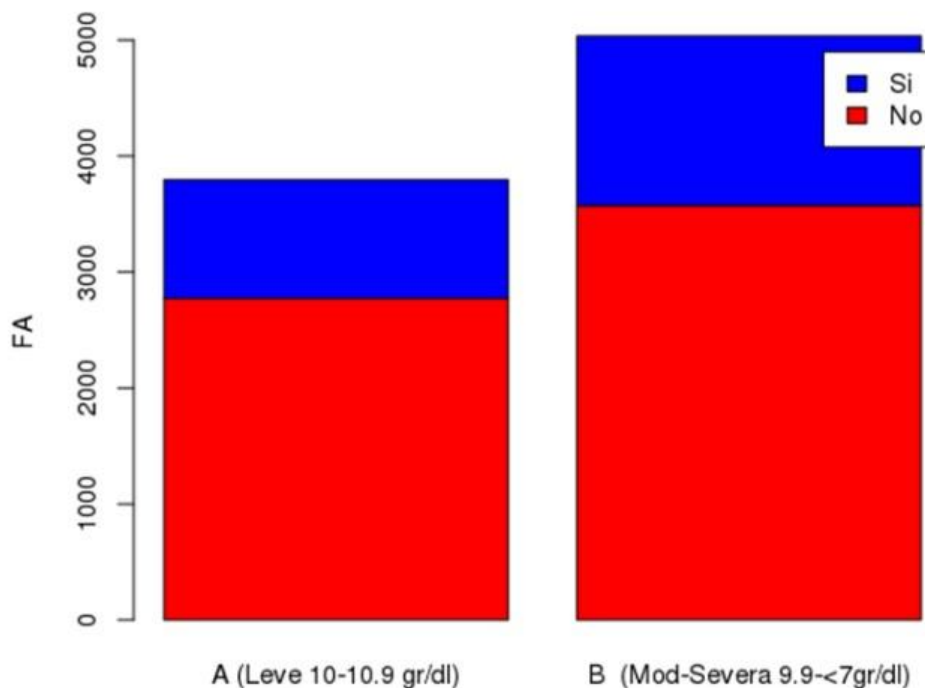
Tabla 2: Grado de anemia en correlación al apgar al primer y al quinto minuto:



El valor de p es menor que el valor de alfa: 0.05. Existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Se observa en la anemia moderada - grave un RN deprimido al minuto en un 5% de los casos y a los 5 minutos de 3%.

Tabla 3: Prematurez asociado al grado de severidad de la anemia.



Se visualiza en la anemia leve un 12% de prematurez en el recién nacido y en la anemia moderada – grave del 17%.

Tabla 4: Grado de anemia en asociación con hemorragias durante el embarazo:

Test Chi Cuadrado

Filas	Columnas	Método	Valor Chi	G.L	Valor p	Alfa	Decisión
Grado de Anemia	Hemorragias Durante el Embarazo	Montecarlo	256.38	No Corresponde	<<0.001	0.05	Rechazo Ho

El valor p es menor que el valor de alfa=0.05.

Se rechaza la Ho.

Las variables 'Grado de Anemia' y 'Hemorragias Durante el Embarazo' están estadísticamente relacionadas.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.



En filas: Grado de Anemia - (AC)

En columnas: Hemorragias Durante el Embarazo - (L)

	Si (2 trimestre)	Si (3 trimestre)	no	si (1 trimestre)	si (1 trimestre)	si (2 trimestre)
A (Leve 10-10.9 gr/dl)	11	557	3218	1	0	9
B (Mod-Severa 9.9-<7gr/dl)	44	1420	3540	0	1	30

Posee mayor asociación en la anemia moderada – severa en el tercer trimestre de la gestación.

Discusión

En la investigación se demostró que el peso del Recién Nacido depende significativamente del nivel de la hemoglobina de la madre, es decir que si la madre tiene niveles bajos de hemoglobina por debajo de 11 mg/dl las probabilidades que su producto tenga bajo peso al nacer se incrementan hasta 3,3 veces más que si la madre hubiera tenido niveles de hemoglobina por encima o igual a 11 mg/dl, asociación explicable porque las gestantes con anemia generalmente también tiene deficiencias de otros nutrientes incluyendo proteínas necesarias para que el feto gane peso, por lo que si la madre tienen baja hemoglobina también puede afectar el peso de su producto. Esta asociación es demostrada en el estudio de Esposito en la Argentina que demuestra que la anemia materna se asoció significativamente con bajo peso al nacer (OR = 1,68), del mismo modo el estudio de Madrid en Colombia determina que la hemoglobina de la madre en el tercer trimestre se asoció significativamente con el bajo peso del neonato ($p = 0,029$). También el estudio de Cuvi en el Ecuador e Isla en San Martín en el Perú concluyen que existe una correlación entre la ganancia de peso, hemoglobina materna durante el embarazo con el peso al nacer ($p = 0.0276$).

El estudio además demostró que los niveles de hemoglobina del feto dependen de los niveles de hemoglobina de la madre, pues cuando la madre tiene anemia las probabilidades de que el producto tenga niveles de hemoglobina por debajo de 14,5 mg/dl se incrementan, y este riesgo es de 2,5 veces más comparando con los niños que nacen de madres sin anemia, ello en razón de que las condiciones por las que la madre tiene hemoglobina baja repercuten significativamente en la formación de glóbulos rojos en el feto siendo uno de los componentes más importante el hierro y las proteínas. Esta asociación es perfectamente demostrada en el estudio de García en Lima que indica que madres que tuvieron Hb de <11 g/dl, el 57,6% de los recién nacidos sus hemoglobinas estuvieron entre valores disminuidos. Así lo demuestra el estudio de Cahupaz en Juliaca y Bautista en el Hospital de Chancay así como el estudio de Hinojosa que concluyen que existe asociación entre la anemia materna y la anemia neonatal.

El Apgar al nacer también se ve afectada significativamente por la presencia de anemia en la madre, aumentado el riesgo de tener niños con Apgar menor de 7 a los 5 minutos de nacer en 4,5 veces más en los niños que nacen de madres anémicas respecto de los Recién Nacidos ser madres sin anemia, la que se debería a que las madres con anemia tienen más probabilidades de tener complicaciones en la gestación o parto que afectan el normal proceso de nacimiento, por lo que el Recién Nacido puede nacer con Apgar bajo.

Conclusiones

- Existe asociación entre la anemia gestacional y complicaciones perinatales en el recién nacido del Hospital Público Materno Infantil.
- El bajo peso al nacer, Apgar bajo y bajo nivel de hemoglobina al nacer es una complicación asociada a la anemia gestacional en el recién nacido.
- La mayor tasa de complicaciones esta asociada a la anemia moderada – severa.

Recomendaciones

- Realizar una adecuada captación de gestantes en sus primeros meses de gestación a fin de evitar el desarrollo de anemia, la que es posible mediante un control estricto de los niveles de hemoglobina en el proceso de la gestación agregando suplementos vitamínicos en el momento oportuno.
- Monitorizar a cada gestante con anemia ya que es considerada de alto riesgo para el desarrollo de complicaciones neonatales como el bajo peso, por lo que debe tomarse las medidas necesarias para evitar infecciones en la gestación o patologías que puedan afectar el desarrollo del feto.
- Descartar patología materna relacionada con disminución de los niveles de hemoglobina siendo una de las principales las debidas a carencia de elementos necesarios para la formación de hemoglobina que deben ser corregidas oportunamente evitando los efectos en el feto.
- Evitar las complicaciones asociadas a la anemia gestacional que puedan afectar el normal desarrollo del parto, la que debe ser desarrollada por las obstetras y gineco-obstétricas tomando las medidas necesarias que eviten un sufrimiento fetal.
- Vigilar de cerca el estado nutricional de la madre ni por defecto ni por exceso pues ambas condiciones pueden afectar el crecimiento del producto, ello es posible mediante una adecuada cantidad y calidad de atenciones prenatales.

Referencias Bibliográficas

1. Clínica Barcelona, & Hospital (s.f.). *Medicina Fetal Barcelona*. Obtenido de Medicina Fetal Barcelona: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/Anemia-durante-la-gestacion-y-el-puerperio.pdf>
2. Díaz-Granda RC, -G. L. (2020). Third trimester gestational anemia: frequency and severity according to maternal age. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.
3. González Alcántara, M., Arena, M. F., & Lescano, M. F. (s.f.). Anemias en el Embarazo. En *Programa de actualización en ginecología y obstetricia*. Buenos Aires: Panamerica.
4. Marín, H. (2002). Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. *Atencion primaria*.
5. Maternidad Provincial de 25 Mayo, Instituto Bioquímica Aplicada, Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia, & Universidad Nacional de Tucuman . (2019). Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en la maternidad provincial de catamarca. 10. OMS. (s.f.). Anemia. https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1.
6. Salas, Torrico, A., & Aranda, E. (2004). Anemia ferropénica durante el embarazo y su relación con el intervalo intergenésico. *Cuadernos del Hospital de Clínicas*, 161-166.
7. Salud, M. (s.f.). Anemia.
8. Santiago, E.-L. (Sept./Dec. 2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Medicas UIS vol.26 no.3 Bicaramanga*.

9. Villena, (2020). Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 581-588.
10. Martínez Sánchez L. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. Universidad Pontificia Bolivariana, Sede Central Medellín, Circular 1 No. 70-01, Medellín, Colombia. Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina Medellín, *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2018. 44(2). <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/356/287>
11. Gonzales Calero, N. Anemia en el embarazo adolescente y su relación con el peso del recién nacido. Disponible en: <https://www.studocu.com> > universidad norbert-wiener
12. Taipe-Ruiz B. Anemia en el primer control de gestantes en un centro de salud de Lima, Perú y su relación con el estado nutricional pregestacional. *Horiz Med*

Experiencia en el Tamizaje Primario con Genotipificación de VPH y Triage Citológico en la Provincia de Mendoza

Premio Harald Zur Hausen - Primer Congreso SAEVPH.



Autores:

Federiche, Claudia¹; Oronel, Ana; Venditti¹, Paula; Orrico, Santiago¹

Objetivo

Analizar los resultados obtenidos en el tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino con genotipificación de VPH y triage citológico, en el subsistema de salud pública de la Provincia de Mendoza y su comparación con los obtenidos previamente, en el screening con citología para la detección de lesiones CIN2+.

Método

Estudio retrospectivo descriptivo que analiza los resultados del screening en pacientes de 30 a 65 años en un período de 30 meses. Se evaluaron 46830 paciente con citología entre 01/08/2017 y 31/01/2020 versus 22692 pacientes con genotipificación VPH entre 1/11/2021 y 30/4/2024. En todos los casos VPH positivos se realizó triage con citología. Todas las mujeres con VPH no 16/18 con citología ASCUS+, y aquellas VPH 16 y/o 18 independientemente de la citología, fueron derivadas a colposcopia y eventual biopsia. Se analizaron los resultados histológicos CIN 2+ de ambos grupos.

Resultados

De las 1363 biopsias realizadas en el grupo tamizado con citología, resultaron 387 CIN2+ (0,82 % del total de citologías). Se obtuvieron 245 CIN2 (0,52 %), 60 CIN 3 (0,13 %), 18 CIS (0,04%), 52 carcinoma invasor (0,11%), 5 adenoCIS (0,010%), 7 adenocarcinoma (0,014%). De los 22692 tests VPH realizados, 3931 fueron positivos para VPH en general (17,32%). De éstos, 2788 fueron positivos VPH no 16/18 (70,92%), 869 para VPH 16 (22,11%). 243 VPH 18 (6,18%) y 31 para 16 y 18 (0,79%). De los tests VPH positivos se obtuvieron 1232 biopsias con 468 resultados histológicos CIN 2+ (2,06% del total de tests): 270 CIN2 (1,19%), 123 CIN3 (0,54%), 28 CIS (0,12%), 43 carcinoma escamoso invasor (0,19%) y 4 adenocarcinoma invasor (0,02%).

La tasa total de detección de CIN2+ fue claramente mayor en las pacientes tamizadas con el test VPH (20,62/1000) en relación a las estudiadas con citología (8,13/1000), por lo que

el cribado con test de VPH nos permitió detectar 2,5 veces más de patología precursora y cáncer cervicouterino.

Conclusión

El tamizaje con genotipificación de VPH y triage citológico ha demostrado ser más efectivo en la detección del cáncer y lesiones precursoras. Esto permite seleccionar a la población con verdadero riesgo, lo que resulta en un screening con mayor costo-efectividad en la Provincia de Mendoza.

Introducción

El cáncer de cuello uterino plantea un importante desafío para la salud en los países en desarrollo, lo que pone de relieve la necesidad de estrategias de detección adecuadas para acelerar la eliminación de esta enfermedad. (1) A pesar de los avances sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, con aproximadamente 660.000 casos nuevos en 2022 y 350.000 muertes cada año. (2)

Pocas enfermedades reflejan las desigualdades a nivel mundial como el cáncer de cuello uterino. Su incidencia en los países de bajos y medianos ingresos se duplica y su tasa de mortalidad triplica la de los países de altos ingresos. Más del 94% de las muertes causadas por este cáncer se producen en los países más pobres. Las diferencias regionales de esta patología se relacionan con el acceso a los servicios de vacunación, cribado y tratamiento, los factores de riesgo como prevalencia del VIH y determinantes socio-económicos. Las mujeres con VIH tienen una probabilidad 6 veces mayor de padecer cáncer de cuello uterino en comparación con la población general. Esta enfermedad afecta de manera desproporcionada a las mujeres más jóvenes y a consecuencia de ello el 20% de los niños que pierden a su madre a causa del cáncer, lo hacen debido a esta enfermedad.(3)

En la actualidad no deberían morir mujeres por esta causa. Se cuenta con las herramientas necesarias para prevenirlo. La vacunación profiláctica contra el VPH, el cribado y el tratamiento de las lesiones precancerosas, son medidas eficaces para evitar el cáncer de cuello uterino y tienen una muy buena relación costo beneficio.

La Organización Mundial de la Salud, según las previsiones de incidencia y mortalidad para el 2030, propone una estrategia mundial para la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública, alcanzando una tasa de incidencia umbral de 4 por 100000 mujeres/año. Sus objetivos son: vacunar al 90% de las niñas antes de los 15 años; que el 70% de las mujeres accedan al test de VPH al menos 2 veces entre los 35 y 45 años de edad; y garantizar el tratamiento del 90% de las mujeres con enfermedad precursora o cáncer de cuello uterino. (2)

La infección por el VPH es muy frecuente: casi todas las personas que tienen relaciones sexuales contraen este virus a pocos años de iniciar la actividad sexual. La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen solas sin causar enfermedad. Cuando éstas se hacen persistentes, pueden evolucionar a cáncer de cuello uterino. Ciertos tipos de VPH también dan lugar a cáncer de ano, vulva, vagina, pene y cavidad orofaríngea. La evidencia confirma que la infección persistente con tipos de VPH de alto riesgo oncogénico es la causa primaria del CCU y de la mayoría de las lesiones precursoras. Se estima que deben

transcurrir varios años (20 aproximadamente) entre la infección inicial y el desarrollo del cáncer de cérvix. (4,5,6)

En referencia a la prevención secundaria de esta enfermedad, se ha utilizado la detección mediante citología con éxito cuando ha formado parte de programas nacionales con alta cobertura y con disposición de recursos para el seguimiento de pacientes, pruebas diagnósticas complementarias y tratamiento de las lesiones. (7)

En la actualidad, en base a la comprensión de la patogénesis molecular del VPH, se han desarrollado numerosos test moleculares para screening y diagnóstico. Estos han sido propuestos tanto solos como acompañados con citología, con el objetivo de mejorar el desempeño de los programas de prevención de cáncer de cuello uterino.

El test de VPH ocupa un lugar importante como herramienta de tamizaje por su alta sensibilidad y capacidad de descartar patología (alto valor predictivo negativo). Esto explica la ausencia de riesgo de patología invasora por varios años cuando la prueba es negativa. (8)

De todas maneras existe una limitación de este test como prueba de cribado por su menor especificidad para detectar lesiones de alto grado en relación con la citología. Esto hace referencia a que la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y regresan espontáneamente. La dificultad de diferenciar éstas de las infecciones persistentes es lo que podría llevar a un sobrediagnóstico y sobretratamiento. Por este motivo, es necesaria la estrategia que combina pruebas y que permite seleccionar entre todas las pacientes con Test VPH positivo aquellas con verdadero riesgo de tener lesión preneoplásica y requerir una prueba diagnóstica. (9)

Un programa de tamizaje depende de varios factores, siendo el más importante la cobertura de la población objetivo, la participación de la población es la manera más sencilla de mejorar la efectividad de un programa.

En la Provincia de Mendoza se creó por ley 5773 el Programa Provincial de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino y Mama. Se utilizó como prueba de tamizaje la citología convencional, desde sus inicios hasta fines de 2021. Previo a modificar dicha Ley y con la aprobación del procedimiento de implementación de test de VPH, se reemplazó la mencionada estrategia por el cribado con test de VPH más triage con citología convencional en pacientes de 30 a 65 años, a partir de esa fecha.(10)

Aquí se realiza un estudio que tiene como objetivo analizar los resultados obtenidos en el tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino realizado con genotipificación de VPH y triage citológico en el subsistema de salud público de la provincia de Mendoza, en comparación con los obtenidos previamente con el screening citológico para detectar lesiones CIN 2+, en mujeres entre 30 y 65 años.

Material y Métodos

En un estudio retrospectivo descriptivo y comparativo se evaluaron los resultados obtenidos del screening con citología de 46830 pacientes entre el 1/8/17 y el 31/1/2020 versus los resultados logrados luego del tamizaje primario con genotipificación de VPH de 22925 pacientes entre el 1/11/21 y el 30/4/24 realizados en el sector de salud pública de la provincia de Mendoza. Ambos abarcaron a pacientes entre 30 y 65 años.

El test de genotipificación de VPH se realizó con sistema COBAS 4800 PCR real time. Esta técnica identifica 14 genotipos de alto riesgo y reporta individualmente los genotipos 16 y 18. En todos los casos positivos para test de VPH se realizó triage con citología convencional, cuyas muestras fueron obtenidas en el mismo momento del tamizaje con VPH.

Selección de la prueba de screening.

Durante los últimos 15 años, grandes estudios randomizados han brindado importantes conclusiones a favor de la implementación del test de VPH como tamizaje primario. Éste detecta aproximadamente un 30% más de lesiones CIN2+ y un 20% más de lesiones CIN3+ en mujeres mayores de 30 años. Además es importante destacar la mayor detección precoz de lesiones de alto grado persistentes con este método en comparación con la citología.

Necesidad de un triage

| La principal limitación del test de VPH es su menor especificidad para detectar lesiones de alto grado en comparación con la citología. La aplicación de ésta para la prueba de triage cuenta con la mayor evidencia entre los especialistas para la detección de lesiones precursoras y cáncer.

Claramente la elevada especificidad de la citología implica una menor necesidad de colposcopias y de seguimiento.

Una publicación holandesa que comparó diferentes estrategias de triage en el contexto de un programa de tamizaje poblacional, posicionó a la citología como el test de elección y sostiene que su repetición a los 12 meses para población inicialmente negativa para el triage se traduce en un VPP para CIN 3+ de 37.5% (95% CI 32.6–42.6), VPN de 99.3%(95% CI 89.1–99.8) y la menor tasa de derivación colposcópica. (11)

El estudio ATHENA demostró que la mejor estrategia de triage es la aplicación de la citología con el uso del Test de Detección de 14 tipos de VPH de Alto Riesgo más genotipificación de VPH 16 y 18, mostrando una sensibilidad global para CIN3+ de 72.2% (95% CI 66.4–77.4) y un VPP de 13.9% (95% CI 12.8– 15.0). (12)

Selección de población para el estudio:

Todas las mujeres con VPH no 16/18 con citología ASCUS+, y todas las mujeres con VPH 16 y/o 18, independientemente del resultado citológico fueron derivadas para realización de colposcopia y eventual biopsia. Las demás mujeres con test de VPH no 16/18 se remitieron para realización de nuevo test de VPH a los 12 meses. El grupo de mujeres con test de VPH negativo fueron remitidas a la próxima ronda de detección con test de VPH a los 5 años(13); teniendo en consideración los antecedentes de la paciente.

Resultados

Se analizaron los resultados histológicos CIN 2+ surgidos de las biopsias realizadas en ambos grupos de pacientes. Los datos fueron extraídos de la base de datos del Programa Provincial de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino y Mama de la provincia de Mendoza.(INFOPAP)

Se realizaron 46830 citologías en el periodo entre el 1/8/2017 y el 31/1/2020 (30 meses). De las cuales resultaron 42657 (91,09%) pap negativos, 1321 (2,82%) insatisfactorios, 1086 (2,32%) ASCUS, 52 (0,11%) AGC, 1014 (2,16%) LSIL, 227(0,48%) ASC-H , 404 (0,86%) HSIL y 69 (0,15%) carcinomas invasores.(Tabla n°1)

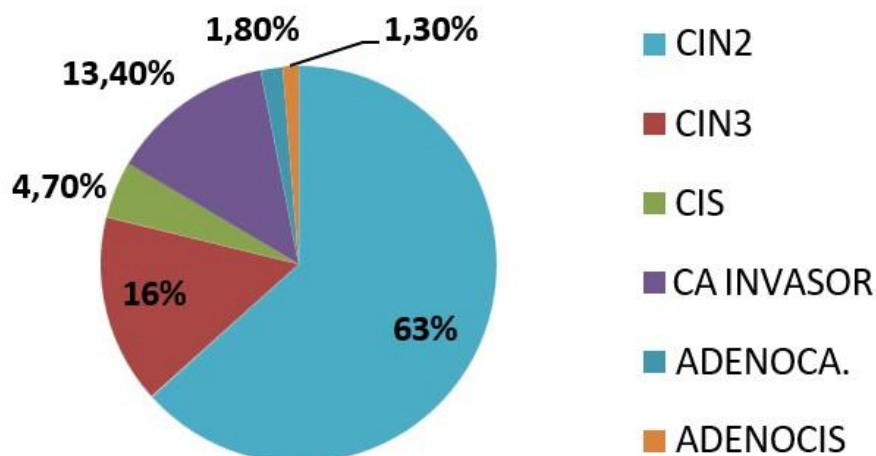
Tabla N° 1.

Insati sf.	Negati vo	ASC US	AGC	LSIL	ASC - H	HSIL	INVAS OR
1321 (2,8%)	42657 (91%)	1086 (2,3%)	52 (0,1%)	1014 (2,1%)	227 (0,5%)	404 (0,9%)	69 (0,1%)

De las 46830 citologías se generaron 1363 (2,91%) biopsias: 387 informaron resultado histológico CIN 2+ (0,82% del total de citologías). Se obtuvieron 245 CIN 2 (0,52%), 60 CIN 3 (0,13%), 18 CIS (0,03%), 52 carcinoma escamoso invasor (0,11%), 5 adenocis (0,01%), 7 adenocarcinoma invasor (0,01%). (Gráfico n° 1)

Gráfico n°1.

1363 biopsias: **CIN 2+ 387 (0,82%)**



Se efectuaron 22692 test de VPH entre el 1/11/21 y el 30/4/24, de los cuales 101 (0,44%) resultaron no aptos, 18660 (82,23%) negativos y 3931 (17,32%) fueron positivos para VPH en general. (Gráfico n°2). De estos últimos, 2788 (70,92%) fueron positivos para VPH no 16/18, 869 (22,11%) positivos para VPH 16, 243 (6,18%) VPH 18 positivos, y 31 (0,79%) muestras fueron positivas tanto para VPH 16 como 18.(Gráfico n°3) (Tabla n°2).

Gráfico n°2.

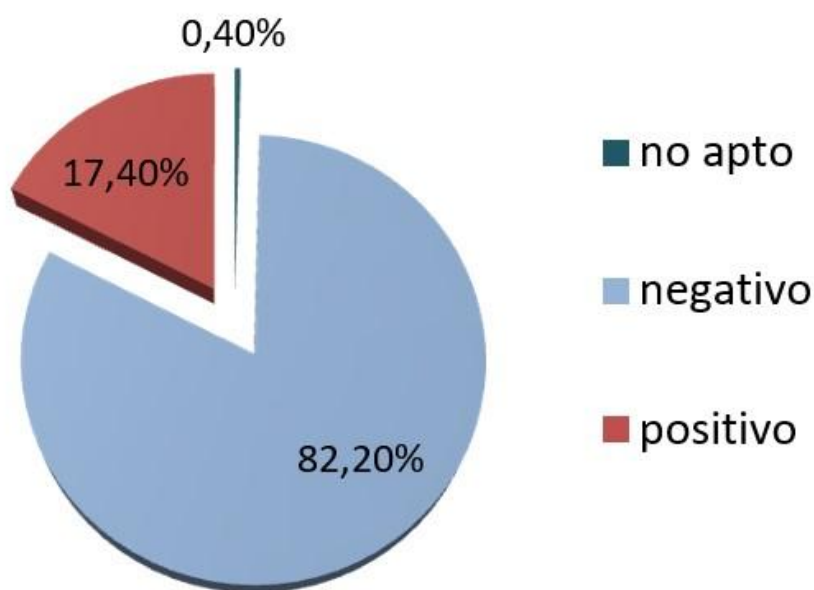


Gráfico n°3.

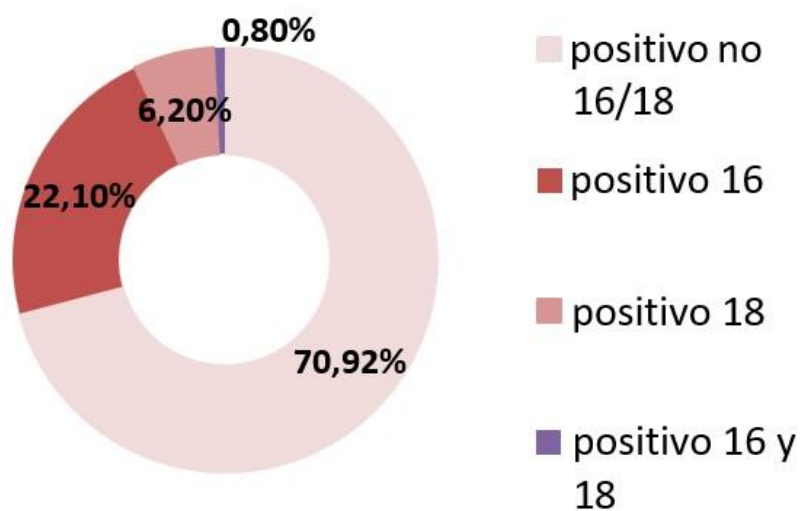


Tabla n°2.

No aptos	negativo	Positivo no 16/18	Positivo 16	Positivo 18	Positivo 16 y 18
101	18660	2788	869	243	31
(0,4%)	(82,2%)	(12,3%)	(3,8%)	(1,1%)	(0,1%)

De los 22692 test de VPH realizados se generaron 1232 biopsias (5,43%) De éstas se obtuvieron 468 resultados histológicos CIN 2+ (2,06% del total de tests efectuados). Se

informaron 270 CIN2 (1,19%), 123 CIN 3 (0,54%), 28 CIS (0,12%), 43 carcinoma escamoso invasor (0,19%) y 4 adenocarcinoma invasor (0,02%). (Tabla n°3), (Gráfico n°4), (Gráfico n°5).

Tabla n°3

CIN 2 +	Positivo no 16/18	Positivo 16	Positivo 18	Positivo 16y 18
468	172	257	31	8

Gráfico n° 4

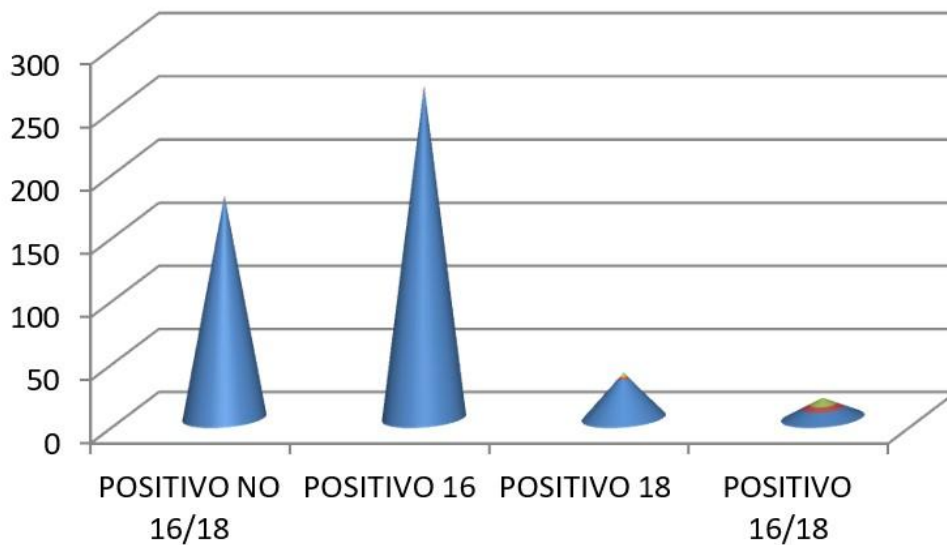
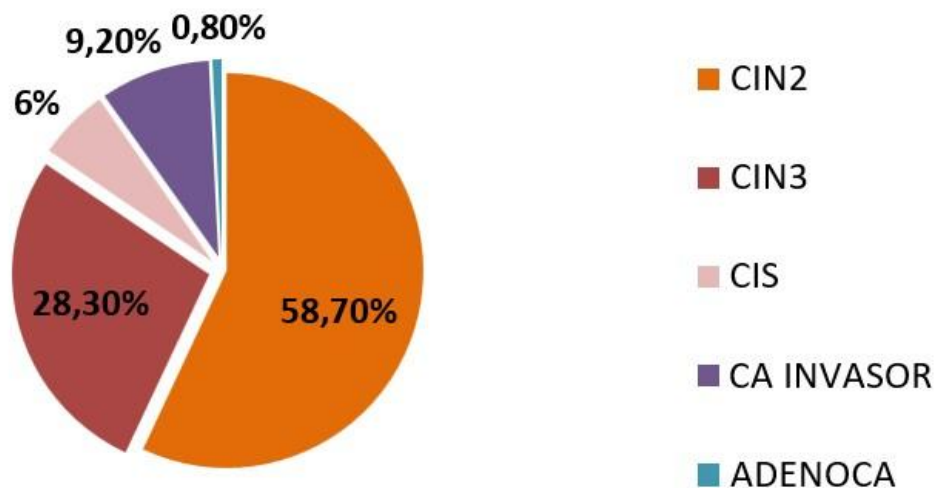


Gráfico n°5.



Resultados finales:

Tamizaje (30-65años)	CITOLOGIA	TEST DE VPH (trriage con citología)
Población con prueba positiva	2852	3931
Nº biopsias	1363	1232
Detección CIN 2+	387	468
Tasa de detección	8,13 X 1000	20,62x 1000

La tasa de detección de CIN 2+ fue significativamente mayor en la cohorte de tamizaje con test de VPH (20,62/1000) frente a la de citología (8,2/1000).

Discusión

Aunque el screening mediante citología ha reducido la incidencia de cáncer cervical invasor en muchos países, aún esta patología continúa siendo una de las principales causas de muerte y enfermedad en mujeres, sobre todo en los países en vías de desarrollo. El VPH es la principal causa de cáncer cervical y en la historia natural de esta enfermedad la infección persistente por VPH precede la aparición de anomalías citológicas. Estudios de cohorte longitudinales han mostrado que la combinación de test de VPH como tamizaje y triage con citología tiene mayor sensibilidad y brinda mayor protección a largo plazo contra CIN 3 que la citología sola. (14)

La prevalencia de la infección por VPH tiene su pico en las pacientes alrededor de los 20 años, pero esta infección es usualmente transitoria. La especificidad del tamizaje con test de VPH es mayor en mujeres de 35 años o más. La incidencia máxima del cáncer cervical es alrededor de los 40 años, lo que sugiere que la eficacia del test de VPH debería ser mayor cuando se realiza en mujeres entre los 30 y los 40 años. (14)

Aunque la citología tiene una alta especificidad y puede ser útil al estimar el riesgo inmediato, su menor sensibilidad y menor valor predictivo negativo en comparación con el test de VPH reduce la utilidad de la prueba para la predicción del riesgo a largo plazo. Los resultados de las pruebas de VPH solos o con triage con citología permiten alargar los intervalos de seguimiento y diferir la colposcopia por resultados de bajo riesgo. (15)

Numerosos estudios a nivel poblacional indican que la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino disminuyen a medida que aumenta la detección y el tratamiento de anomalías cervicales histológicas de alto grado. (15)

La OMS recomienda el tamizaje basado en la prueba de VPH en lugar de la citología, cuando haya recursos disponibles, desde 2014. Para el tamizaje primario, la mejora en la sensibilidad reduce la tasa de resultados falsos negativos. Se recomienda la prueba de VPH debido a su mayor sensibilidad en comparación con la citología en la primera

detección. También es más probable que la prueba de VPH detecte lesiones precursoras de adenocarcinoma que el tamizaje basado en citología. (16)

La mayor sensibilidad y el mayor rendimiento enfocado en la carcinogénesis cervical conferidos por el test de VPH, en relación a la citología, es lo que permite la prolongación de los intervalos de screening con seguridad. La incorporación de este test en el tamizaje primario requiere la educación de las pacientes y de todo el sistema de salud. Este cambio en el screening de prueba citológica a test de VPH, en conjunto con la educación y la vacunación, contribuirá a un control más eficiente del cáncer cervical. (17)

En un estudio realizado en Suecia con más de 12000 pacientes se encontró que las mujeres de alrededor de 30 años que fueron tamizadas con prueba de VPH junto con citología tuvieron una reducción de aproximadamente el 40% en el riesgo de desarrollar CIN2-3 o cáncer invasor en las rondas de tamizaje posteriores, en comparación con las mujeres tamizadas solo con citología. Esta

reducción permite extender los intervalos de screening, requiriendo menos muestras citológicas y posiblemente disminuyendo los costos del tamizaje. (14)

En mujeres mayores de 30 años se recomienda reemplazar la citología por test de VPH en el tamizaje. La citología debe utilizarse como prueba de triage para los casos positivos de test de VPH. (16)

Existe consenso sobre la superioridad de la prueba del VPH en mujeres mayores de 30 años. La mayoría de los resultados positivos en mujeres jóvenes reflejan infecciones transitorias en lugar de lesiones precursoras. Los resultados positivos en este subgrupo etario pueden llevar a sobrediagnóstico y sobretratamiento, por lo cual no se sugiere realizar este test en mujeres menores de 30 años.

La prueba de VPH es más sensible que la citología y debe utilizarse para la detección primaria. Sin embargo, si la detección se basará únicamente en la prueba de VPH, muchas pacientes serían remitidas a colposcopia innecesariamente, ya que la mayoría de las infecciones por VPH se resuelven inmunológicamente. En cuanto a la relación costo-efectividad, una segunda prueba como triage antes de la colposcopia (citología) mejora la especificidad.

La mujer debe ser derivada a colposcopia para eventual biopsia guiada sólo cuando la prueba de VPH es positiva (sin genotipificación) y la citología es anormal. En caso de existir genotipificación, deben ser derivadas a colposcopia todas las pacientes con VPH 16 y/o 18 y aquellas con VPH no 16/18 y citología ASCUS+. (18)

Se debe suspender el cribado en mujeres mayores de 65 años si han tenido una vigilancia adecuada los últimos 10 años. Si hay antecedente de HSIL+, el tamizaje debe continuar por al menos 25 años después de realizado el tratamiento.(16)

Un tema crítico es que, al ofrecer citología para mujeres menores de 30 años y prueba de VPH para las mayores, ambas tecnologías tienen que estar disponibles simultáneamente, lo que requiere más recursos e induce a su mal uso, por lo cual la educación de todo el personal de salud es de fundamental importancia.

En los países de ingresos altos, la prueba de VPH es rentable debido a su VPN mayor, lo cual permite intervalos de tamizaje prolongados. En los países de ingresos bajos y medianos se debe abordar la rentabilidad. En Argentina se inició este nuevo tamizaje en la provincia de Jujuy, en el año 2012, extendiéndose su uso por distintas provincias, sin llegar aún a abarcar la totalidad de las mismas. Mendoza cuenta con genotipificación para VPH con triage con citología desde noviembre de 2021.

Conclusión

La experiencia en Mendoza con la implementación del tamizaje primario con genotipificación de VPH y triage citológico resultó ser 2,5 veces más eficiente que la citología sola para detectar CIN 2+.

Esta nueva estrategia, en el marco de un programa organizado de cribado para cáncer de cuello uterino, permitió seleccionar a la población con verdadero riesgo, lo que resultó en un screening con mayor costo-efectividad.

Bibliografía

1. Boshuang Yao, Jieru Peng, Wei Song, Liu Yang, Meng Zhang, Xia Wu. Real-world effectiveness of cytology and HPV-based screening strategy in cervical cancer screening: a cross-sectional population-based study in Chengdu, China. PLoS One. 2024 Feb 29;19(2):e0299651.doi:10.1371/ journal.pone.0299651.eCollection2024.
2. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
3. Guida, F., Kidman, R., Ferlay, J. et al. Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in Nat Med 28, 2563–2572 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02109-2>.
4. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. International Journal of Cancer. 2017;141(4):664–70. doi:10.1002/ijc.30716.G. McQuillan, D. Kruszon-Moran, L.E. Markowitz, E.R. Unger, R. Paulose
5. Prevalence of HPV in adults aged 18-69: United States, 2011-2014. NCHS Data , (2017), 1-8
6. Stelze, Dominik et Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *The Lancet*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30459-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30459-9)
7. Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático / Silvana Arrossi ... [et al.]. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer, 2016.
8. Dijkstra MG, Snijders PJ, Arbyn M, Rijkaart DC, Berkhof J, Meijer CJ. Cervical cancer screening: on the way to a shift from cytology to full molecular screening. Ann Oncol. 2014 May;25(5):927-35

9. Bosgraaf RP, Siebers AG, De Hullu JA, Massuger LF, Bulten J, Bekkers RL, Melchers The current position and the future perspectives of cervical cancer screening. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2014 Jan;14(1):75-92.
 10. Procedimiento Implementación del test de VPH como prueba de tamizaje primario para cáncer de cuello uterino. Resolución N° 1215/22. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes - Subsecretaría de Salud.
 11. Dijkstra MG, van Niekerk D, Rijkaart DC, van Kemenade FJ, Heideman DA, Snijders PJ, Meijer CJ, Berkhof J. Primary hrHPV DNA testing in cervical cancer screening: how to manage screen-positive women? A POBASCAM trial substudy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014 Jan;23(1):55-63.
 12. Castle PE, Stoler MH, Wright TC Jr, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. *Lancet Oncol.* 2011 Sep; 12(9):880–90.
 13. Guía de procedimientos para la implementación del test de VPH como tamizaje primario del cáncer de cuello uterino en la Provincia de <https://prevencioncancermujer.mendoza.gov.ar>.
 14. Naucler P, Ryd W, Tomberg S, Strand A, Wadell G, Efgren C, Rádberg T, Strander B, Johansson B, Forslund O, Hansson B, Rylander E, Dillner J. Human Papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2007.357:16.
 15. Perkins R, Guido R, Castle P, Chelmow D, Einstein M, García F, Huh W, Kim J, Moscicki AB, Nayar R, Saraiya M, Sawaya G, Wentzensen N, Schiffman M, para el Comité de Directrices de Consenso de Gestión Basada en el Riesgo de ASCCP de 2019. Consenso de gestión basada en riesgos de la ASCCP de 2019. Pautas para la detección anormal del cáncer de cuello uterino. Pruebas y precursores del Cáncer.
 16. Carvalho C, Teixeira J, Braganza J, Derchein S, Zeferino L, Vale,D. Detección de cáncer de cuello uterino con prueba de VPH: Actualizaciones sobre la recomendación. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2022;44(3):264-271.
 17. Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter S, Hanley J, Ferenczy A, Ratnam S, Coutlée F, Franco E for the Canadian Cervical Cancer Screening Trial Study Group. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer. *N.Engl.J.Med* 2007,357;16.
 18. AEPCC- Guía: Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Torné A; Andía D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quilez J;; de la Fuente J; de Sanjosé S; Grandados R; Ibañez R; Lloveras B; Lubrano A; Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.
-
1. Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. Casa de la Salud de la Mujer. Programa Provincial de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino y Mama. Mendoza. Argentina.

Incidencia de Diabetes Gestacional y Macrosomía Fetal entre 2021 y 2023 en una Maternidad de la Provincia de Buenos Aires. Impacto del Cambio del Protocolo Diagnóstico

Autores:

Dr. Juan Carlos Badaoui¹; Dra. Rocío Maggioni¹; Dra. María José Rau¹; Dra. Marina Viola¹

Condensación:

El estudio evalúa el impacto de un nuevo protocolo diagnóstico en la incidencia de diabetes gestacional y macrosomía fetal en una maternidad argentina durante 2021-2023.

Frases o Palabras Claves:

- Diabetes gestacional
- Macrosomía fetal
- Criterios diagnósticos

Resumen

Objetivos

Analizar el impacto del cambio de protocolo diagnóstico de diabetes gestacional implementado en enero de 2022, y comparar la incidencia de diabetes gestacional y macrosomía fetal entre 2021 y 2023.

Diseño

Estudio observacional y analítico de una cohorte retrospectiva de mujeres cuyos embarazos finalizaron en ese período de tiempo.

Resultados

La incidencia de diabetes gestacional incrementó de 16,8% en 2021 a 37,1% en 2023. La incidencia de macrosomía fetal disminuyó en ese periodo de 10,2% a 7,3%. Sin embargo, esta disminución fue a expensas del grupo de pacientes sin diagnóstico de diabetes (de 8,0% a 4,4%), mientras que su incidencia se mantuvo estable en las pacientes diabéticas (de 2,3% a 2,9%).

Conclusiones

La reducción del punto de corte no ofrece un claro beneficio en cuanto a la reducción de macrosomía fetal, e involucra un aumento exagerado de gastos sanitarios elevando desproporcionadamente la cantidad de pacientes diagnosticadas e intervenciones innecesarias.

Introducción

Durante el embarazo, especialmente durante su segunda mitad, aumentan los requerimientos de insulina y la resistencia de los tejidos a esta hormona, con el fin de favorecer la oferta de nutrientes al feto. En la mayoría de las gestantes esta resistencia periférica se contrarresta con un marcado aumento de la secreción de insulina. Sin embargo, en aquellas en las que esta compensación sea insuficiente, se desarrollará una diabetes gestacional (1).

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la diabetes “constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo, afectando al pronóstico del embarazo y al de su futuro hijo”, y está asociada con riesgos aumentados de presentar complicaciones maternas, fetales y neonatales graves (2). La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia define a la diabetes gestacional como cualquier grado de intolerancia a la glucosa diagnosticado por primera vez durante la gestación, que no cumpla con los criterios diagnósticos para diabetes mellitus en pacientes no embarazadas (3).

La diabetes gestacional está relacionada con múltiples complicaciones maternas, fetales y neonatales, con una mayor frecuencia de ingresos y estancias prolongadas en la unidad de cuidados intensivos neonatales, y con una mayor tasa de mortalidad neonatal. Una de las complicaciones más frecuentes es la macrosomía fetal, que se define como un peso estimado mayor a 4000 gramos, y que se asocia con otras manifestaciones adversas tanto maternas (entre ellas el parto instrumentado, la cesárea, las lesiones perineales y la hemorragia postparto) como fetales (principalmente la distocia de hombros).

No existe un consenso uniforme entre las diferentes organizaciones internacionales sobre el punto de corte para el diagnóstico de la diabetes gestacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto a la American Diabetes Association (ADA) y la International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), propone un punto de corte de 92 mg/dl de glucemia en ayunas, y de 153 mg/dl en una prueba de tolerancia oral a la glucosa luego de dos horas (4). Por otra parte, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) y el National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido (NICE) proponen un punto de corte mayor en ayunas (100 mg/dl) y menor en la prueba de tolerancia oral a la glucosa (140 mg/dl) (5). Los pocos estudios que se han realizado coinciden en que los puntos de corte propuestos por la OMS, la ADA y la IADPSG aumentan significativamente la incidencia de esta patología (entre dos y tres veces más pacientes diagnosticadas) en comparación con los propuestos por la ALAD y el NICE. Un estudio realizado en 2021 por Lapertosa y colaboradores, calcula una prevalencia global en la Argentina de 24,5% utilizando el primer criterio, y de 9,8% utilizando el segundo (6).

En la Maternidad Santa Rosa se utilizó un protocolo diagnóstico basado en los puntos de corte propuestos por la ALAD hasta el 1 de enero de 2022. A partir de esa fecha, con la intención de disminuir la cantidad de complicaciones de esta patología, se implementó un nuevo protocolo aplicando los criterios de la OMS. El objetivo de esta investigación es evaluar el impacto de este cambio en la incidencia de diabetes gestacional, y comparar la incidencia de una de sus complicaciones más frecuentes (la macrosomía fetal) entre los años 2021 y 2023.

Materiales y Métodos

Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional y analítico de una cohorte retrospectiva de mujeres cuyos embarazos finalizaron en el período comprendido entre el 1ero de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2023, a partir de los datos registrados en el Sistema de Información Perinatal (SIP). Luego para evaluar la significancia estadística de los datos recolectados se realizó un cálculo del p-valor.

Ámbito

El estudio se llevó a cabo en la Maternidad Santa Rosa, ubicada en Vicente López, Provincia de Buenos Aires (Argentina). Una institución que registra un promedio anual de 2000 nacimientos y que atiende a una población mayoritariamente carente de obra social y que pertenece a estratos socioeconómicos medio-bajos.

Resultados y Discusión

Incidencia de diabetes gestacional

Año	Con DBTg		Sin DBTg		Sin datos		Total
2021	340	16,8%	1.681	83,2%	0	0,0%	2.021
2022	613	33,3%	1.227	66,6%	3	0,2%	1.843
2023	608	37,1%	1.031	62,8%	2	0,1%	1.641

Tabla 1. Incidencia de diabetes gestacional por año

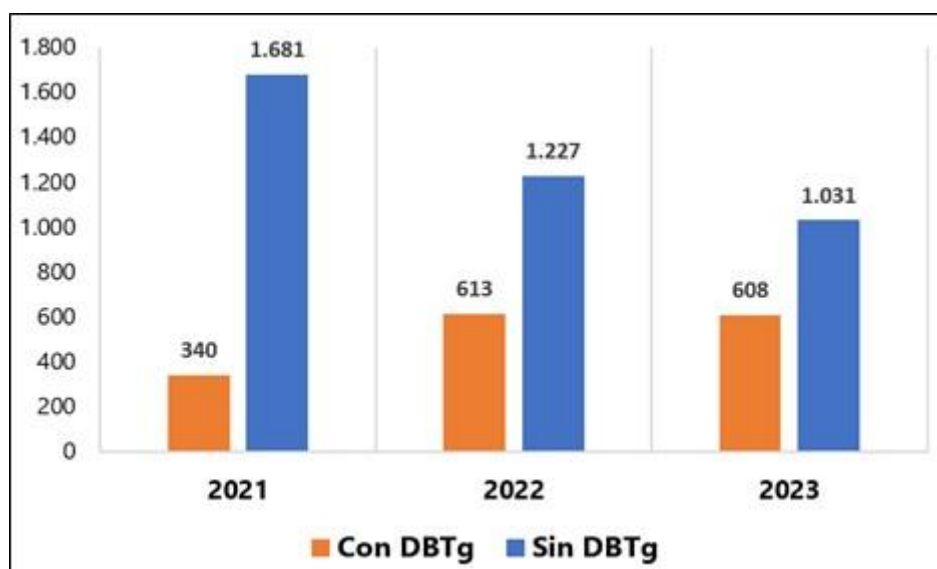


Gráfico 1. Incidencia de diabetes gestacional por año

En el año 2021 se registró un total de 2.021 nacimientos en la Maternidad Santa Rosa. Entre ellos, 340 corresponden a madres que presentaron diagnóstico de diabetes

gestacional, lo que representa un 16,8% de todos los nacimientos. Este porcentaje aumentó en el año siguiente (con la aplicación del nuevo protocolo de diagnóstico) hasta un 33,3% (613 casos entre 1843 nacimientos), y continuó incrementándose hasta alcanzar en el 2023 el 37,1% de todos los nacimientos (608 casos en 1641 pacientes).

Incidencia de macrosomía fetal

En cuanto a la incidencia de macrosomía en recién nacidos, se evidenció un descenso desde el 10,2% en el año 2021 (207 casos) hasta un 7,7% en el 2022 (141 casos) y un 7,3% en el año 2023 (119 casos). Al evaluar esta disminución de la incidencia de esta complicación obstétrica, se obtiene un p-valor de 0.06 que corresponde a un resultado estadísticamente significativo.

Sin embargo, teniendo en cuenta que no todos los casos de macrosomía fetal son atribuibles a la diabetes gestacional, y que existen otros múltiples factores que pueden influir en el crecimiento fetal (incluyendo el genético y el nutricional), es importante analizar si esta disminución del porcentaje de recién nacidos macrosómicos se fundamentó en una reducción de su incidencia en la población madres diabéticas.

Año	Con Macrosomía		Sin Macrosomía		Sin datos		Total
2021	207	10,2%	1.814	89,8%	0	0,0%	2.021
2022	141	7,7%	1.699	92,2%	3	0,2%	1.843
2023	119	7,3%	1.520	92,6%	2	0,1%	1.641

Tabla 2. Incidencia de macrosomía fetal por año

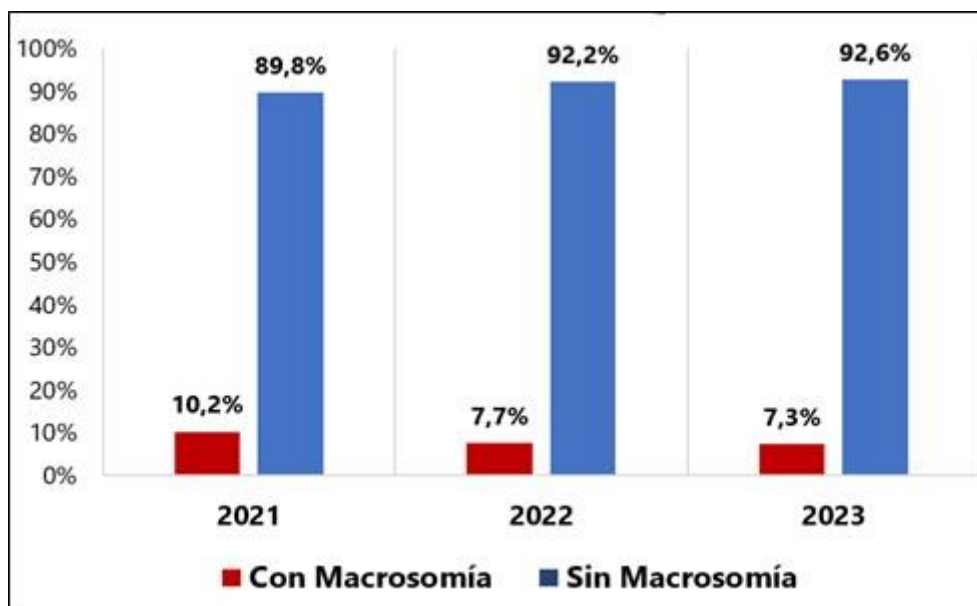


Gráfico 2. Incidencia de macrosomía fetal por año

Incidencia de macrosomía según diagnóstico de diabetes gestacional

Al relacionar ambas variables se evidencia que la disminución en la incidencia de macrosomía entre los años 2021 y 2022-2023 ocurrió a expensas de causas no atribuibles a la diabetes, mientras que su incidencia en pacientes diabéticas se mantuvo relativamente estable en ese periodo de tiempo, e incluso con una tendencia ligeramente a la alza, alternando entre un 2,3% en el 2021 (46 casos), un 3,2% en el 2022 (59 casos) tras el inicio del nuevo protocolo, y un 2,9% en el 2023 (47 casos). Estos resultados indican que a pesar del enorme aumento en la cantidad y el porcentaje de pacientes que son diagnosticadas con diabetes gestacional, esto no se traduce en una reducción en la incidencia de macrosomía fetal atribuible a esta patología.

Año	Con macrosomía fetal				Sin macrosomía fetal				Sin datos	Total	
	Con DBTg		Sin DBTg		Con DBTg		Sin DBTg				
2021	46	2,3%	161	8,0%	294	14,5%	1.520	75,2%	0	0,0%	2.021
2022	59	3,2%	82	4,4%	554	30,1%	1.145	62,1%	3	0,2%	1.843
2023	47	2,9%	72	4,4%	561	34,2%	959	58,4%	2	0,1%	1.641

Tabla 3. Incidencia de macrosomía fetal según diagnóstico de diabetes gestacional y año

Conclusiones

En el ámbito de la obstetricia, la definición de un punto de corte para el diagnóstico de la diabetes gestacional es un tema controversial debido a la ausencia de un consenso entre las distintas organizaciones nacionales e internacionales.

En la Argentina, el último consenso aprobado en el 2023 por el Ministerio de Salud de la Nación, valoró como más adecuado el punto de corte propuesto por el NICE y la ALAD, que se corresponde con el protocolo utilizado en nuestra institución antes del 2022. Según ese documento, “no se evidenciaron diferencias en los principales desenlaces maternos-feto-neonatales con la utilización de uno u otro criterio diagnóstico”, y se planteó que bajar el punto de corte podría impactar negativamente en la calidad de vida de las embarazadas y en su salud psicológica (7).

Los resultados de esta investigación coinciden con los hallazgos de otros estudios similares. Si bien pudo observarse una relativa disminución en la incidencia global de macrosomía al comparar el año previo y los dos años posteriores al cambio del protocolo diagnóstico, al analizar minuciosamente estos datos se evidencia que esa reducción se produjo a expensas del grupo de pacientes sin diagnóstico de diabetes gestacional. Por el contrario, en las pacientes diagnosticadas con esta patología el porcentaje de recién nacidos macrosómicos se mantuvo estable, e incluso con una ligera tendencia a la alza. Por lo tanto, concluimos que la reducción del punto de corte para el diagnóstico de la diabetes gestacional no solamente no ofrece un claro beneficio en cuanto a la disminución de la incidencia de una de sus complicaciones más frecuentes, sino que también involucra un aumento exagerado de los gastos sanitarios, al elevar desproporcionadamente la cantidad de pacientes con este diagnóstico, y por consiguiente también el número de intervenciones potencialmente innecesarias. Es probable que implementar nuevamente el

punto de corte anterior permita destinar esos recursos adicionales al diagnóstico, la vigilancia y el tratamiento de otras patologías obstétricas de manera más eficiente.

Referencias

1. Reina FM, Molinuevo LD, Roque A, Tula HE. Insulina-resistencia y embarazo. *Revista de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica*. 2008.
2. Bugatto González F, López Tinoco C. Guía diabetes y embarazo. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)*. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. 2008.
3. Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC, Cabero Roura L, McIntyre HD, Morris JL, Divakar H. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.
4. AlKhalifa MA, Hsu S, Raza G, Ismail MS. Diabetes in pregnancy: A comparison of guidelines. *Diabetes Updates*. 2021.
5. Salzberg S, Alvariñas J, López G, Gorbán de Lapertosa S, Linari MA, Falcón E, Juárez XE, Valinotti E, Marmol M, Rodriguez J, Gama M, Cerdas S, Báez S, Orozco R, Larrabure G, Rivas A, Cárdenas A, Camacho M, Barbero R, Vergara P, Seoane B, Hallens N, Lijerón L, Mercado N, Fierro A, Blanco P, Pérez LS, Barragan D, Rombalde E, Durand M, Barba AM. Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. *Revista ALAD*. 2016.
6. Lapertosa SG de, de Lapertosa SG, Sucani S, Salzberg S, Alvariñas J, Faingold C, et al. Prevalence of gestational Diabetes mellitus in Argentina according to the ALAD and IADPSG diagnostic criteria and the associated maternal-neonatal complications. *Health Care Women In*. 2021.
7. Diagnóstico de diabetes gestacional. Puntos de corte. Protocolo nacional basado en evidencia. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Julio de 2023.

1. Maternidad Santa Rosa

Infeción por Parvovirus B19 durante el Embarazo: Caracterización Clínica, Diagnóstico y Recomendaciones para la Detección Temprana

Autores:

Dra. María Pilar Adamo¹, Biól. María Belén Colazo Salbetti¹, Mgtr. Gabriel Amilcar Boggio², Dra. Laura Moreno².

Resumen

Entre el año 2023 y el 2024 se ha observado un brote epidémico con elevada incidencia de infecciones por parvovirus B19. Este virus, responsable del eritema infeccioso, infecta las células progenitoras eritroides y puede provocar complicaciones severas, especialmente en embarazadas sin inmunidad previa. Por ello, es necesario aumentar la conciencia sobre este patógeno entre las enfermedades de transmisión materno-infantil, así como optimizar el diagnóstico de infección por B19V durante la gestación. Este artículo aborda las características clínicas, la transmisión vertical y los efectos del parvovirus humano B19 (B19V) en el embarazo, con un análisis basado en casos de Córdoba, Argentina. Se destaca la importancia de incluir el B19V en la pesquisa TORCH y realizar estudios serológicos y moleculares tempranos. La sospecha clínica y el diagnóstico oportuno pueden reducir las complicaciones fetales y mejorar los resultados perinatales.

Palabras clave: embarazo, infección congénita, anemia, TORCH, hidropesía fetal, aborto.

Abstract

Between 2023 and 2024, an epidemic outbreak with a high incidence of parvovirus B19 infections has been observed. This virus, responsible for erythema infectiosum, infects erythroid progenitor cells and can cause severe complications, particularly in pregnant women without prior immunity. Therefore, raising awareness about this pathogen among maternal-fetal transmission diseases and optimizing the diagnosis of B19V infection during pregnancy are crucial. This article discusses the clinical features, vertical transmission, and effects of human parvovirus B19 (B19V) in pregnancy, with an analysis based on cases from Córdoba, Argentina. It emphasizes the importance of including B19V in TORCH screening and performing early serological and molecular studies. Clinical suspicion and timely diagnosis can reduce fetal complications and improve perinatal outcomes.

Keywords: pregnancy, congenital infection, anemia, TORCH, fetal hydrops, miscarriage.

Desde la primavera septentrional 2023, se ha reportado un aumento inusual de infecciones por parvovirus humano B19 (B19V). El brote se incrementó en el último trimestre de 2023 alcanzando su pico en abril de 2024 (1–4). Por este motivo, y debido a que la circulación

viral típicamente aumenta entre finales del invierno e inicio del verano, es posible anticipar que en el hemisferio sur el número de casos aumente a partir de la primavera de 2024.

B19V es el agente etiológico del eritema infeccioso, una enfermedad generalmente benigna y común en la niñez (5).

La transmisión ocurre principalmente a través de secreciones respiratorias, pero también por sangre o productos sanguíneos contaminados (6,7). La incidencia es mayor en la niñez; a pesar de ello, hasta 50% de las mujeres en edad fértil son susceptibles al virus y se ha reportado una frecuencia infección primaria durante el embarazo de 13,5 a 31,6% (8–10). Se estima que la tasa de transmisión vertical es del 25 al 50% y el riesgo de resultados fetales adversos puede alcanzar el 19% en períodos epidémicos (11–13).

La infección postnatal está asociada a manifestaciones inespecíficas durante el pródromo (no siempre presente) como malestar general y síndrome pseudogripal. En los niños se produce el exantema maculopapular reticular con eritema en el rostro y en los adultos son más comunes las artropatías (artritis/artralgia), si bien el 25 a 50% de los casos pueden ser asintomáticos (14,15).

El virus se replica eficientemente en células progenitoras eritroides de la médula ósea e hígado fetal, provocando la muerte celular. Además, la infección no productiva en tejidos no eritroides, donde el virus no completa su ciclo de replicación, activa respuestas inflamatorias (16). Durante la producción eritrocitaria, el virus aprovecha la mitosis celular, alcanzando altas cargas virales que disminuyen el recuento de reticulocitos y hemoglobina. Esto es particularmente grave en pacientes con enfermedades hematológicas preexistentes, en quienes la primoinfección por B19V puede ocasionar una crisis de anemia aplásica (17). En inmunocomprometidos, la replicación viral prolongada puede también derivar en depleción de eritrocitos (18). Las embarazadas susceptibles, sin anticuerpos específicos tipo G, constituyen otro grupo de riesgo, ya que el B19V puede transmitirse por vía transplacentaria y causar complicaciones fetoneonatales, no con frecuencia pero sí graves (4). Los efectos citotóxicos y mecanismos apoptóticos de B19V producen arresto de la eritropoyesis que puede resultar en anemia, hipoxia tisular, miocarditis y derrame pericárdico, causando patologías placentarias y complicaciones como aborto, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, hidropesía y muerte fetal intrauterina hidrópica o no hidrópica (4,19). Las manifestaciones clínicas relacionadas con la infección congénita por B19V son conocidas y están incluidas en el síndrome TORCH (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes, Sífilis, Otros) (20).

El diagnóstico de infección congénita por B19V se puede realizar mediante ensayos serológicos y moleculares en la madre, el feto y/o el neonato. En los casos en los que faltan datos clínicos de la embarazada, la ausencia de detección de IgM en suero materno puede ser engañosa, ya que entre el inicio de la infección materna y la aparición de manifestaciones clínicas fetales pueden transcurrir hasta 20 semanas. Para entonces la IgM materna ya puede haber descendido a niveles indetectables. En la sangre fetal, la presencia de IgG indica inmunidad adquirida pasivamente de la madre, con una transferencia de inmunoglobulinas que aumenta desde el segundo trimestre hasta el término, mientras que la ausencia de IgM puede deberse a la inmadurez del sistema inmunológico fetal. Consideraciones similares se aplican al diagnóstico de recién nacidos.

Por lo tanto, la combinación de detección directa (ensayos moleculares) con pruebas serológicas mejora la precisión diagnóstica de la infección congénita (21,22).

En Argentina, el diagnóstico de B19V no está completamente estandarizado. La inclusión en la pesquisa de infecciones del grupo TORCH depende habitualmente de las directrices del centro de atención sanitaria. En muchos casos la infección suele pasar desapercibida, o se arriba a un diagnóstico tardíamente, lo que representa un problema de salud pública dentro de las enfermedades de transmisión maternoinfantil.

Este artículo tiene como objetivo ofrecer una actualización sobre los avances más recientes en relación a la infección por B19V durante la gestación en nuestro entorno, con el fin de proporcionar una síntesis clara junto con aspectos clave a considerar durante el abordaje diagnóstico para estos casos.

Caso clínico: infección por B19V en paciente embarazada con hidropesía grave, muerte fetal y persistencia viral

En el 2022 reportamos un caso de infección por B19V en una embarazada diagnosticada durante el segundo trimestre de gestación, con desenlace fatal para el feto y persistencia viral materna (23). La paciente (G2P1), de 33 años, inmunocompetente y sin comorbilidades previas, cursaba un embarazo controlado cuando a las 22 semanas de gestación (SG) presentó contracciones intermitentes inadecuadas para la edad gestacional y pérdida de líquido. Durante la evaluación física se constataron signos vitales y movimientos fetales normales pero en la ecografía se identificó la presencia de hidropesía y ascitis fetal. Además, la ecografía Doppler reveló anemia fetal con flujo elevado en la arteria cerebral media y signos de hidropesía generalizada, con derrame pleural y pericárdico. Tras descartar causas inmunológicas, cardíacas y cromosómicas, así como otras posibles causas infecciosas (TORCH), la determinación serológica de IgM anti-B19V resultó positiva en el suero materno. La paciente recibió dos transfusiones intrauterinas para tratar la anemia fetal con buena respuesta inicial, pero tras la segunda transfusión se desencadenó bradicardia fetal y derrame pericárdico, con desenlace de la muerte fetal. Tras la inducción del parto, la expulsión del feto muerto se produjo en 48 horas; la paciente fue dada de alta sin complicaciones. Se realizó un seguimiento del caso, analizando los marcadores serológicos y virológicos en la paciente, hasta el año y medio posterior a la muerte fetal, con muestras tomadas a intervalos de 6 meses. Dos semanas después del diagnóstico confirmatorio y de la muerte fetal, la IgM ya no era detectable, mientras que los niveles de IgG aumentaron significativamente. Esta cinética de IgG específica, junto con la detección inicial de IgM, apoya el diagnóstico de una infección aguda por B19V. Además, el ADN viral se mantuvo detectable en dos determinaciones posteriores al parto, evidenciando el curso prolongado de esta infección en la madre tras la fase aguda. En este caso, los parámetros fetales críticos fueron los signos marcadores y revelaron la gravedad del cuadro clínico sin signos maternos previos que permitieran sospechar precozmente la infección. Tras descartar otras posibles causas, se confirmó la infección por B19V mediante IgM específica en el suero materno. Si el análisis serológico se hubiera realizado más tarde, sólo la detección del ADN viral hubiera permitido identificar la infección materna.

Caso clínico: hidropesía fetal asociada a infección vertical por B19V

Se trata de un recién nacido prematuro con infección vertical por B19V con antecedentes prenatales de hidropesía fetal (24). En este caso la infección parvoviral fue sospechada oportunamente pero el diagnóstico prenatal enfrentó dificultades en su aproximación e interpretación, lo que llevó a descartar erróneamente al B19V como posible agente causal de la patología fetal. El recién nacido de 36 SG presentó peso adecuado para la edad gestacional (2950 g) y la madre de 30 años de edad (G3P1), con embarazo controlado, no tenía comorbilidades previas. Durante el primer trimestre de gestación la madre presentó anemia y edemas en los miembros inferiores -signos asociados a infección por B19V- mientras que a las 17 SG se detectó higroma fetal. Se realizó amniocentesis que resultó en cariotipo normal. En el segundo trimestre (22 SG) se identificaron los primeros signos ecográficos de ascitis fetal y polihidramnios. La pesquisa de agentes TORCH (incluyendo HIV y sífilis) resultó negativa. En la SG 26 se solicitó serología materna para B19V, resultando IgG positiva e IgM negativa, lo que llevó a descartar erróneamente una infección aguda por parvovirus. La madre, 0 Rh negativo, recibió inmunoglobulina anti-D en la SG 28 para prevenir complicaciones de incompatibilidad. La prueba de Coombs resultó negativa tanto en la madre durante la gestación como en el recién nacido. Debido a una colestasis biliar materna, el nacimiento se adelantó a las 36 SG. Al nacer, el neonato presentó abdomen globuloso y hepatomegalia, con una adecuada adaptación cardiorrespiratoria, recibiendo el diagnóstico de hidropesía fetal no inmune. Las pruebas para infecciones TORCH fueron negativas, pero la detección de B19V mediante PCR confirmó la presencia del genoma viral con IgM negativa, indicando infección vertical. A partir de una nueva muestra, se repitieron los ensayos serológicos en la madre incluyendo la PCR; sin embargo, tanto el ADN viral como la IgM, marcadores de infección aguda, fueron negativos. El neonato prematuro presentó distensión abdominal (ascitis), ictericia y anemia progresiva durante los primeros 17 días con buena evolución al alta. Este estudio demuestra que cuando se sospecha de infección por B19V durante la gestación y sólo se solicita la serología en sangre materna, se puede arribar a un diagnóstico equivocado ya que los anticuerpos maternos pueden ya no ser detectables cuando aparecen signos fetales. Por ello es recomendable complementar con la detección molecular del virus en la madre (PCR), así como en muestras fetales, en caso de ser posible. Por ejemplo, en este caso durante la intervención de amniocentesis debería haberse realizado PCR y serología para B19V.

Estudio de pacientes embarazadas y recién nacidos sintomáticos y asintomáticos de Córdoba

Recientemente, realizamos un estudio descriptivo para analizar la presencia del B19V durante el embarazo en pacientes de la ciudad de Córdoba (25). Explorando los datos de las historias clínicas se seleccionaron pacientes con signos maternos y/o feto-neonatales atribuibles a B19V, incluyendo las manifestaciones típicas de la infección postnatal, como fiebre, artropatías, exantema, anemia materna ($Hb < 110$ g/dL) y signos prenatales o al momento del nacimiento, como anemia e hidropesía. Evaluamos la presencia de B19V en 328 pacientes sintomáticos y 310 asintomáticos. Dentro del grupo de embarazadas, 185 presentaron síntomas y 208 fueron asintomáticas. Además, se analizaron muestras de sangre de cordón umbilical de recién nacidos, incluyendo 143 sintomáticos y 102

asintomáticos. Las embarazadas sintomáticas fueron catalogadas en dos grupos según el momento de toma de la muestra clínica. Por un lado las pacientes con diagnóstico oportuno (n=73), con muestra de sangre obtenida cuando los signos y síntomas estaban presentes y se sospechó la infección; mientras que el otro grupo incluyó pacientes con diagnóstico retrospectivo (n=112), cuya muestra de sangre se recolectó en el postparto inmediato. Así, los grupos de estudio representaron los casos que pueden observarse en la práctica clínica, tanto en contextos de sospecha oportuna como tardía de infección congénita por B19V. En todas las muestras se determinó la presencia del genoma viral por PCR de punto final y los anticuerpos específicos, IgM e IgG. Además, en las muestras ADN positivas, se evaluó la carga viral mediante PCR en tiempo real. Para lograr un análisis preciso, identificamos a los casos positivos según la combinación de parámetros serológicos y moleculares en conjunto con el contexto clínico de cada paciente. Este enfoque nos permitió evaluar de manera integral el estado de la infección, particularmente en casos con combinación de parámetros dudosos, como cuando la detección del ADN viral y la IgM no resultó positiva simultáneamente. La interpretación de los datos laboratoriales se hizo tomando como referencia la cinética de antígenos y anticuerpos durante la infección (Fig.1). Particularmente, durante la gestación los signos clínicos marcadores pueden ser observados sólo en el feto, pudiendo aparecer hasta 20 semanas después de la infección materna. Para este momento, la IgM materna puede estar aún detectable o no, y similar consideración debe tenerse en cuenta con el ADN viral. Por lo tanto, para el grupo de pacientes embarazadas consideramos como positivas aquellas que tenían IgM e IgG, pudiendo estar presente o no el ADN viral. Además, se consideraron positivas las embarazadas sin IgM específica detectable pero con una carga viral mayor a 10^5 UI/mL (superior al valor de corte sugerido en otros estudios). Entre los recién nacidos, cualquier combinación de ADN viral con IgM (no siempre presente) se consideró indicativo de infección.

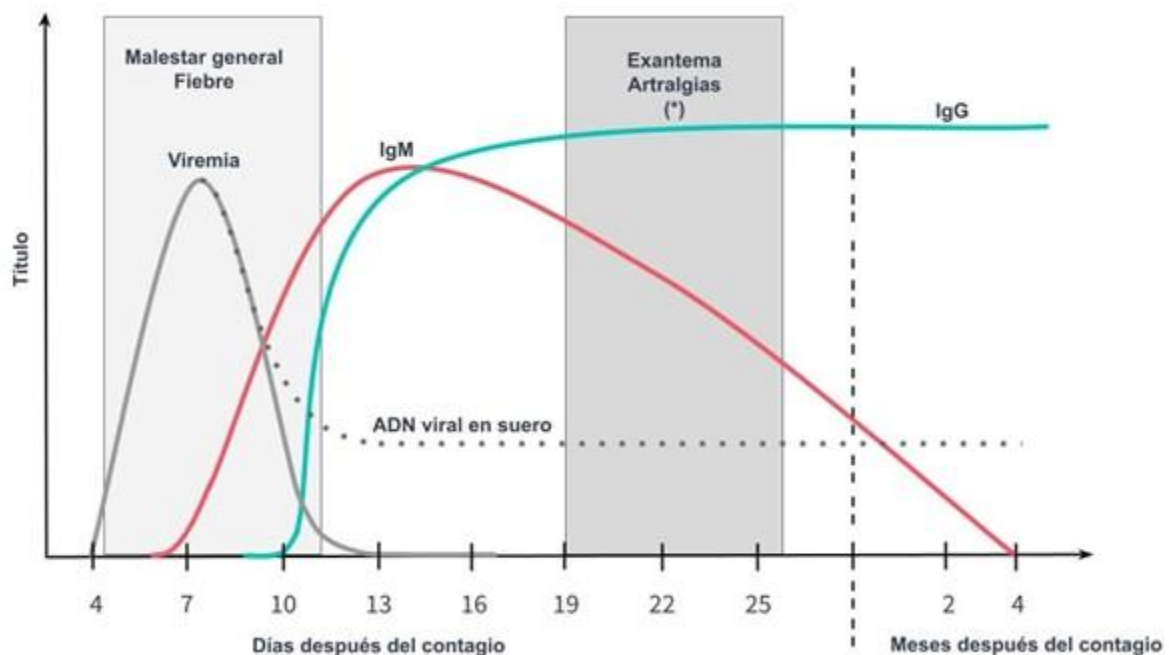


Fig.1. Cinética con las curvas de marcadores virológicos y serológicos en la infección postnatal de un individuo inmunocompetente y previamente sano.

Se puede observar que tanto el ADN viral como la IgM pueden permanecer detectables por varias semanas, incluso meses, luego del contagio o inicio de la infección. Particularmente, el ADN puede continuar circulando a bajo título por períodos más prolongados (años, en algunos casos). El pico de viremia, que ocurre entre los 5 y 10 días posteriores al contagio, se asocia con una fase prodrómica, la cual no siempre está presente. Esta etapa se caracteriza por síntomas inespecíficos, como fiebre, astenia, mialgias, cefalea y malestar general. Posteriormente, entre los 14 y 21 días desde el contagio, pueden aparecer las manifestaciones específicas de la infección (exantema y/o artralgias). (*) En la infección congénita los signos fetales como anemia, ascitis, hidropesía, entre otros, que aparecen semanas o meses después de la fase aguda materna, pueden ser los signos marcadores. En estos casos, la sospecha clínica puede ocurrir cuando la IgM materna ha caído a niveles indetectables.

La frecuencia global de casos positivos en pacientes sintomáticos fue 8% (27/328), 16% (12/73) en el grupo con diagnóstico oportuno, 5% (6/112) en diagnóstico retrospectivo y 6% (9/143) entre los recién nacidos. La diferencia entre el diagnóstico oportuno y el retrospectivo fue significativa ($p = 0.02$), pero no se encontró diferencia al analizar las combinaciones de parámetros confirmatorios entre ambos grupos ($p = 0.72$). Además, en sintomáticos, se analizaron muestras pareadas de 77 binomios madre-recién nacido confirmando 6 casos de transmisión vertical; 3 recién nacidos fueron asintomáticos y 3 presentaron síndrome TORCH. La frecuencia de detección global en asintomáticos fue 8% (26/310), no siendo estadísticamente diferente en comparación con el grupo de sintomáticos ($p=0.22$). En las pacientes sintomáticas con diagnóstico oportuno se identificaron manifestaciones clínicas típicas, como exantema, anemia y artropatías. Además tanto embarazadas como recién nacidos mostraron signos asociados con la infección congénita, incluyendo patologías placentarias (edema, polihidramnios), hepatoesplenomegalia, retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, cardiopatía, ascitis e hidropesía fetales, aborto espontáneo y muerte fetal. Entre los recién nacidos hubo casos en los que el síndrome TORCH fue el único dato registrado en la historia clínica. Por otro lado, la anemia materna, caracterizada por niveles de hemoglobina inferiores a los valores considerados normales para el embarazo, fue la manifestación clínica más frecuente en pacientes con diagnóstico retrospectivo. La alta frecuencia detectada evidencia la necesidad de incrementar la sospecha de B19V en esta población de riesgo y de mejorar los protocolos de diagnóstico para la identificación y manejo de estos casos. La alta frecuencia de detección en el grupo de embarazadas sintomáticas con diagnóstico oportuno, demuestra que la sospecha clínica temprana incrementa significativamente las posibilidades de arribar a un diagnóstico etiológico certero.

Conclusiones

Estos estudios pusieron en evidencia que el algoritmo diagnóstico de B19V para infección congénita en nuestro medio requiere ser revisado. Por diferentes razones se subestima su importancia, lo que ocasiona demoras en el diagnóstico y dificultades en el manejo clínico de los pacientes.

La sospecha temprana incrementa las posibilidades de alcanzar un diagnóstico oportuno, que se podría facilitar si se considera al B19V dentro del espectro de las agentes del grupo TORCH. Por otra parte, ampliar la definición de caso de enfermedad parvoviral incluyendo

la anemia materna como marcador clínico y factores de riesgo epidemiológico también serviría como elemento clave para evaluar la posible transmisión vertical. Cuando se sospecha de infección materna, es recomendable intensificar los controles mediante ultrasonido con el objetivo de detectar los signos fetales característicos de la infección intrauterina. No obstante, cuando la sospecha es tardía, aún es posible confirmar el diagnóstico mediante ensayos de laboratorio complementarios (serología y PCR) debidamente interpretados. El aporte de la cinética de los marcadores serológicos y moleculares es de utilidad para orientar las decisiones ante situaciones particulares.

Para identificar y gestionar eficazmente las infecciones por B19V durante el embarazo es necesario colocar a este agente bajo el radar. Para realizar un diagnóstico laboratorial oportuno se debe considerar incorporar tempranamente ensayos moleculares (PCR); además, es necesario comprender la historia natural de la infección durante la gestación, las manifestaciones clínicas, los marcadores virológicos y serológicos en los casos maternos, fetales y neonatales, así como la epidemiología local, para su correcta interpretación.

Referencias

1. Patalon T, Saciuk Y, Trotzky D, Pachys G, Ben-Tov A, Segal Y, et al. An Outbreak of Parvovirus B19 in Israel. *Viruses*. 2023 Nov 16;15(11):2261.
2. Ceccarelli G, Branda F, Ciccozzi A, Romano C, Sanna D, Casu M, et al. Reassessing the Risk of Severe Parvovirus B19 Infection in the Immunocompetent Population: A Call for Vigilance in the Wake of Resurgence. *Viruses*. 2024 Aug 24;16(9):1352.
3. Farcet MR, Karbiener M, Aberham C, Powers N, Aue D, Kreil TR. Parvovirus B19 rebound outbreak 2024 and implications for blood- and plasma-product safety. *Transfusion (Paris)* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 4];n/a. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/trf.18032>
4. Kagan KO, Hoopmann M, Geipel A, Sonek J, Enders M. Prenatal parvovirus B19 infection. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2024 Jul 29 [cited 2024 Aug 4]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07644-6>
5. Leung AKC, Lam JM, Barankin B, Leong KF, Hon KL. Erythema Infectiosum: A Narrative Review. *Curr Pediatr Rev*. 2024;20(4):462–71.
6. Sun P, Jiang P, Liu Q, Zhang R, Wang Z, Cao H, et al. Parvovirus B19 DNA and antibodies in Chinese plasma donors, plasma pools and plasma derivatives. *PeerJ*. 2023;11:e15698.
7. Suter C, Colakovic M, Bieri J, Gultom M, Dijkman R, Ros C. Globoside and the mucosal pH mediate parvovirus B19 entry through the epithelial barrier. *PLoS Pathog*. 2023 May;19(5):e1011402.
8. Jensen IP, Thorsen P, Jeune B, Møller BR, Vestergaard BF. An epidemic of parvovirus B19 in a population of 3596 pregnant women: A study of sociodemographic and medical risk factors. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2000;107(5):637–43.

9. van Gessel PH, Gaytant MA, Vossen ACTM, Galama JMD, Ursem NTC, Steegers EAP, et al. Incidence of parvovirus B19 infection among an unselected population of pregnant women in the Netherlands: A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;128(1–2):46–9.
10. Barlinn R, Rollag H, Trogstad L, Vainio K, Basset C, Magnus P, et al. High incidence of maternal parvovirus B19 infection in a large unselected population-based pregnancy cohort in Norway. *J Clin Virol.* 2017 Sep 1;94:57–62.
11. Yaegashi N, Niinuma T, Chisaka H, Uehara S, Okamura K, Shinkawa O, et al. Serologic study of human parvovirus B19 infection in pregnancy in Japan. 1999;38(1):30–5.
12. Enders M, Weidner A, Zoellner I, Searle K, Enders G. Fetal morbidity and mortality after acute human parvovirus B19 infection in pregnancy: Prospective evaluation of 1018 cases. *Prenat Diagn.* 2004;24(7):513–8.
13. Enders M, Klingel K, Weidner A, Baisch C, Kandolf R, Schalasta G, et al. Risk of fetal hydrops and non-hydropsic late intrauterine fetal death after gestational parvovirus B19 infection. *J Clin Virol.* 2010;49(3):163–8.
14. Tolfvenstam T, Broliden K. Parvovirus B19 infection. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2009 Aug 1;14(4):218–21.
15. Torun C. Parvovirus B19 Infection in Adults: A Case Series. *Cureus.* 2024 Jun 25;16(6):e63169.
16. Ganaie SS, Qiu J. Recent advances in replication and infection of human parvovirus B19. *Front Cell Infect Microbiol.* 2018 Jun 5;8(JUN):166.
17. Fukui S, Hojo A, Sawada U, Kura Y. Aplastic crisis due to human parvovirus B19. *IDCases.* 2023 Jun 16;33:e01820.
18. Mogensen TH, Skouboe MK, Mølle I. Successful use of interferon alfa-2a for persistent parvovirus B19 infection. *Lancet Infect Dis.* 2023 Apr;23(4):e160–5.
19. Boissiere J, Watkins V, Kuller JA, Dotters-Katz SK. Parvovirus B19 in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2024 May;79(5):281–9.
20. Penner J, Hernstadt H, Burns JE, Randell P, Lyall H. Stop, think SCORTCH: rethinking the traditional 'TORCH' screen in an era of re-emerging syphilis. *Arch Dis Child.* 2021 Feb 1;106(2):117–24.
21. Attwood LO, Holmes NE, Hui L. Identification and management of congenital parvovirus B19 infection. *Prenat Diagn.* 2020;40(13):1722–31.
22. Bonvicini F, Puccetti C, Salfi NCM, Guerra B, Gallinella G, Rizzo N, et al. Gestational and Fetal Outcomes in B19 Maternal Infection: a Problem of Diagnosis. *J Clin Microbiol.* 2020 Dec 21;49(10):3514–8.
23. Bertoldi A, Colazo Salbetti MB, Rodríguez G, Tenaglia M, Hernández G, Alfaro J, et al. Human parvovirus B19 infection in a pregnant patient resulting in severe hydrops, foetal death and persistent infection. *Access Microbiol.* 2022 Oct 3;4(10):acmi000428.

24. Boggio GA, Moreno L, Di Cuatro N, Colazo Salbetti MB, Pedranti M, González A, et al. Human parvovirus B19 vertical infection and hydrops fetalis. A case report. Arch Argent Pediatr. 2024 Oct 17;e202410420.

25. Colazo Salbetti MB, Boggio G, Dicuatro N, Gudiño AP, Olivera N, Pedranti M, et al. Parvovirus B19 remains an underestimated pathogen among infections during gestation in Argentina: Insights through the study of symptomatic and asymptomatic pregnant patients and newborns from Córdoba. J Clin Virol. 2024 Dec 1;175:105739.

1. Instituto de Virología "Dr. J. M. Vanella", Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

2. Cátedra de Clínica Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Conocimiento y Actitudes sobre Violencia hacia la Mujer

Investigadoras:
Mg. Stella Garrido, Lic. Victoria Salas.

Introducción Metodológica

El trabajo de campo, el procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo durante el segundo trimestre del año 2024 por Psicólogas con experticia en la problemática y tiene como punto de partida el interés del **Comité de Violencia hacia la Mujer** de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia de la República Argentina (en adelante Comité VM-FASGO), por conocer entre sus afiliados/as, la apreciación de esta problemática con vistas a realizar un espacio de diálogo y propuestas en el Congreso de la FASGO-2024.

Para alcanzar este objetivo se eligió un diseño de investigación de carácter descriptivo y exploratorio, con una metodología de enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo). La recolección de datos se realizó mediante una encuesta semiestructurada conteniendo preguntas principales abiertas y cerradas sobre seis variables. Debido a la necesidad de profundizar sobre cuatro de ellas (1, 2, 3, 6,) se incorporó, a estas, 1 o más preguntas subsidiarias.

La técnica de recolección mencionada se implementó en los afiliados/as de las Sociedades de la FASGO, de las 24 jurisdicciones del país, a través de la plataforma digital Google Forms. Concluyendo con una muestra de 399 respondientes que consintieron participar en la investigación aportando la información requerida. Excepto la provincia de Tierra del Fuego.

El total de respuestas procesadas fueron 3990 para el total de las variables: 1.- Caracterización de la Violencia hacia la Mujer (en adelante **VM**) como problema de Salud Pública (en adelante **SP**). 2.- Atención del problema en consulta ginecológica y Signos detectados. 3.- Medidas que se toman. 4.- Interés por recibir capacitación desde FASGO. 5.- Momento de la trayectoria educativa en la que se debería recibir formación. 6.- Habilidades necesarias para el cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres (en adelante, **SSyR**). En cada una de ellas se distribuyen el siguiente número de respuestas:

Nº Respuestas	Variabl e 1	Variabl e 2	Variabl e 3	Variabl e 4	Variabl e 5	Variabl e 6
	399	399	399	1197	399	1197

Se agruparon las respuestas provinciales por Regiones Sanitarias; dado el bajo valor absoluto obtenido por provincia se las trabajó en términos de porcentaje a los efectos de establecer comparaciones y tendencias. Lo cualitativo se trabajó metodológicamente desde el Análisis del discurso, teniendo como marco referencial la Psicología Social Crítica.

Cabe señalar que el propósito del Comité de VM - FASGO con este estudio, es llegar a establecer para su afiliados/as estrategias de acompañamiento que fortalezcan los conocimientos y practicas desarrollados para afrontar esta compleja problemática.

El Informe se estructura con un apartado de Análisis y Resultados y otro apartado de Conclusiones y Recomendaciones.

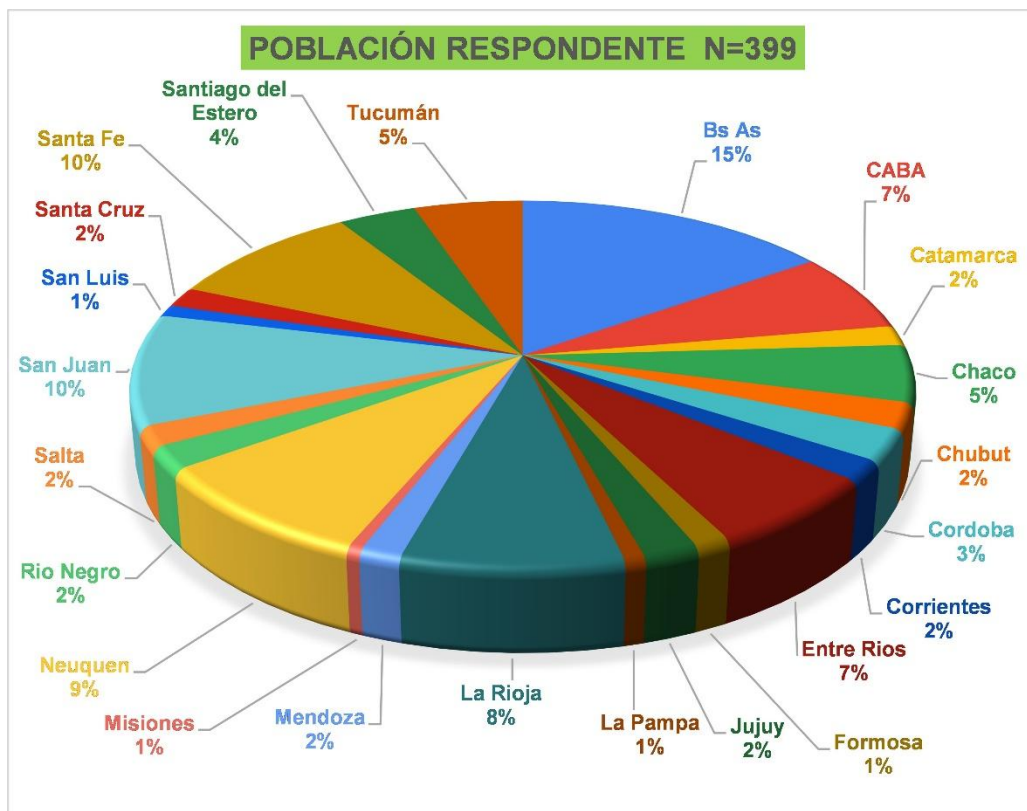
Análisis y Resultados

1. Población y muestra

La FASGO tiene por objetivo principal la búsqueda de excelencia científica y el bienestar profesional de sus asociados, a través de los ocho Comités Académicos, entre los cuales se encuentra el Comité VM. La población de afiliados de FASGO se caracteriza por ser medico/as que ejercen su profesión en Ginecología y Obstétrica y pueden ser socios pasivos o activos en sus respectiva Sociedades.

A continuación, se puede observar en el siguiente grafico el número y distribución porcentual de los respondientes, según Sociedad provincial.

Gráfico 1



Como ya se dijera la provincia de Tierra del Fuego no hubo ningún respondiente. Otro señalamiento a realizar tiene que ver con el término respondiente, por tal entendemos toda persona capacitada que en forma empática y solidaria decide participar, en este caso, en la investigación sobre conocimiento, actitudes y practicas implementadas en la atención de las mujeres que han sufrido una alteración de la integridad física y/o mental y/o social por parte de su pareja.

De acuerdo a los datos registrados se puede observar una gran disparidad en el número de médicos/medicas que participaron de la convocatoria, por otro lado al carecer de información sobre el número de afiliados por provincia, se ha tomado la decisión de trabajar los valores absolutos en términos porcentuales a fin de evaluar las respuestas obtenidas en cada variable en relación con el total de las dimensiones que representan los objetivos específicos de investigación y en un segundo momento organizar los valores provinciales en las respectivas regiones sanitarias para leer semejanzas y diferencias respecto de los objetivos del presente estudio.

Teniendo en cuenta lo señalado en el párrafo anterior y a fin de caracterizar la muestra con la que se trabajó, comenzaremos por transcribir los valores en términos porcentuales de los respondientes por Región Sanitaria en los siguientes cuadros y en cada uno de ellos se puede observar las relaciones porcentuales de a) respondientes de cada región respecto al total general y b) de cada provincia respecto de su región sanitaria.

Cuadro 1.- Porcentaje de respondientes por Región Sanitaria

a)			41,1		
CENTRO	VA	b) %			
BSAS	61	37			
CABA	28	17			
CORDOBA	11	7			
E. RIOS	26	16			
Sta FE	38	23			
TOTAL	164	100			

a)			22,6		
NOA	VA	b) %			
CATAMAR.	7	8			
JUJUY	8	9			
LA RIOJA	32	36			
SALTA	7	8			
S. ESTERO	15	17			
TUCUMAN	21	23			
TOTAL	90	100			

a)			15,5		
SUR	VA	b) %			
CHUBUT	9	14,5			
R. NEGRO	8	12,9			
LA PAMPA	3	4,8			
Sta CRUZ	7	11,3			
NEUQUEN	35	56,5			
T. del F	0	0,0			
TOTAL	62	100			

a)			12,3		
CUYO	VA	b) %			
MENDOZA	6	12			
S. JUAN	39	80			
S. LUIS	4	8			
TOTAL	49	100			

a)			8,5		
NEA	VA	b) %			
CHACO	20	59			
CORR	7	21			
FORMOSA	5	15			
MISIONES	2	6			
TOTAL	34	100			

El orden de presentación de los cuadros tiene por criterio el porcentaje de mayor a menor de respuestas obtenidas. Como puede observarse, la Región Centro representa el 41.1% del total de respondientes del país y el 48.9% se distribuye entre las 4 regiones restantes.

Al interior de cada una ellas se puede observar el porcentaje de participación de cada provincia. No resulta sorprendente que la provincia de Buenos Aires obtenga un número de respondientes significativamente superior al resto del país. Respecto de la segunda en participación es la Región NOA y esto podrá estar indicando un interés por la problemática para tener en cuenta. Al interior de esta Región es significativo el porcentaje de respuestas de las provincias de La Rioja y Tucumán. También lo es el comportamiento de la provincia de Neuquén en la Región Sur por el número de participantes, y la provincia de Tierra del Fuego por su nula participación. Al interior de la Región Cuyo es significativa la participación de afiliados de la provincia de San Juan y de la provincia de Chaco en la Región NEA.

2. Análisis de las Dimensiones

En primer lugar, explicitaremos en que consiste la técnica de análisis. Como ya dijera, desde un enfoque cuantitativo se realiza una descripción porcentual de las respuestas

para cada una de las seis dimensiones. La expresión cualitativa de las mismas se analiza desde la técnica de Análisis del Discurso que tiene por soporte teórico el estudio del lenguaje desde la Psicología Social Crítica. Es necesario explicitar que los elementos que estructuran el lenguaje, sea este cotidiano o científico, pueden dar cuenta de relaciones que implícitas o latentes definen nuestro posicionamiento; es decir pensamos, sentimos y hacemos respecto de un tema en particular de acuerdo con la matriz de aprendizaje que fue configurando nuestra subjetividad tanto a nivel individual como social en relación con nuestros grupos de pertenencia.

Acotamos que de las 3990 respuestas se seleccionan aquellas que por sus elementos distintivos mejor representan los sentidos del discurso para cada una de las dimensiones en estudio. Cuando esos sentidos comienzan a repetirse en las respuestas que se van analizando se las va descartando por saturación de la categoría o núcleo de sentido en análisis. Finalmente, las respuestas que quedan seleccionadas conforman un muestreo teórico que al ser analizado nos permitirá comprender y explicar el discurso dominante en el cual se integran conocimientos, opiniones, valoraciones y prácticas profesionales de los respondientes en torno a la violencia hacia la mujer y su atención por parte de los profesionales médicos en Salud Sexual y Reproductiva que consintieron en participar de este estudio.

El marco referencial que sustenta el estudio, como se explicitara es la Psicología Social Crítica incorporando la perspectiva de género y el procedimiento metodológico es el Análisis del Discurso de los respondientes para cada una de las seis dimensiones que operan como objetivos específicos de investigación.

2.1. La VM como problema de Salud Pública (SP)

El análisis de esta dimensión deviene de preguntar si la VM es considerada un problema de la Salud Pública. En primer lugar, se trabajará con las respuestas afirmativas por Región Sanitaria, destacando el rasgo más significativo de estas.

Cuadro 2.- La violencia hacia la mujer es un problema de salud pública, respondientes según R. Sanitaria

REGION SANITARIA	TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS N=342	SF N=78	Totales FUNDAMENTADOS N=264	POLITICA PUBLICA (N=85,7%)				
				SECTOR SALUD				MULTI SECTORIAL
				MAGNITUD DEL DAÑO FISICO	MAGNITUD DEL DAÑO PSICOLOGICO	MAGNITUD DAÑO FISICO y PSICOLOGICO	DAÑO INTEGRAL (BPS)	DAÑO SOCIAL
CENTRO	140	10	130	5,4	6,9	12,3	31,5	54,6
CUYO	41	10	31	16,1	9,7	12,9	32,3	48,4
NEA	28	10	18	16,7	5,6	27,8	27,8	33,3
NOA	78	22	56	10,7	8,9	10,7	32,1	39,3
SUR	55	26	29	3,4	6,9	41,4	27,6	20,7
			% promedio	10,5	7,6	21,0	30,3	39,3

El 85.7% (n=342) del total de respondientes (N=399) afirman que se trata de un problema de salud pública. Del total antes mencionado solo 264 (77.2%) respondientes fundamentan su respuesta. De estos, el 39.3% se concentra en señalar que se trata de un

problema social que impacta sobre el sector salud por la magnitud del daño que provoca en las mujeres, afectando a la persona por lesiones de índole físicas y psicológicas un 30.3% de los respondientes las perciben dañadas bio-psico y socialmente. Y, en cualquier caso, la violencia ejercida limitaría las posibilidades de la mujer de ejercer sus derechos de autocuidado, de desempeño social y de bregar por un bienestar con calidad.

Cabe reiterar que los respondientes tienden a percibir la VM como un problema que daña de manera holística a la persona y a las personas de su entorno inmediato; 24 participantes en la investigación explicitaron más de un tipo de daño, incidiendo a más de 100% el porcentaje total. También resulta de interés señalar que **la totalidad** de los respondientes de 8 sociedades provinciales coinciden en señalar que la VM por parte de la pareja **es un problema de SP**, estas son: Catamarca, Chubut, Córdoba, Corrientes, Jujuy, Misiones, Salta, Santa Cruz.

A continuación, y más allá de la lectura general del cuadro que numéricamente enfatiza los núcleos de sentido predominantes en la relación VM y Salud Pública, veremos como desde el análisis cualitativo los rasgos de sentidos o significados distintivos de esos núcleos nos permite explicar los conocimientos, opiniones y valoraciones que sustentan las respuestas dadas a la primera pregunta del estudio. A modo de evidencia se transcriben las voces seleccionadas por develar explícita e implícitamente el posicionamiento de los respondientes respecto a dicha dimensión en los tres núcleos de sentido detectados.

Acotamos que lo enunciado en el párrafo anterior será el procedimiento adoptado para presentar los resultados obtenidos para cada una de las seis dimensiones en estudio. Pasaremos al análisis de las razones que implícitamente fundamentan o sostienen la idea o pensamiento de por qué la VM es un problema de SP.

2.1.1 La VM resulta un problema de salud pública porque:

Enferma

En general los respondientes, como puede observarse en el cuadro 1 el (39.1%), identifican y significan a la VM como **un factor de índole social que se ejerce en instancia privada y enferma**. Las tres primeras columnas dan cuenta de los tipos de daños que ocasionan y comprometen al sector salud y en particular a los profesionales de la medicina dedicados a la atención de la mujer. Reconocen que la atención de este problema conlleva a un proceso crítico de la atención por: la magnitud creciente del fenómeno, por el daño que produce a nivel físico, psíquico y social por las secuelas que se expresan con morbilidades variadas, cronificadas y con elevadas tasas de mortalidad por femicidio, suicidio. Sin dejar de mencionar el impacto percibido sobre la salud del grupo familiar, específicamente, referido al aprendizaje de comportamientos violentos que los niños y adolescentes pueden replicar en las interacciones sociales y con consecuencias delictivas a futura.

En síntesis, la VM es percibida y significada como un problema claramente *ajeno a la medicina*, pero con responsabilidades en el sector debido a la morbilidad y mortalidad que ocasiona; lo cual los/las involucra, necesariamente, en la atención de la Salud Sexual, Salud Reproductiva y Salud Neonatal de las mujeres que la padecen.

Voces

“**Ninguna violencia es buena y nos afecta como sociedad a todos** sin diferencia de clase social” (Misiones)

“La violencia contra la mujer, si bien **es del ámbito privado**, al afectar **la salud integral de la mujer, termina siendo indirecta un problema de salud pública**” (E. Ríos)

“El primer paso es entenderla como un problema de salud pública ya que, si bien es **ejercida de un individuo a otro**, esta violencia **conlleva afectación de los grupos** familiares y sociales. (Santa Fe)

“Claramente, la **violencia física** ejercida pone en **riesgo de vida** y hay que sumarle la **violencia psicológica** que **inhibe** su proceder y decisiones en muchos aspectos” (Bs As)

“Es un problema por el **número de femicidios** y el **alto porcentaje de violencia intradomiliaria**” (CABA)

“Epidemiológicamente **es alta**, ocasiona **enfermedades crónicas, autoinmunes** de difícil manejo, incluso **adicciones varias y depresión**, y repercute en la descendencia ocasionando trauma y **problemas de vínculos** que ocasionan incluso **muerdes de personas jóvenes**” (Córdoba)

“La violencia tiene **implicancia en todos los controles de salud** que debiera realizar la mujer y que por ser sometida a violencia no los realiza, lo que **pone en riesgo su salud**: embarazos de riesgo, cáncer de cuello, etc. (La Rioja)

“Porque **incide directamente en la salud sexual, reproductiva y neonatal**” (S. del Estero)

2.1.2 La VM resulta un problema de SP porque es:

Política de Estado

El problema de la VM por ser *un problema de género es social y cultural, de magnitud creciente con impacto negativo para el conjunto de la sociedad, por eso resulta una política de Estado que debería estar **comprometiendo a todos los sectores de la organización social** formalmente institucionalizados en el tema*. Los respondientes perciben que los más importante en la relación SP y VM, es la articulación multisectorial, fundamentalmente con: educación, cultura, justicia.

Si bien todos reconocen que la SP tiene por mandato político la búsqueda del bien común, en relación con la VM algunos perciben que esta problemática, por su complejidad, les excede y *“hacen lo que pueden”*. De allí que sostengan en sus discursos que la VM es *un trabajo multisectorial, la violencia de género es responsabilidad no solo de los **profesionales de la salud***. En tanto funcionarios públicos los profesionales de todos los sectores deben actuar desde los distintos saberes requeridos a fin de obtener una solución para superar el daño personal y social que provoca; otros agregan que, además, **es necesario transformar esta sociedad “aún machista”**.

Voces

“Vivimos aún en una sociedad machista y la VM es una de las consecuencias”
(Córdoba)

“Creo que los violentos lo son por una cuestión cultural, y la educación en ese sentido es parte de la salud pública. Mientras no haya una política que involucre a todos seguirá habiendo violentos” (Cba)

“Es responsabilidad del Estado el bienestar y la definición de salud involucra lo social, familiar, económico. Además, la VM conlleva a otros tipos de abuso en sus ciudadanos/as que no van al sector”. (Bs As)

“El acceso a la salud pública puede significar la única oportunidad de la paciente para conseguir ayuda para salir de su entorno violento” ... “Como funcionarios públicos debemos garantizar los derechos de las mujeres” (E. Ríos)

“Es un problema de salud pública porque el médico es un eslabón entre la paciente y la ayuda pública que también otros deben otorgar para cambiar la situación”.
(Corrientes)

“Porque no sólo afecta el ámbito privado de la mujer, sino también a todas las esferas públicas, como salud, educación, crianza, etc.” (Catamarca)

“El sistema de salud ayuda en la pesquisa de la violencia de género, y se la ve frecuentemente en la consulta, en las guardias saturadas de pacientes víctimas de violencia”. (CABA)

“la VM requiere abordaje con políticas de prevención y promoción como cualquier otra patología prevalente”

“La salud pública posee herramientas para el manejo social, físico y psicológico de la persona afectada por la violencia”. debe ser abordado integralmente por el sector, con otras disciplinas” (Chaco).

2.1.3 La VM resulta un problema de SP porque:

Vulnera

Importa en este apartado tener en cuenta que la violencia en general y en particular la de género es, en base a la producción académica de los estudios sobre el patriarcado junto a los de la Psicología Social Crítica, ampliamente difundida por organismos internacionales y en forma sostenida a partir de la década del 80 del pasado siglo. Como toda producción de investigación científica su socialización es lenta y se podría decir que recientemente se comienza a visibilizar esta problemática cultural que incide psicológicamente en la conformación de nuestra subjetividad singular y colectiva acerca de cómo ser hombres y mujeres y de cómo relacionarnos. Y en este proceso el Estado es el que debe facilitar y garantizar que no siga reproduciéndose la cultura patriarcal por cuanto esta instala una visión de poder autoritaria y un ejercicio violento para sostener la continuidad de relaciones asimétricas en la conformación de las masculinidades y feminidades.

Esta visibilización ha llevado a consolidar los planteamientos de los movimientos de mujeres para demandar políticas públicas a nivel global que fueron traducidos en pactos

internacionales y , en nuestro país toma rango constitucional a partir de la Reforma de la Constitución/1994 (art.75, inc 22) expresándose en particular en las siguientes leyes: Ley N°23.179/1994; Ley N°24633/1996; Ley N°26.485/2009; Ley N.º27.499/2018, esta última denominada Ley Micaela es de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado y la reciente Ley N°27696/2022 que incorpora al PMO un protocolo para el abordaje integral de personas víctimas de violencia de género. Se espera que ellas y los decretos reglamentarios posibiliten revertir la relación asimétrica entre géneros, sostenida con violencia de distintos tipos, a fin de posibilitar el desarrollo humano con calidad. Sin embargo, esto aún no estaría ocurriendo si nos atenemos a los dichos de los profesionales que participan de este estudio.

La percepción de que la VM *afecta el desarrollo humano de las mujeres y el de sus hijos* ya lo vimos expresado en el tercio (30.3%) de los respondientes cuando señalan que se atiende el problema en el sector salud porque es una Política Pública que implica una mirada integral y un trabajo intersectorial. Pero, hay otro tercio (39.3%, última columna del Cuadro 2) que *advierte que en el daño social también participa el Estado al no tener mecanismos consolidados que garanticen el cumplimiento efectivo de evitar y erradicar este comportamiento*.

Voces

“Es un problema ya que **influye no tan solo en la persona que recibe violencia, tiene también consecuencias en los hijos de esta, y esto repercute indirectamente en la comunidad** la violencia es **una enfermedad social** que directa o indirectamente afecta a individuos, familias y comunidad”. (Tucumán)

“...se debe poder **detectar a tiempo situaciones de vulnerabilidad y dar aviso a salud pública** para que tome las medidas pertinentes. **Es un problema transversal...** (la Rioja)

“Es **una realidad visible y lamentable** y de la que **no hay seguridad para quien denuncia**. Como funcionarios públicos **debemos garantizar los derechos de las mujeres, pero vemos en la realidad que no es así**” (E. Ríos)

La **violencia económica** entra cuando a una paciente que no trabaja **no puede acceder a comprar el método anticonceptivo que desea cuando tiene obra social** (S. Juan)

Generalmente se encuentra en los niveles sociales más bajos y **el estado debe garantizar el derecho de todas las mujeres** a recibir atención ante violencia de género (S. Fe)

“El daño físico y el psicológico de la mujer **afectan su salud, su rendimiento laboral y su conducta**” (Córdoba)

“La violencia ejercida hacia la mujer **la pone en un lugar de vulnerabilidad social, económica, emocional** y por supuesto como consecuencia de su **salud en general**” (S. Juan)

Hace años que sostenemos que **la desigualdad es un problema de salud prevalente de la mujer**, que **afecta** no solo **en lo personal** sino desde **lo académico, docente y social** es decir en todos los ámbitos de actuación de la mujer (Bs As)

"La **violencia doméstica** es muy frecuente y está **encubierta por la misma víctima**, por varios motivos, entre ellos la **dependencia económica, temor** a mayor agresión (muerte) o por sus hijos y **esto nos excede y deben existir organismos** de control y de denuncia" (S. Luis)

"Porque la violencia **genera alteraciones en la salud de la mujer graves** y en muchos casos irreversibles, y por otro lado **la violencia se naturaliza y transforma una sociedad sana en patológica...**" (Corrientes)

Es **una violación a los derechos humanos de las mujeres**, y puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres **por lo cual debe ser abordada desde una perspectiva multisectorial para mejorar la respuesta de los servicios de salud.** (Chubut)

En síntesis, encontramos para la dimensión relación entre Violencia hacia la Mujer y Salud Pública tres ejes o núcleos de sentido que articulan los discursos de los/las respondientes: *La VM por parte de su pareja es un problema de SP porque enferma, porque vulnera socialmente la salud de todos, y el Estado debería generar los mecanismos para que el problema no se reproduzca.*

2.1.4.- La VM no es un problema de Salud Pública (SP)

Los 57 respondientes que consideran que **la VM no es un problema de SP** (14.3%), se distribuyen entre 15 sociedades provinciales. De esos respondientes, 16 de ellos no justifican lo afirmado, al respecto podría suponerse que no estarían dispuestos/as a explicitar lo que podría considerarse "políticamente incorrecto".

En total quedan 41 respuestas negativas para el análisis, y estas se distribuyen entre las siguientes sociedades provinciales: Bs. As, CABA, Entre Ríos, Santa Fe, Mendoza, San Juan, San Luis, Chaco, Formosa, La Rioja, S del estero, Tucumán, Rio Negro, La Pampa, Neuquén.

Cuadro 3.- La VM no es un problema de SP, respondientes según R. Sanitaria N=41

REGION SANITARIA	DELITO DE ORDEN PRIVADO (14,3%)					
	NO SP N=57	SIN FUNDAMENTAR N=16	Totales FUNDAMENTADOS N=41	PRIVADO / INDIVIDUAL	PUBLICO / SOCIAL	AMBAS
CENTRO	24	5	19	36,8	31,6	31,6
CUYO	8	4	4	0,0	50,0	50,0
NEA	6	2	4	0	50,0	50,0
NOA	12	4	8	25,0	50,0	25,0
SUR	7	1	6	0,0	83,3	16,7

Otra cuestión para tener en cuenta es que la referencia a la VM como problema de instancia privada es poco significativa en relación con el reconocimiento de su origen social y repercusión individual o de su origen privado con repercusión social.

A continuación, y más allá de la lectura general del cuadro que numéricamente enfatiza los dos núcleos de sentido antes mencionados, pasaremos a explicitar los rasgos de sentidos o significados distintivos de esos núcleos y que nos permite explicar los conocimientos, opiniones y valoraciones que sustentan las respuestas dadas. A modo de evidencia se

transcriben las voces seleccionadas por develar explícita e implícitamente el posicionamiento de los respondientes respecto a esta dimensión y sus respectivas subdimensiones.

Problema Social con repercusión individual

Voces

¿Con qué criterio es un problema de salud pública y no un problema privado debidamente atendido por la justicia? ¿Cómo diferenciar qué es un problema de salud pública o no? ¿Por el lobby del grupo interesado? La violencia hacia la mujer **es un problema muy serio, que debe tener un tratamiento multidisciplinario, con repercusiones graves en la vida personal y familiar. La justicia en la República Argentina ha desarrollado mecanismos para la intervención y el cuidado de las víctimas.** (Tucumán)

Es **un problema cultural** y la respuesta no está en el sector público (San Juan)

A mi entender es un **problema social** y sobre todo **cultural**, también es problema **de la justicia** (S del Estero)

Es social, tendríamos que **volver a fortalecer vínculos y educación desde la familia** (S. Fe)

Es socio cultural. El sector salud solo debe manejar trastornos y enfermedades (S. Luis)

No hay políticas de salud para abordar la violencia como fenómeno social (S. Juan)

Es sociológico y es tanto de hombres como mujeres (Bs As)

Me parece que **hay más mujeres violentas** en el sentido de que explotan a sus maridos cuando son divorciadas y no dejan ver a los hijos o lo infieles que son durante el matrimonio. Y además lo mal que hablan del su esposo o ex ante amigas y en sociedad, **eso sí lo veo en el consultorio. Y ese tipo de abuso nadie habla y tiene mala prensa hablar de eso** (E. Ríos)

Es más, un problema social que puede llegar a ser problema de salud tanto pública como privada. (Neuquén)

Es un problema **socio-cultural que impacta en la justicia** (La Pampa)

La agresión no tiene género y **corresponde a la justicia intervenir.** (La Rioja)

Es producto de una sociedad machista, y no creo que sea solo un problema "de" salud pública sino "para" la salud pública (La Rioja)

El origen **es multifactorial**, de la genética, educación, sociedad, seguridad, etc. (CABA)

Creo, que es más **un problema de desarrollo y bienestar social.** (CABA)

Es **un problema histórico de seguridad**, dadas las tasas de reincidencia. Solo atañe a la Salud Pública en cuanto a la detección, diagnóstico y denuncia oportunas. **La mejor**

política contra la violencia de género es una fuerza de seguridad entrenada respaldada por una justicia eficaz, no "garantista". (Bs As)

Problema individual con repercusión social

Voces

Es una problemática de **índole privada y que debe ser respondida por seguridad** (S Juan)

Es una **problemática individual de orden multidisciplinaria** de salud, justicia, educación, servicio social (R. Negro)

Es un **problema policial** (Tucumán)

La **violencia de género no es privativa de salud pública**, se observa en distintos estamentos sociales y repercute en todos. (Neuquén)

Es un **problema de valores** que afectan socialmente. (La Rioja)

Es un **problema de pareja que puede ser atendida por la salud** (Formosa)

Es un delito y por lo tanto es del ámbito de la seguridad ciudadana. Comparable al de la violencia en espectáculos deportivos o violencia al volante. (E. Ríos)

Habitualmente **se da en mujeres sometidas y de bajos recursos** y los problemas **impactan directamente en indicadores de salud pública**, esto también ocurre en el sector privado de la salud. (Chaco)

Es un **inconveniente de educación y respeto por otro**. (CABA)

Es un **problema de Educación General**, de estabilidad del núcleo familiar, **de tener principios claros** de lo que está bien y está mal **y eso se da también en entornos bien constituidos**. Partamos desde ahí. (Chaco)

Problema que se atiende tanto en el consultorio de gestión estatal como en el consultorio de gestión privada

Esta posición es independiente de si se percibe que la VM es de origen socio-cultural que afecta individualmente la salud o si es un problema de mal comportamiento individual y de algunos grupos de la sociedad que tiene impacto social por daños a terceros. El sentido que domina en este tipo de respuesta es *el lugar de atención o de consulta* y desde allí se percibe que **el problema no es solo de atención en consultorios de gestión del estado**.

Voces

No es del sector público porque **se reciben pacientes en ambos sectores, público y en consultorio privados** (S. Fe).

La atención de la salud femenina **debe abordarse en forma integral tanto por la salud pública como privada** y en todos los sectores sociales (Mendoza)

Es un **hecho privado** creo que **no importa si la salud es pública o privada** (E. Ríos)

En síntesis, los respondientes que niegan la incumbencia de la salud pública en relación con el problema de la violencia hacia la mujer, justifican su posición señalando que es un problema de instancia privada de individuos o grupos sociales de origen socio-cultural carenciados de valores, y esto puede darse independientemente de la posición económica. Por lo expresado su atención involucra directamente a la justicia. O sea, explícitamente es una carencia de valores y educación “no hay respeto por el otro” y ello conduce a comportamientos delictivos que debe dirimir la Justicia. Lo que llega al sector salud es la repercusión individual del problema que solo compromete un tratamiento físico o psicológico porque excede al campo de soluciones desde la medicina.

2.- Recepción de VM en consultorio y tipos identificados

En relación con esta dimensión, según lo referido por el total de los respondientes (N=399), la mayoría de ellos (N=350) han recibido mujeres que padecen de violencia y en menor cantidad (n= 49) expresan que en sus consultorios no han tenido que asistir a mujeres violentadas por sus parejas, lo expresado se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro 4.- Recepción de VM en consultorio y tipos identificados a través de signos, según R. Sanitaria. N=399

REGION SANITARIA	RECIBEN EN CONSULTA		IDENTIFICACION DE SIGNOS					TOTAL
	SI	NO	FISICOS	PSIQUICOS	SEXUAL	ECONOMICO	PRES AGRESOR	
CENTRO	154	10	66	120	53	5	12	256
CUYO	41	8	11	35	6	1	1	54
NEA	26	8	17	15	3	1	0	36
NOA	78	12	45	61	13	3	4	126
SUR	51	11	15	42	10	6	9	82
Total	350	49	154	273	85	16	26	554
%	87,7	12,3	27,8	49,3	15,3	2,9	4,7	

Iniciaremos el análisis de esta dimensión con las respuestas dadas por los profesionales que dicen

Recibir VM en consulta

El 87,7% de los/las respondientes afirman atender en consultorio a mujeres violentadas por su pareja e identifican en ellas más de un signo de violencia, como puede observarse en el cuadro 4. Sus respuestas han dado lugar a clasificarlas en cinco categorías, cuatro de ellas tipifican los tipos de violencia ejercidos contra ellas y en la última columna del cuadro se incorpora la presencia de la pareja de la víctima como signo a considerar por el comportamiento violento de éste con la mujer durante la consulta. Este signo resulta interesante a destacar por cuanto un grupo pequeño pero significativo (4.7%) de respondientes lo identifican de ese modo.

A continuación, pasaremos a explicitar los rasgos de sentidos o significados distintivos de esta dimensión que nos permite explicar los conocimientos, opiniones y valoraciones que sustentan las respuestas dadas. Se recuerda que, del conjunto de expresiones relacionadas con el tema en cuestión, solo se seleccionan las más representativas del conjunto, en este caso para cada tipificación de daño o combinación de éstos.

Voces

Porque **acuden a la consulta muchas veces con otros motivos**, pero a veces **no son conscientes de la violencia psicológica, económica o sexual que padecen y que nosotros podemos detectar** y posibilitar que se explayen (S. del Estero)

Porque **responden lo justo y necesario, con la mirada hacia abajo**, no acuden a la cita programada, presentan **signos de estrés**, no aumentan de peso, **no hacen los estudios ni controles correspondientes**. (Jujuy)

Por el llanto fácil. Lesiones sospechosas. Respuestas erráticas a la defensiva, nerviosismo, **angustia, depresión** (Neuquén)

Su timidez, su miedo a contestar algunas preguntas, **actitud sumisa, asustada**, sobre todo cuando se hace preguntas de convivencia, también cuando hay **dependencia económica y multiparidad**. (Chaco).

"...o se queja de su pareja constantemente hasta que se le pregunta y ofrece la información. O cuando se dan indicaciones sobre tratamientos, controles que dicen **no poder hacer** por no contar con el apoyo o no poder cambiar hábitos o conductas en su casa por su pareja. (E, Ríos)

Por los golpes propiamente dichos, cuando **son muy retraídas, no toman decisiones simples**, también por la **actitud sumisa** cuando no fija la mirada o la baja cuando le pregunto algo relacionado a la violencia" (Sta. Cruz)

Por **los signos físicos**: golpes, rasguños, hematomas en distintas zonas corporales en rostro, vulva, hombro. Y sobre todo **violencia psíquica que aparece en la anamnesis** (la Rioja)

Es común que la paciente que padece de **violencia sexual sufra de dispareunia sienta malestar en la revisión ginecológica, imposibilidad de especuloscopia** (CABA)

Relatan con **mucha vergüenza** que **las obligan a mantener relaciones sexuales**, aunque no tengan ganas, que **evitan salir del baño solo tapada con toalla o con ropa interior únicamente** porque se interpreta que van a tener sexo, **las acusan de infidelidad para golpearlas**. (Córdoba)

"...por no usar ningún anticonceptivo **a pesar de no querer embarazarse**, disfunciones sexuales, ITS, no tener iniciativa propia, **querer acceder a una IVE y tener que hacerlo sola**, ocultando" (E. Ríos)

Labilidad e inestabilidad emocional, baja autoestima, **enfermedades asociadas a déficit inmunológico, signos físicos**: lesiones, hematomas, etc. (Bs As)

Responde el violento las preguntas, no valida sus sentimientos, son **mujeres que postergan decisiones en el tratamiento, en la elección del MAC**, hasta aprobación del otro" (Catamarca)

"El **marido siempre entraba al consultorio**, ella hablaba poco, presentaba hematomas y aducían a golpes por accidentes domésticos. (La Pampa)

Es difícil lograr que escuchen, por **miedo muchas veces, y cuando no se puede lograr evitar el vínculo con el violento, ya sea por hijos** en común, por convivencia, **por falta de medios económicos**. La violencia económica es tan grave como las otras causas (E. Ríos)

En síntesis, lo expresado por los/las profesionales en la subdimensión analizada dan cuenta que *los signos más orientativos y sobre todo confirmatorios de hechos de VM físicos, sexuales y económicos son signos de orden psicológico*. Estos se detectan a través de *las dificultades de la mujer violentada para establecer un diálogo fluido con el/la profesional, caracterizado por el silencio culposo, la narrativa evasiva*. Por lo general, esta dificultad de expresión se acompañaría de *actitudes de sumisión, baja autoestima, las emociones poco o nada reguladas como el llanto fácil, la tristeza, la angustia y la depresión*. Se señalan también *las conductas de apego que conllevan a la dependencia emocional y económica, impidiéndoles tomar decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como la elección de MAC para evitar embarazos no deseados, solicitar la IVE, realizar los tratamientos y controles de salud prescriptos y programados*. Finalmente, otro signo y no de menor importancia refiere a *la presencia de la pareja agresora en el espacio de consulta, cuando él habla por la mujer suplantándola en el diálogo con él o la profesional, dejando clara evidencia del ejercicio del poder sobre un cuerpo que le pertenece*.

A continuación, desarrollaremos el análisis de la otra subdimensión conformada por los que dicen *no recibir en consulta mujeres violentadas por sus parejas*. Esta resulta de interés no tanto por el número de respuestas dadas sino por las significaciones que tienen las expresiones enunciadas por los profesionales.

No recibir VM en consulta

Solo el 12.3% de los respondientes totales (N=399) afirman nunca haber tenido mujeres que consultaran por VM o que ellos pudieran haberla detectado. Entre los que dicen *no recibir VM*, (N= 49), encontramos 4 respuestas que pertenecen a profesionales que, **si** acuerdan con la idea de que la VM es un problema de SP, que saben identificar signos, pero no sabrían qué hacer en esa situación.

Las 45 restantes son respuestas de profesionales que **no acuerdan que la VM sea un problema de la SP**, sin embargo, 34 de estos profesionales atiende en consulta a mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas y saben identificar signos, aunque no los puedan nombrar con la misma precisión que los profesionales que **si** reconocen la VM como un problema de SP.

Cuadro 5.- Respondientes que consideran que la VM no es un problema de SP y recibieron consultas de VM

REGION SANITARIA	VM no es problema de SP	ATIENDEN CONSULTAS VM	
		SI	NO
CENTRO	24	21	3
CUYO	4	2	2
NEA	5	3	2
NOA	5	3	2
SUR	7	5	2
TOTALES	45	34	11
%	100	75,6	32,4

Sanitarias. N= 45

Es evidente la contradicción cuando este grupo que considera que la **VM no es un problema de SP** afirman, en un momento del relevamiento de la información, que no “ven VM en la consulta” y sin embargo un 75.6% de los respondientes identifican “el problema” en las mujeres que llegan a consulta y les brindan la posibilidad de relatarlo e intentan sugerir una posible salida, como veremos cuando pasemos al análisis de la tercera dimensión de este estudio.

Recapitulando, en esta segunda dimensión explicitamos *datos cuantitativos y cualitativos alrededor de dos subdimensiones: a) reciben consultas de mujeres que padecen de VM por parte de sus parejas, b) saben identificar los signos. Ambas subdimensiones obtuvieron puntajes altos en la mayoría de los respondientes, 96.2% entre los que si acuerdan que la VM es un problema de SP y los que no acuerdan con esta postura. Mas del 100% de los respondientes que si atienden identifican más de un signo de violencia durante la consulta.*

2.3.- Conocimiento acerca de los procedimientos a aplicar en la atención de VM

En esta dimensión se les preguntó a todos los respondientes (N=399) si, independientemente de que atiendan o no en consultorio casos de VM, saben cómo afrontar esa situación. El siguiente cuadro da cuenta de las respuestas cuantificadas al respecto.

Cuadro 6.- Total de respondientes que manifiestan como afrontan la situación de VIF en consulta. N=399

REGION SANITARIA	MANEJO DE LA SITUACION					
	SABEN	CONTIENEN	DERIVAN	ASESORAN	NO SABEN	FUNDAMENTAN
CENTRO	120	14	92	72	44	36
CUYO	38	7	23	19	11	4
NEA	28	1	16	15	6	5
NOA	60	11	35	43	30	19
SUR	39	7	21	24	23	16
TOTAL	285	40	187	173	114	80
%	71,4	14,0	64,9	60,7	28,6	70,2

A continuación, pasaremos a desarrollar los sentidos que dichos números distribuidos, en esas categorías de análisis, representan cualitativamente.

Saben cómo actuar ante la VM

Según los datos registrados la mayoría (71.4 %) de los respondientes saben qué hacer cuando, en consulta, deben asistir a mujeres que padecen de violencia por parte de la pareja. Esos saberes se enuncian en las siguientes expresiones y muchas de ellas tienen características de respuesta múltiple.

Voces

En primer lugar, le **transmito confianza, escucha, tiempo y aseguro la confidencialidad**, solicito participación de psicóloga y asesoro sobre dirección y teléfonos de lugares a donde recurrir Hasta una vez acompañe personalmente a la comisaría. (Tucumán)

Por lo general **suelo indagar más y preguntar** si hay abuso físico. Muchas veces es si o se esquiva la respuesta. **Suelo contar con una asistente social**, pero a veces nada se puede hacer, sobre todo cuando es la pareja quien aporta el dinero para la canasta básica familiar” (Bs As)

Solo **tratar de que la paciente acuda a la denuncia cuando hay agresión física** y creer que luego se seguirá un protocolo de contención psicológica, ayuda y resguardo de la integridad. (S. del Estero)

Se conversa y así **trato de identificar si la persona comprende los tipos de violencia**, se ofrece **apoyo interdisciplinario**, por lo menos del lugar donde trabajo (S. Fe)

Trato de **que la paciente lo cuente, lo asuma y vaya a la justicia** por sus propios medios y siga lo que le digan. (S. Cruz)

Las situaciones que viví solo pude: **contener, asesorar para que denuncie a su abusador**. La mayoría son mayores de edad y está en su voluntad de hacerlo. **Escucharlas y ofrecer mi servicios** para ayudarlas si ellas deciden denunciar. **Contactar con un profesional de salud mental para su terapia**, son mujeres que perdieron su autoestima y la seguridad de poder solas. (S. Luis)

Se solicita **estudios en la guardia** para demorarla **e interconsulta con servicio de violencia de género**. Se trata de no demostrar interés ni comentar ni magnificar el tema, pero **se trata de hacer sentir comfortable a la víctima para que no pida el alta voluntaria hasta que llegue la especialista de turno de esa área**”. (Salta)

El hospital local tiene un **centro de atención a la víctimas de violencia familiar** que atiende la urgencia y realiza seguimiento y grupos de ayuda **y contactamos en estos casos**. (R. Negro)

Escucha activa, respeto. No culpar y **promover derechos y consentimiento informado**. Buscar **red de apoyo interdisciplinario**. (Neuquén)

Tener **empatía, brindar un entorno seguro y confidencial**, validar sus sentimientos, ofrecer apoyo y opciones, **documentar en la historia clínica, seguir protocolos institucionales**”. (La rioja)

Tenemos un **número gratuito al cual llamar** Y también contamos con la participación **de servicio social** que interviene en caso de violencia de género” (Jujuy)

No saben cómo actuar

Del 28.6% (N=114) de los respondientes que dicen **no saber** cómo se procede, mencionados en el cuadro anterior, 69 respondientes estarían incluidos en la categoría de los que afirman que la VM por parte de la pareja es un problema de SP y 45 respondientes de los dicen que no es un problema de SP. A continuación, transcribimos la expresiones de los 69 respondientes que conforman nuestro muestreo cualitativo de los expresan no saber cómo actuar **y opinan que la VM por parte de la pareja es un problema de salud pública.**

Voces

Fuera de aconsejar, es **difícil el manejo**, es además un problema social (Tucumán)

Tengo intenciones de formarme al respecto porque **son situaciones avasallantes** (S. del Estero)

No sé el alcance de aspectos legales, y secreto profesional en historia clínica y consultorio (S. del Estero)

Es difícil ya **que no se cuenta con equipos multidisciplinarios ni protocolos** (S. Fe)

Es **complejo hacer lectura de las parejas** en una consulta (S. Cruz)

Pero no estoy conforme siento que podría hacer más, una cosa es solucionar una lesión, pero siento que **me falta conocimiento** (S. Juan)

No existen canales REALES para denunciar estas situaciones. (Salta)

Desconozco si hay algún organismo a quien remitir a la mujer (Neuquén)

No es fácil y **no tengo formación** (L Pampa)

No, porque **no se logra articular con organismos** multidisciplinarios (Jujuy)

No está articulado en la institución que hacer en estos casos (E. Ríos)

Solo se el accionar como médico (Corrientes)

No se recibe formación para el abordaje de esta problemática **en ninguna instancia** de la formación desde la carrera de grado hasta el ejercicio profesional. (Córdoba)

No sé, **supongo que me pondría en contacto con la comisaría de la mujer** o con alguna fiscalía (Chubut)

No sé cómo abordar y si realmente puede generar algún cambio. Además, las consultas son tan cortas que no se puede abordar un tema tan largo (CABA)

Nuevamente, es un delito de instancia privada. **Uno puede cumplir con los protocolos del hospital, pero la ayuda hacia la mujer vulnerada no es suficiente.** (Bs As)

No sé, realmente **desconozco muchas de las leyes al respecto y como debería ser el manejo en salud** frente a una situación de violencia de genero (Bs As)

A continuación, pasaremos a analizar cualitativamente la expresiones de la submuestra de los respondientes que opinan que **la VM no es un problema de SP**

Cuadro 7.- Respondientes que manifiestan como afrontan la situación de VIF en consulta.
N=45

REGION SANITARIA	VM no es problema de SP	ATIENDEN CONSULTAS VM		SABE QUE HACER	
		SI	NO	SI	NO
CENTRO	24	21	3	19	5
CUYO	4	2	2	3	1
NEA	5	3	2	5	0
NOA	5	3	2	4	1
SUR	7	5	2	3	4
TOTALES	45	34	11	34	11
%	100	75,6	32,4		

Saben cómo actuar, aunque consideren que la VM no es un problema de SP

Según los datos registrados el 75.6 % de los respondientes de esta submuestra saben qué hacer "intuitivamente" o "lógicamente" cuando, en consulta, deben asistir a mujeres que padecen de violencia por parte de la pareja. Esos saberes se enuncian en las siguientes expresiones y muchas de ellas también tienen características de respuesta múltiple.

Voces

Le ofrezco asesoramiento. No sé si podría denunciarlo como profesional. (Bs As)

Es difícil de abordar. **Le sugiero consultas por los canales que tiene nuestro medio, aunque no se si son efectivos.** (CABA)

No tengo una formación sólida, hago **lo que me dicta la lógica y lo que busco de información** sobre el tema (Chaco)

Supongo que **me pondría en contacto con la comisaría de la mujer o con alguna fiscalía"** (Chubut)

No sé qué se puede hacer nada mientras esté la pareja presente todo el tiempo (Córdoba)

Yo trato de hablar, convencer de buscar ayuda. **Derivo a consultar** en área género (E. Ríos)

Mas allá de **charlar, y apoyarla**, no, porque por lo general **es una persona que no puede salir de ese círculo violento sin otra ayuda** (Jujuy)

Soy médico. **Debo atender** las consecuencias físicas de la violencia, **contener y cuidar** de la paciente, **tratarla con empatía y derivarla** a otros profesionales de otras ramas **para su atención integral** (Tc)

Solo **tratar de que la paciente acuda a la denuncia** cuando hay agresión física y **creo** que luego se seguiría un protocolo de contención psicológica, ayuda y resguardo por su seguridad (S. del Estero)

En síntesis, podemos concluir diciendo que, tanto los que piensan que la VM por parte de la pareja en un problema de SP como los que piensan que es un problema socio cultural, *tienen en común la actitud de ayudar con los propios recursos disponibles a partir de empatizar con la mujer que atraviesa una situación de alta fragilidad emocional, física, sexual, económica*. Esos recursos son, más que todo, habilidades que humanizan la relación para dar cabida a la contención del padecimiento psíquico.

La diferencia entre unos y otros profesionales es los que **los primeros** luego de contenerlas *apelan a los recursos que saben o creen que las políticas públicas de violencia de género implementan para la solución del problema*: redes internas (con o sin protocolos) de derivación en los propios efectores de salud, y/o derivan a las redes externas (con mayor o ninguna certeza de efectividad) compuesta con organismos de seguridad y justicia. Los **segundos** *no contarían con esos recursos ya sea porque no saben cómo funcionan ya sea porque desconfían de la efectividad de estos por cuanto se percibe que el problema sigue y empeora*.

Cabe destacar que respecto de los que en general **NO saben que hacer** obtuvimos algunos hallazgos en el modo de pensar, valorar y actuar de los respondientes que en cierto modo dan continuidad a lo que acabamos de sintetizar.

Reiteramos, no se obtuvieron diferencias significativas entre el desconocimiento que dicen tener los que adhieren a la idea de que la VM por parte de la pareja es un problema de SP como los que piensan que es un problema de instancia privada y de origen socio cultural. En cualquier caso, *se reconoce que es un problema muy complejo que "avasalla" cuando uno se enfrenta con él*.

El eje del desconocimiento no siempre estaría en un mismo lugar. Al respecto tenemos aquellos que hacen hincapié en *la falta de formación sobre violencia de género, en no saber a qué organismos derivar, no saber las leyes que deben tenerse en cuenta en la práctica, no saber si existen protocolos de actuación y de articulación*. Por otro lado, se acentúa más que desconocimiento sobre la violencia de género la incertidumbre de *no poder saber si los distintos organismos creados para la atención de esta problemática "realmente" funcionan y si en estas condiciones es posible lograr un cambio socio cultural ya que se sabe que la actuación solo desde el campo de la medicina "no es suficiente"*.

2.4. y 2.5. - Expectativas sobre la capacitación desde FASGO y opiniones respecto del momento de la formación académica que este saber debería impartirse.

Las preguntas sobre oferta de formación y momento académico ideal para recibir formación o capacitación sobre violencia de género se trabajan de manera conjunta en este apartado por cuanto ambas preguntas apuntan al mismo objetivo investigativo: conocer las expectativas de formación y/o capacitación de los profesionales abocados a la atención de los problemas que afectan la salud de la mujer.

Cuadro 8.- Total de respondientes sobre ofertas y expectativas de formación en violencia de genero. N=399

REGION SANITARIA	DEMANDA DE FORMACION					
	FASGO	NO	PREGRADO	GRADO	POSGRADO	OTRO
CENTRO	153	11	133	122	104	104
CUYO	47	2	39	34	21	20
NEA	31	3	30	21	15	12
NOA	87	3	78	52	45	42
SUR	59	3	51	39	32	39
TOTALES	377	22	331	268	217	217
%	94,5	5,5	83,0	67,2	54,4	54,4

Antes de interpretar los datos cuantitativos de este Cuadro amerita que definiáramos el sentido que le damos a los conceptos formación y capacitación. El primero tiene por objetivo brindar conocimientos y competencias más generales, el segundo desarrolla las habilidades específicas para una práctica concreta. Y ambos están presentes en los enunciados de los profesionales de ginecología y obstetricia que consintieron participar en el estudio, ellos dan cuenta de sus saberes y habilidades y/o de las carencias que perciben al momento de abordar casos de VM por parte de la pareja.

A los respondientes se les preguntó si querían recibir **formación desde FASGO** en violencia de género, casi el 95 % de los respondientes aceptaron la idea. No sorprende el resultado obtenido por cuanto suponemos que al ir respondiendo la encuesta fueron movilizándose una serie de inquietudes en relación con la problemática que, como advirtiáramos, en todo momento se la visualizo como de gran complejidad desde la formación médica.

Si sorprende el menor número de respuestas dadas cuando se les pregunta por cual sería el **momento oportuno** de realizar académicamente este aprendizaje. Puede observarse que el 83% de los respondientes señalan que sería oportuno durante la formación de grado, un 67.2% cuando cursan la residencia, un 54,4% cuando cursan la especialización y el mismo porcentaje en relación con cualquier otro momento, entendido que esta expresión refiere a la posibilidad de hacer un posgrado cuando se siente la necesidad. O sea, hay un porcentaje del 17% al 54,4% de respondientes que no estarían interesados en una formación académica respecto al tema.

Por último, con relación a la **necesidad de formación**, por los porcentajes obtenidos y por el contenido expresado en términos motivacionales, se puede concluir que los respondientes *sienten que la oportunidad de recibir formación en violencia de genero se ubica durante la formación de grado*. Y es de **mayor interés una capacitación corta** que, por un lado, no entre en conflicto con los tiempos laborales, y por otro que brinde **herramientas concretas** para optimizar lo que se viene realizando en la consulta. Es desde esta expectativa que cobra sentido el alto porcentaje de respondientes que se sentirían atraídos por una oferta de capacitación proveniente de FASGO.

En síntesis, se puede señalar que los respondientes, en general, *pueden identificar los signos de VM, aun cuando no se hayan encontrado con esta problemática en consultorio. Los respondientes involucrados en la atención de VM "denuncian" implícita y explícitamente que no en todos los efectores de salud cuentan con protocolos claros de actuación, ni todos los*

organismos a los que se derivan a las mujeres que padecen de violencia dan respuesta al problema. Una mayoría de respondientes expresan que en ningún momento de la carrera o de la práctica médica han recibido formación para afrontar este tipo de problemática calificada como "difícil" por su complejidad y que excede a los saberes de la medicina.

2.6. – Habilidades profesionales requeridas para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer

En primer lugar, cabe hacer referencias teóricas respecto de las habilidades. Estas son reconocidas como capacidades o aptitudes psicosociales desarrolladas a través del conocimiento y la práctica y se manifiestan en el cumplimiento competente, en términos de efectividad y eficacia, de la tarea emprendida.

Es posible encontrar varias definiciones, pero lo común a todas ellas es como se las caracteriza:

1. Las habilidades sociales son conductas aprendidas, socialmente aceptadas y que, a su vez, posibilitan la interacción con los demás.
2. Son conductas instrumentales necesarias para alcanzar una meta de manera competente.
3. En ellas se unen aspectos observables y no observables, de naturaleza cognitiva, afectiva y conductual.
4. La evaluación, interpretación y entrenamiento de las habilidades sociales debe estar en consonancia con el contexto social.

A continuación, pasaremos a describir cuáles son las principales habilidades que los respondientes identifican que los hacen o harían competentes en la asistencia del cuidado y promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Cuadro 9.- Total de respondientes sobre habilidades que poseen y sobre habilidades que desearían adquirir para promover la SSyR. N=399

REGION SANITARIA	SI	ESCUCHA ACTIVA	EMPATIA	DIALOGO Y ASESORAMIENTO	NO
CENTRO- N=164	147	63	82	117	17
CUYO -N=49	44	34	33	7	5
NEA - N=34	31	22	20	3	3
NOA - N=90	80	43	60	1	10
SUR - N=62	55	38	48	1	7
TOTALES	357	200	243	129	42
	89,5	56,0	68,1	36,1	10,5

El análisis de esta última dimensión del estudio nos informa, desde los datos numéricamente registrados, que la mayoría casi el 90% de los respondientes, opina que se requiere de habilidades específicas para ser competentes en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

De las habilidades mencionadas, como se puede observar en el cuadro 9, es **la empatía** la que presenta una mayor frecuencia (68%) respecto de la **escucha activa** (56%) y el **diálogo o la comunicación** (36%). La empatía es apreciada como una cualidad *clave para la comprensión* de la mujer en situación de violencia por parte de su pareja y también lo es *para generar un ambiente amigable a través de una escucha activa y para lograr una conversación o diálogo sobre algo tan doloroso que se trata de ocultar*. Esta secuencia de sentido puede leerse a partir de las respuestas múltiples cuantificadas.

Más allá de esta construcción lógica, en el análisis de las expresiones cualitativas enunciadas por los 357 respondientes, surge la **demanda específica de habilidades** para optimizar el desempeño profesional en el cuidado de la salud de la mujer, en los siguientes términos, representativos, del conjunto:

Saber identificar o captar la problemática - Saber escuchar - Saber preguntar en la anamnesis como cualquier otro antecedente. Saber ser empática – Saber contener - Saber tener paciencia – Saber ser comprensiva – Saber brindar confianza generando un ambiente amigable, darse tiempo - Ser creíble dando información veraz - Saber comunicarse, no prejuzgar ni dar por sentado nada – Saber comunicarse asertivamente - Saber dialogar, “dar lugar a hablar de eso, no dejarlo pasar”- Saber trabajar articuladamente, en equipo interdisciplinario.

Cabe mencionar que además de referirse a las habilidades, en una cantidad semejante de respuestas los profesionales participantes, reiteran la **necesidad de adquirir conocimiento**. A continuación, se transcriben los contenidos más representativos y en ellos se pueden distinguir tres ejes de preocupación para ser competentes en la promoción de la calidad de la SSyR de la mujer.

Relación Médico-Paciente

Conocer la manera de actuar ante situación de violencia: como se detectan los signos, donde acudir, denunciar, a quien llamar.

Conocer cómo hacer consejería para adolescentes

Conocer las raigambres culturales de la población asistida para entender el contexto familiar.

Conocer sobre las herramientas disponibles para encarar la situación, como ayudarla a comunicar su problema

Conocer cómo se detecta oportunamente el abuso sexual y como se la protege

Conocer acerca de educación sexual integral: MAC, ACO, ILE/IVE y su correcta indicación

Relación interdisciplinaria y multisectorial

Conocer dónde se deriva, cuáles son los centros de ayuda

Conocer sobre el trabajo multidisciplinario frente a estas situaciones

Conocer cómo se trabaja interdisciplinariamente, como articular con Salud Mental

Conocer si corresponde hacer la denuncia de oficio en casos de violencia de género

Relación Ley y Praxis médica

Conocer cómo se realiza el examen médico legal correctamente

Conocer la salud reproductiva como un derecho básico esencial

Conocer derechos sexuales y reproductivos desde el punto de vista legal y respetarlos

Conocimiento de las leyes que protegen a la mujer y al profesional de salud

Conocer cuál es la responsabilidad civil que le cabe al profesional

Conocer cómo se resguarda a la víctima y como se resguarda el secreto profesional

Conocer la ley Micaela

Con el propósito de:

Contar con los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas, con la monitorización y evaluación permanente de logro de los objetivos a alcanzar (S. del Estero)

Contar con procedimientos claros como en Uruguay, Chile y Brasil: 1. DETECTAR A LA VICTIMA

2. ACTIVAR EL PROTOCOLO PARA VIOLENCIA DE GENERO 3. SEPARAR A LA VICTIMA DEL AMBIENTE TOXICO DONDE ESTA EL AGRESOR 4. DEFINIR UN LUGAR SEGURO PARA LOS HIJOS DE LA VICTIMA EN CASO DE QUE SEA MADRE. (Salta)

Para concluir con el análisis de los datos, recogidos para esta dimensión, vamos a analizar e interpretar los enunciados de los respondientes (10.5%), registrados en la última columna del Cuadro 9, que creen que no se requiere aprender habilidades.

Cuadro 10.- Total de respondientes sobre habilidades que poseen y sobre habilidades que **no** desearían adquirir para promover la SSyR. N=399

REGION SANITARIA	NO	SABEN	NOSE ADQUIERE
CENTRO - N=164	17	14	3
CUYO - N=49	5	5	0
NEA - N=34	3	2	1
NOA - N=90	10	10	0
SUR - N=62	7		
TOTALES	42	37	5
%	10,7		

Se considera que no por ser numéricamente poco relevantes, dejan de ser significativos, por el contrario, es representativo de un conjunto de profesionales que piensan, valoran y actúan que “ya lo saben” o porque actúan desde una “concepción estrictamente biologicista” de la persona o porque “las habilidades son innatas” y no se aprenden. En cualquier caso, no resultaría atractiva una propuesta de aprendizaje continuo; habrá que considerar como y desde donde es posible acercarlos a una propuesta más integradora

del ser humano en sus aspectos bio-psico-social y en la consideración de que el aprendizaje continuo es necesario porque los contextos sociales se transforman.

Conclusiones y Recomendaciones

Retomando el interés del **Comité de Violencia hacia la Mujer** de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia de la República Argentina, por conocer entre sus afiliados/as, la apreciación de esta problemática con vistas a realizar un espacio de diálogo y propuestas en el Congreso de la FASGO-2024, podemos concluir que la participación comprometida de los respondientes de 23 Sociedades provinciales han brindado la oportunidad de contar con un diagnóstico aproximado de las realidades que los respondientes viven al momento de brindar atención a las mujeres que padecen de violencia de distintos tipos por parte de la pareja.

En términos generales se identifica la VM como un problema social que impacta sobre el sector salud por la magnitud del daño que provoca en las mujeres, afectando a esta con lesiones de índole físicas, psicológicas, económicas y sociales.

Resulta un problema de SP porque enferma, vulnera socialmente la salud de todos, y por ello el Estado es quien debe generar los mecanismos para que el problema, originado socio-culturalmente, no se reproduzca. Lo que llega al sector salud es la repercusión individual del problema socio cultural y político que excede al campo de soluciones desde la esfera de actuación médica.

Un hallazgo significativo es que hay coincidencia entre los respondientes en detectar signos de VM por parte de la pareja a través del discurso evasivo de la mujer, de las actitudes temerosas, de emociones no reguladas, de conductas resistentes al cuidado de la salud y de la presencia insidiosa del hombre en la consulta.

Los profesionales, participantes del estudio, cuentan para afrontar esta problemática con habilidades como la empatía, la escucha activa, el dialogo contenedor que humaniza la relación médico-paciente y así sienten que son eficaces porque dan cabida a la contención del padecimiento psíquico y pueden asesorar; aunque en este último punto no se sienten seguros.

O sea, no se sienten cómodos con solo ejecutar estas habilidades puesto que perciben que hay mandatos jurídico-legales que los colocan en riesgo de mala praxis y de riesgo involuntario para con la mujer, por ello demandan contar con herramientas que les permitan cumplir el cuidado de las mujeres con confianza y con redes de contención para la mujer y para sí.

Al respecto hacen hincapié en la falta de formación sobre violencia de género, en no saber a qué organismos derivar, no saber las leyes que deben tenerse en cuenta en la práctica, no saber si existen protocolos de actuación y de articulación interdisciplinar al interior de los efectores de salud y al exterior con organismos multisectoriales que continúen con la atención de la VM porque solo con la medicina "no es suficiente" para responder a un problema complejo que requiere de la conjunción de múltiples saberes y practicas intersectoriales.

Teniendo presente que los respondientes demandan formación y capacitación y vivencian positivamente la idea de recibir lo demandado por parte de la FASGO, se recomienda tener

en cuenta los tres ejes alrededor de los cuales se aglutinan una serie de contenidos que desean incorporar, a los fines de elaborar una estrategia de enseñanza-aprendizaje integral e integrada en lo posible con ejemplos de buenas prácticas.

Al respecto sugerimos no solo considerar como teórico la Perspectiva de Género, el Derecho al Desarrollo sin Violencia para garantizar la calidad de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, sino también tener presente las Políticas de Salud Pública en el marco de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030. OPS/OMS).

1. Instituto de Virología "Dr. J. M. Vanella", Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.
2. Cátedra de Clínica Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Consenso FASGO 2024: Control Ginecológico en la Mujer Sana

Coordinación:

Dr. Samuel Seiref

Integrantes

Dra. Dolores Alvarado Arichuluaga, Dra. Marta Bertin, Dra. Ana María Del Vecchio, Dra. Sandra Forneris, Dr. Sebastián Irico, Dra. Graciela Ortiz, Dr. Agustín Quiñones Maffassanti, Dr. Juan Manuel Romero Benítez

Introducción

La consulta de la mujer sana, asintomática, de riesgo habitual, aquella que se suele llamar de control, si bien pareciera estar claramente definida para los especialistas y posiblemente los médicos generales y/o de familia, es motivo de controversias. Ofrece una excelente oportunidad para asesorar a las pacientes sobre cómo mantener un estilo de vida saludable y minimizar los riesgos para su salud. Es la ocasión para contribuir a la salud y el bienestar general de las mujeres a lo largo de la vida al brindar servicios preventivos y asesoramiento. Debe incluir la historia clínica y el examen físico, además de exámenes de detección y el asesoramiento y la evaluación destinados a mantener el bienestar físico, mental y social y la salud general a lo largo de la vida de una mujer.

Algunas de las conductas llevadas a cabo en la misma parecen tener un sólido respaldo científico, mientras que otras son motivos de discusión. El balance de riesgos y costos versus beneficios no siempre es evidente. Ello se complica más aún por el hecho de que en nuestro país, no hay planes o programas organizados que se lleven a cabo satisfactoriamente. En general se trata de consultas oportunistas, en las que el médico solicita estudios de acuerdo con su juicio y/o preferencia. El intervalo para servicios individuales específicos puede diferir para cada paciente, y el alcance de los servicios brindados puede variar en diferentes entornos de atención. Pero está claro que la realización de procedimientos que no han demostrado claros beneficios en pacientes sanas y asintomáticas genera costos y riesgos que las exponen a mayores problemas que los que se quiere prevenir. [\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#) [\[11\]](#)

Este consenso pretende orientar sobre los procedimientos y/o prácticas que deberían realizar en su praxis cotidiana, en todas las etapas de la vida, el médico generalista, el médico de familia y/o el tocoginecólogo, como profesional de cabecera de la mujer, basados en la mejor evidencia científica, de alto valor y centrada en el paciente. El objetivo final es que todas las mujeres reciban las prestaciones recomendadas y disponibles, optimizando el uso de los recursos y evitando prácticas que no tienen evidencia científica.

En principio se consideró que, aunque puesta en duda en algunas publicaciones, la visita o consulta debe seguir siendo anual. Es la oportunidad para revisar todos los aspectos del bienestar de la mujer, como situaciones de violencia (en el hogar o laboral), testeo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), análisis de factores de riesgo de enfermedades crónicas y hábitos de vida saludables entre otros. Si bien se prevé al menos una visita anual en la mujer sana, los componentes recomendados no necesariamente deberían

realizarse en la misma consulta. El consenso se centra en los tipos y frecuencia de las prestaciones a realizar no en cómo y dónde deben plasmarse. En cuanto a las evaluaciones y estudios a realizar en los distintos grupos etarios y/o etapas de la vida, excluyendo la niñez, competencia de la pediatría, se realizó una búsqueda de la evidencia disponible y se agruparon de la siguiente manera:

1. Screening ginecológico
2. Screening y consejería de salud general
3. Solicitudes de laboratorio

Concepto de Screening

El concepto de screening, o selección adversa, fue desarrollado principalmente por el economista Michael Spence en la década de 1970. Su trabajo seminal en este campo le valió el Premio Nobel de Economía en 2001. En la década del 80 la American Cancer Society lo definió como “testear un grupo de personas aparentemente sanas con el propósito de identificar aquellas con alta probabilidad de tener una condición clínica o una patología”. Entre sus beneficios se pueden mencionar: mejor pronóstico de las entidades detectadas, posibilidad de tratamientos menos agresivos o menos radicales, la tranquilidad de los test negativos, el ahorro de recursos por tratamientos más económicos por menos radicales o menos invasivos y la reducción de la morbilidad y/o mortalidad asociadas a la enfermedad. Como aspectos negativos podría mencionarse que se realiza en aparentemente sanos, las consecuencias económicas y psicológicas de los falsos positivos y los falsos negativos y los potenciales sobrediagnósticos, el aumento de la ansiedad de las pacientes, el aumento de los costos y la morbilidad y la mortalidad por procedimientos innecesarios. [\[12\]](#) [\[13\]](#) [\[14\]](#)

Los requisitos fundamentales para realizarlo son:

- La enfermedad debe suponer un importante problema de salud, con una evolución conocida y bien definida.
- La detección precoz de la patología, sus lesiones precursoras y/o sus factores de riesgo y la rápida instauración de tratamiento en el período asintomático deben contribuir a la disminución de su morbi-mortalidad, de manera global o por separado. Esto a su vez, deberá estar demostrado y respaldado por estudios científicos de calidad.
- Los resultados obtenidos en los estudios que respaldan su realización deben ser extrapolables al ámbito real en el que se pretende implantar y desarrollar el programa en cuestión.
- La prueba utilizada debe ser sencilla, reproducible, segura y aceptada tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios que la llevarán a cabo. Además, tener una alta sensibilidad (capacidad de la prueba para detectar la enfermedad en sujetos enfermos) y especificidad (capacidad de la prueba para detectar la ausencia de la enfermedad en sujetos sanos).

- El test debe presentar una buena relación costo-efectividad, asegurando que los beneficios superen a los riesgos.

En palabras de González Merlo (1985) "Implica no generar ni gastar dinero con la enfermedad, sino ahorrar con la salud"

Ventajas del screening

- Disminución de la mortalidad en patologías susceptibles de ser detectadas en estadios tempranos y/o precoces.
- Incremento de las posibilidades de éxito en la administración de un tratamiento.
- Disminución de las complicaciones y las limitaciones asociadas al proceso de la enfermedad.
- Posibilidad de conocer la incidencia de una determinada patología.
- Mejora e incluso restauración completa de la salud en numerosos casos.
- Disminución de la morbilidad y del consecuente costo asistencial.

Inconvenientes del screening

- A pesar de que la especificidad y la sensibilidad de estas pruebas sean muy altas, existe una pequeña posibilidad de que se produzcan tanto falsos positivos como falsos negativos. En el segundo caso un paciente enfermo no se diagnosticaría. En el primero, resulta fundamental realizar pruebas complementarias que contribuyan a afianzar o confirmar el diagnóstico.
- Ocasionalmente pueden diagnosticarse procesos que nunca habrían llegado a evolucionar desfavorablemente. Son necesarias pruebas adicionales enfocadas a valorar la posible evolución y a determinar si realmente es imperativa una intervención.
- Aunque son realmente poco frecuentes, pueden ocurrir efectos secundarios y complicaciones derivadas de los estudios y/o la administración de [tratamientos](#).
- El sufrimiento psicológico y emocional que experimenta la paciente durante el período de espera que precede la comunicación de los resultados y/o el diagnóstico.

Para valorar la utilidad del screening deberían responderse las siguientes preguntas:

1. ¿Se conoce la historia natural de enfermedad?
2. ¿Ésta tiene serias consecuencias (Morbilidad – Mortalidad)?
3. ¿Se trata de un problema de salud pública?
4. ¿Existen patologías precursoras, con alta prevalencia, fáciles de diagnosticar y tratar para prevenir mayor patología?
5. ¿Puede detectarse en fase asintomática, latente o temprana?
6. ¿Con qué frecuencia la patología es asintomática?

7. ¿Es posible identificar una población de alto riesgo en enfermedades de baja prevalencia?
8. ¿En términos de costos y riesgos vs. beneficios, es útil un diagnóstico precoz?
9. ¿El tratamiento de casos detectados es más efectivo que el de la enfermedad clínicamente evidente?
10. ¿Se cuenta con la infraestructura para el diagnóstico y/o el tratamiento de los casos identificados?

RESUMEN EJECUTIVO

13 a 19 años

1. SCREENING GINECOLOGICO

Cáncer de cérvix: PAP	Iniciar luego de 3 años de IRS 1-1-3 # [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23]
Examen ginecológico	De acuerdo con inicio de relaciones sexuales y necesidad [24] [25] [26] [27] [28]
Consejería en salud reproductiva, ITS, anticoncepción, atención preconcepcional y preservación de la fertilidad	En toda consulta, reafirmando y/o aclarando conceptos [29] [30] [31] [32]

2. SCREENING Y CONSEJERIA DE SALUD GENERAL

Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo y abuso de sustancias – drogas ilícitas	En todas las consultas [33] [34] [35]
Violencia de género y abuso sexual Hábitos nutricionales y actividad física Control de inmunizaciones Riesgo social	En todas las consultas [36] [37] [38]

3. LABORATORIO	
ITS: HIV – Hepatitis – Sífilis - Chlamydeas	Anualmente en población de riesgo [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49]
Anemia: hemograma	Ante factores de riesgo. No se recomienda de rutina ³⁶
Enfermedades tiroideas	No se recomienda en mujeres asintomáticas y si no es zona endémica [50] [51]

(#) Si el 1er. Pap es negativo, efectuarlo nuevamente al año. Si nuevamente es negativo, el 3er. Pap podrá repetirse a los 3 años.

20 a 49 años

1. SCREENING GINECOLOGICO	
Cáncer de cérvix: Pap	1-1-3 años (#). A partir de los 30 años considerar posibilidad de realizar solo Test de HPV o Cotest cada 5 años si el resultado fuera negativo ^{15 16 17 18 19 20 21 22}
Examen ginecológico	A criterio del profesional ^{23 24 25 26 27}
Consejería en salud reproductiva, ITS, anticoncepción, atención preconcepcional y preservación de la fertilidad	En cada consulta ^{28 29 30 31}
Cáncer de mama – Mamografía	Cada 1- 2 años a partir de los 40 años. Complementar con ultrasonidos en pacientes con mamas densas ACR C y D [52] [53] [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62]
Consejería y screening de incontinencia de orina	A partir de los 20 años con algún factor de riesgo [63] [64]
2. SCREENING Y CONSEJERIA DE SALUD GENERAL	
Consumo de tabaco Consumo de alcohol	En todas las consultas ^{32 33 34}

	Consumo y abuso de sustancias – drogas ilícitas	
	Violencia de género y abuso sexual Hábitos nutricionales y actividad física Control de inmunizaciones Screening de riesgo social	En todas las consultas ^{35 36 37}
	Enfermedad cardiovascular - Medición de TA	Anualmente [65] [66] [67] [68] [69]
3.	LABORATORIO	
	ITS: HIV – Hepatitis – Sífilis	Anual en población de riesgo ^{38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48}
	Anemia: hemograma	Ante factores de riesgo. No se recomienda de rutina ³⁶
	Diabetes: Glucemia o Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	Cada 3 a 5 años [70] [71]
	Dislipemias: Colesterol y triglicéridos	Cada 3 años ⁷⁰ [72]
	Enfermedades tiroideas	No se recomienda en mujeres asintomáticas y si no es zona endémica ^{70 71}

(#) Si el 1er. Pap es negativo, efectuarlo nuevamente al año. Si nuevamente es negativo, el 3er. Pap podrá repetirse a los 3 años.

50 a 79 años

1	SCREENING GINECOLOGICO	
	Cáncer de cérvix	Igual que en mayores de 30 años. sin límite de edad superior. (# 1 #2) ^{15 16 17 18 19 20 21 22}
	Examen ginecológico	A criterio del profesional ^{23 24 25 26 27}
	Asesoramiento anticoncepción	Suspender en pacientes menopáusicas ^{28 29 30 31}

	Cáncer de mama – Mamografía	Cada 1 -2 años hasta los 70 años. Complementar con ultrasonidos en pacientes con mamas densas ACR C y D ^{51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61}
	Consejería y screening de incontinencia de orina	A partir de los 20 años con algún factor de riesgo ^{62 63}
2	SCREENING Y CONSEJERIA DE SALUD GENERAL	
	Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo y abuso de sustancias – drogas ilícitas	En todas las consultas ^{32 33 34}
	Violencia de género y abuso sexual Hábitos nutricionales y actividad física Control de inmunizaciones Screening de riesgo social	En todas las consultas ^{35 36 37}
	Enfermedad cardiovascular - Medición de TA	Anualmente ^{64 65 66 67 68}
	Salud Musculoesquelética : DEXA -	A partir de los 65 años Densitometría ósea por DXA cada dos años. Antes de los 65 años ante factores de riesgo [73] [74] [75] [76] [77] [78]
	Prevención y/o Screening de cáncer de colon: consejería	Consulta a especialista
	Screening de cáncer de pulmón: Consejería	Consulta a especialista
3	LABORATORIO	

ITS: HIV – Hepatitis – Sífilis	Con factores de riesgo ^{38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48}
Anemia: hemograma	Ante factores de riesgo. No se recomienda de rutina ³⁶
Diabetes: Glucemia en ayunas o Hemoglobina glicosilada (HbA1c).	Cada 3 años ^{69 70}
Dislipemias: Colesterol y triglicéridos	Cada 3 años ⁷⁰ [79]
Vitamina D	Antes de los 65 años con factores de riesgo (#3) En cada consulta. El dosaje de Vitamina D en pacientes sanas no está justificado en la literatura [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88] [89] [90]
Enfermedades tiroideas	No se recomienda en mujeres asintomáticas y si no es zona endémica ^{70 71}

(#1) el PNPCCU (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC-Res. Ministerial 1261/2011) determina que no existe límite de edad superior para finalizar el screening.

(#2) Según las guías 2022 de la SAPTGIYC: Finalizar el screening a los 65 años cuando el tamizaje se realiza con prueba de HPV y a los 70 años, cuando el tamizaje se realiza solamente con citología.

(#3) Se consideran factores de riesgo para solicitar DEXA antes de los 65 años y para solicitar dosaje de Vitamina D.

Fundamentos

1. Screening del cáncer de cuello uterino

El método tradicional para detectar el cáncer de cuello uterino ha sido la citología (prueba de Papanicolaou)²³. Cuando los resultados de la citología son positivos, el diagnóstico se confirma mediante colposcopia y el tratamiento adecuado se basa en la biopsia de las lesiones sospechosas para el diagnóstico histológico.

Las pruebas de detección más recientes introducidas en los últimos 15 años incluyen pruebas moleculares, principalmente basadas en el ADN del VPH de alto riesgo.

La efectividad comparativa de las pruebas de ADN del VPH solas y las pruebas conjuntas con citología, se han evaluado en numerosos estudios, incluido un metaanálisis realizado por Arbyn M y col. del Unit of Cancer Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium; de tres ensayos controlados aleatorizados que abarcaron casi 15 años.¹⁶

Sobre la base de la evidencia acumulada y la evaluación del equilibrio entre beneficios y daños, en 2018, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (US Preventive Services Task Force, USPSTF) incluyó la prueba de VPH independiente (prueba primaria de VPH) entre las pruebas recomendadas para la detección del cáncer de cuello uterino ¹⁹.

En las Directrices de la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS) para la detección del cáncer de cuello uterino en 2020, se recomienda que se inicie a los 25 años y se suspenda a los 65 años en las mujeres con riesgo promedio que tengan cuello uterino, y que la estrategia preferida para la detección regular sea la prueba primaria del VPH cada 5 años. ¹⁵

La versión revisada de 2021 de las guías publicadas por la WHO (OMS) así como las Guías de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital inferior y Colposcopia (SAPTGIYC) – Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) avaladas académicamente por FASGO, publicadas en 2022, recomiendan al test de HPV para ser implementado como parte de screening, triage y tratamiento o como parte de screening y tratamiento acorde a las necesidades locales, capacidades y recursos disponibles, a partir de los 30 años ^{20 21 22 89}

Screening del cáncer de mama

La detección temprana del cáncer de mama es fundamental para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres. La mamografía es el único método de imágenes que en la actualidad ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama (20 - 30%), pero su efectividad varía según la edad y la densidad mamaria.

La edad es un factor importante. La incidencia aumenta con la edad, y la mayoría de los casos se diagnostican en mujeres de 50 años o más. Sin embargo, también puede ocurrir en mujeres más jóvenes, ya que, el 16% de los cánceres de mama se diagnostican en mujeres entre 40 y 49 años y lo que es aún más grave, el 17% del total de las muertes por cáncer de mama sucede en este grupo etario.⁵¹

En mujeres de 70 años o más, la mamografía no estaría justificada debido posiblemente a que detectar el cáncer antes de que sea palpable no aumentaría la supervivencia ni disminuiría la morbilidad.^{52 53 54 55 56 57 58 59 60 61} [\[91\]](#) [\[92\]](#)

El Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama del Instituto Nacional del Cáncer de Argentina sugiere no realizar tamizaje mamográfico en mujeres de 40 a 49 años con riesgo promedio de padecer cáncer de mama. Entre los 50 y 69 años sugiere realizar una mamografía cada 1 o 2 años. Luego de los 70 años no realizarlo.

Luego de analizar numerosos trabajos, así como las diferentes propuestas de las Sociedades Nacionales e internacionales involucradas en el tema, se consideró que la edad de comienzo debería ser a los 40 años y la frecuencia anual o bianual.⁶¹

2. Screening de osteoporosis

En el caso de las mujeres menores de 65 años, las diferentes recomendaciones y la necesidad de aplicar calculadoras de riesgo clínico pueden dar lugar a una detección insuficiente de la osteoporosis. El tratamiento insuficiente resultante puede dar lugar a un

riesgo de fracturas osteoporóticas con una morbilidad significativa y un impacto en el estado funcional. Los factores que se deben tener en cuenta al decidir realizar la detección en una mujer menor de 65 años incluyen antecedentes de fracturas por fragilidad, raza blanca, antecedentes familiares, índice de masa corporal, tabaquismo, consumo elevado de alcohol y causas secundarias de osteoporosis. Las causas secundarias de osteoporosis son mucho más comunes en mujeres más jóvenes. Entre ellas se incluyen afecciones comunes como el uso de glucocorticoides, hipertiroidismo, hipogonadismo, enfermedad renal crónica, diabetes, uso de anticonvulsivos, artritis reumatoide, malabsorción y antecedentes de anorexia nerviosa⁷³.

Está demostrada la relación entre densidad mineral ósea (DMO) y riesgo de fractura. Existen varios métodos para la medición de la DMO central o periférica, como el ultrasonido, la tomografía computada y la absorciometría de energía dual de rayos x (DXA). Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la única técnica aceptada y reconocida es la DXA, en la que se utiliza radiación ionizante en bajas dosis, generando dos haces de rayos x, absorbidos por las partes blandas y el hueso respectivamente. Con esa información se calcula la DMO del hueso explorado en columna lumbar y/o cadera. Una vez obtenida la DMO de un determinado paciente, ésta debe ser considerada en función de los valores de su población control, bien respecto al pico de masa ósea de la población joven sana (t-score), bien respecto a su grupo de edad y sexo (z-score). En ambos casos se transforma el valor de la DMO en desviaciones estándar (DE) respecto al valor medio poblacional. Este estudio permite valorar el riesgo relativo de presentar fracturas antes de que se produzcan e iniciar medidas preventivas, confirmar el diagnóstico de fragilidad ósea ante la presencia de fracturas o bien monitorizar la respuesta a tratamientos de osteoporosis

Existen consensos que establecen factores de riesgo para osteoporosis y recomendaciones para indicar el estudio de DXA como método de screening. Estas recomendaciones son guías para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento, pero no normas para las decisiones clínicas en casos individuales. El médico debe adaptarlas a situaciones de la práctica clínica cotidiana, incorporando factores personales que trascienden los límites de las guías y hacen al saber y al arte de la práctica médica. Recomendaciones para realizar screening con DXA:

- Mujeres de edad igual o mayor a 65 años
- Mujeres en la transición menopáusica o postmenopáusicas menores de 65 años con factores de riesgo para fracturas como bajo peso, fracturas previas o uso de medicación de alto riesgo
- Adultos con antecedentes de fractura por fragilidad
- Adultos con enfermedades y condiciones asociadas a baja masa ósea o a pérdida ósea
- Cualquier persona tratada o en la que se considere la posibilidad de tratamiento farmacológico, para monitorear la eficacia del mismo
- Cualquier persona no tratada, si la evidencia de pérdida ósea va a determinar un tratamiento
- Mujeres que interrumpan un tratamiento con estrógenos ^{64 71 72 73 74 75 77} [\[93\]](#) [\[94\]](#)

3. Vitamina D

La detección universal de la deficiencia de Vitamina D no está justificada y sólo debe realizarse en casos con factores de riesgo de deficiencia. La suplementación en el tratamiento y prevención de la Osteoporosis es controvertida. Algunas investigaciones plantean la suplementación empírica, otras la desaconsejan. En la población adulta general, sugerimos no realizar pruebas rutinarias de 25(OH)D.

Abogar por la detección sistemática de Vitamina D en adultos sanos depende de que se demuestre que dichas pruebas puedan identificar eficazmente a las personas con niveles bajos, que podrían no detectarse mediante evaluaciones tradicionales de factores de riesgo, y que la suplementación con vitamina D, tras la identificación de un nivel bajo de 25(OH)D, conduzca a mejoras en los resultados clínicos (p. ej., prevención de la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes, infecciones respiratorias y mortalidad general). La recomendación condicional del panel contra la detección rutinaria de los niveles de 25(OH)D en adultos generalmente sanos se relaciona principalmente con la falta de evidencia basada en ensayos clínicos sobre qué niveles de 25(OH)D informarían una decisión de tratamiento y el efecto resultante. del tratamiento con Vitamina D, en comparación con ningún examen de detección ^{64 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88} [\[95\]](#)

A manera de conclusión:

- No hay consenso sobre el valor normal de vitamina D.
- Su medición No está estandarizada; es variable por diferentes métodos y entre los distintos laboratorios
- No está determinado qué significancia clínica tiene un resultado bajo ni como debería ser su seguimiento.
- No se recomienda solicitar dosaje de vitamina D como parte de la rutina en la paciente asintomática de riesgo habitual.
- No se ha demostrado que el tratamiento de individuos asintomáticos con déficit de vitamina D tenga un impacto beneficioso en ningún aspecto de la salud, tales como enfermedad cardiovascular, cáncer, caídas, fracturas, mortalidad, ni disminución del tono muscular ^{86 87}.

4. Screening de ITS incluidas Sífilis, hepatitis, HIV y Chlamydias

El consenso, que tuvo en cuenta la evidencia disponible, acordó que estas pruebas deberían realizarse ante situaciones de riesgo al menos una vez al año ^{39 40 41 42 43 44 45 46 47 48}.

5. Consejería y detección

Si se considera que el Tocoginecólogo es el médico de cabecera de la mujer, es fundamental que la consulta periódica, además de los clásicos exámenes de la especialidad, incluya el estudio y la detección de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes (DBT), depresión, violencia, abuso sexual, tabaquismo y consumo de sustancias y alcohol así como la consejería acerca de hábitos

higiénico-dietéticos o estilo de vida, actividad física, vacunas y salud reproductiva, contracepción y preservación de la fertilidad ^{28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 64 65 66 67 68 69 70 88 92}.

Riesgo cardiovascular y Oncológico

Respecto a su frecuencia, la consejería debería realizarse en cada consulta de control

El screening de la DBT con glucemia en ayunas o Hb glucosilada cada 3 a 5 años

Dosaje de colesterol y triglicéridos, si son normales, cada 3 a 5 años

Evaluación de la Tensión Arterial en cada consulta.

En casos de alto riesgo oncológico derivar para estudio y consejería

6. Vacunación

Respecto a esta Tema se realizará un Consenso específico.

7. Screening del Cáncer de Colon

Son numerosas las publicaciones al respecto. Difieren en su metodología: sangre oculta en heces, colonoscopia, Tomografía Axial Computada, así como en la edad de comienzo y la frecuencia de su realización.

El consenso consideró que, dadas las diferentes propuesta y cambios al respecto, correspondía derivar al especialista en gastroenterología para que evalúe su pertinencia y frecuencia ⁹⁴ [\[96\]](#).

8. Screening del Cáncer de endometrio y del cáncer de ovario

Hasta la fecha los estudios publicados no avalan la realización de screening del cáncer de endometrio y del cáncer de ovario en pacientes sanas y/o asintomáticas, así como aquellas con riesgo aumentado de padecerlo.

La hiperplasia y el carcinoma de endometrio son extremadamente raros en la paciente postmenopáusica asintomática ⁹².

La realización de ecografías transvaginales y el dosaje de marcadores tumorales no han demostrado ser costo-efectivos [\[97\]](#) [\[98\]](#) [\[99\]](#) [\[100\]](#) [\[101\]](#) [\[102\]](#) [\[103\]](#) [\[104\]](#) [\[105\]](#) [\[106\]](#) [\[107\]](#) [\[108\]](#) [\[109\]](#) [\[110\]](#) [\[111\]](#) [\[112\]](#).

Anexo 1. Infografía para pacientes

¿Por qué recibir atención Preventiva?

Puede salvar tu vida. Las pruebas de detección y los chequeos pueden detectar problemas en forma temprana para que puedas abordarlos mientras son más fáciles de tratar.

Puede evitar que te enfermes. A veces, alguna atención preventiva, como algunas pruebas de detección de cáncer o vacunas, pueden incluso evitar que se desarrollen problemas de salud, por completo.

Puede ahorrarte dinero. La mayoría de los planes de seguro de salud, Obras Sociales y Prepagos, cubren servicios preventivos, y existen opciones gratuitas o de bajo costo en caso de no tener alguno de ellos. Además, detectar los problemas a tiempo puede ayudarte a evitar costosas facturas médicas más adelante.

Puede darte tranquilidad. Los chequeos regulares te brindan la oportunidad de compartir inquietudes y hacer preguntas sobre tu salud y obtener el apoyo que te mereces.

Puede ayudarte a estar presente para las personas que te importan. Porque a veces cuidarse es la mejor manera de cuidar a los que amas.

<https://www.acog.org/womens-health/infographics/razones-para-ver-a-su-ginecoobstetra-este-ano>

Bibliografía

- [1] ACOG 2012 - Sawaya GF. Re-envisioning the Annual Well-Woman Visit: The Task Forward. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(4): 695–696. doi:10.1097/AOG.0000000000001079
- [2] Conry JA, Brown H. Well-Woman Task Force Components of the Well-Woman Visit *Obstet Gynecol* 2015;126:697–701 DOI: 10.1097/AOG.0000000000001055
- [3] Grimes D, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. *Lancet* 2002;359:881–4. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07948-5
- [4] Agency for Healthcare Research and Quality. The electronic preventive services selector. Available at: <http://epss.ahrq.gov/PDA/index.jsp>. Ultima consulta agosto 2024
- [5] Paladine HL, Ekanadham H, Diaz DCHealth Maintenance for Women of Reproductive Age *Am Fam Physician.* 2021; 103(4): 209-217.
- [6] Brett AS. The Routine General Medical Checkup Valuable Practice or Unnecessary Ritual? *JAMA* 2021; 325 (22): 2259-2261 doi: 10.1001/jama.2021.4922
- [7] Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med* 2002; 136:701-703. doi: 10.7326/0003-4819-136-9-200205070-00013.
- [8] Si S, Moss JR, Sullivan TR, et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2014; 64(618): e47-53. doi: 10.3399/bjgp14X676456.
- [9] Pascale A, Beal MW, Fitzgerald T. Rethinking the Well Woman Visit: A Scoping Review to Identify Eight Priority Areas for Well Woman Care in the Era of the Affordable Care Act *Women's Health Issues* 2016; 26(2): 135–146 doi: 10.1016/j.whi.2015.11.003.
- [10] Himmelstein DU, Phillips RS. Should We Abandon Routine Visits? There Is Little Evidence for or Against. *Ann Intern Med* 2016; 164:498-499. doi: 10.7326/M15-2097
- [11] ABIM Foundation. Choosing wisely. Available at: <http://www.choosingwisely.org>. Ultima consulta agosto 2024
- [12] Caverly TJ, Hayward RA, Reamer E et. al. Presentation of Benefits and Harms in US Cancer Screening and Prevention Guidelines: Systematic Review. *JNCI J Natl Cancer Inst,* 2016; 108 (6): 1-8 doi: 10.1093/jnci/djv436.

- [13] Preventive care recommendations to promote health equity. CMAJ 2023 September 25;195:E1250-73. doi: 10.1503/cmaj.230237
- [14] National Cancer Institute. Cancer Screening Guidelines Often Lack Information on Potential Harms, Study Finds <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2022/cancer-screening-guidelines-lack-harms> Ultima consulta agosto 2024
- [15] Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society CA CANCER J CLIN 2020; 70:321–346321 doi.org/10.3322/caac.21628
- [16] Arbyn M, Simon M, Peeters E et al. 2020 list of human papillomavirus assays suitable for primary cervical cancer screening Clin Microbiol Infect. 2021 Aug;27(8):1083-1095. doi: 10.1016/j.cmi.2021.04.031.
- [17] Han L, Chang X, Song P, et al. An on-going study of three different cervical cancer screening strategies based on primary healthcare facilities in Beijing China. J Infect Public Health 2020; 13:577-83. doi: 10.1016/j.jiph.2019.09.003
- [18] Clare Gilham, Alexandra Sargent, Henry C Kitchener, and Julian Peto. HPV testing compared with routine cytology in cervical screening: long-term follow-up of ARTISTIC RCT. Health Technol Assess. 2019 Jun; 23(28): 1–44.doi: 10.3310/hta23280
- [19] Curry SJ, Krist AH, Owens DK et al. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement US Preventive Services Task Force. JAMA 2018; 320(7):674-686. doi: 10.1001/jama.2018.10897.
- [20] WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. Geneva. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> . Última consulta agosto 2024
- [21] WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> Última consulta Agosto 2024
- [22] PNPCCU. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico Uterino. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc#> Última consulta agosto 2024
- [23] SAPTGlyC – SOGIBA – FASGO. Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: “Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino” https://www.sogiba.org.ar/images/Nueva_Guia_2022_FINAL_SAPTGlyC_SOGIBA_FASGO.pdf 2022.
- [24] Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. Screening for gynecologic conditions with pelvic examination: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2017; 317: 947–53. doi: 10.1001/jama.2017.0807
- [25] ACOG Committee on Gynecologic Practice. The utility of and indications for routine pelvic examination. ACOG Committee Opinion No. 754. American College of Obstetricians

and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;132:e174–80. doi: 10.1097/AOG.0000000000002895

[26] Norby N, Sabu P, Shygin A, Larra-Torre E, Johnson IM. Incidence of abnormal findings during pelvic examinations in women aged 21–35 years. *Obstet Gynecol* 2023;142:6–8. doi: 10.1097/AOG.0000000000005445

[27] Lyerly AD. Routine Pelvic Examinations and the Ethics of Screening *Obstet Gynecol* 2024; 143(1): 4-5

[28] Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA. Periodic Screening Pelvic Examination Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(9):954-966. doi:10.1001/jama.2016.12819

[29] Women’s Preventive Services Initiative. Contraception. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/contraception/> Última consulta agosto 2024

[30] Braverman PK, Adelman WP, Alderman EM, Breuner CC, Levine DA, et al. Contraception for adolescents. Committee on Adolescence. *Pediatrics* 2014;134:e1244-56. doi: 10.1542/peds.2014-2299.

[31] CDC Medical Eligibility Criteria, https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm. Última consulta agosto 2024

[32] Bakkensen JB, Goldman KN. Women’s preventive services initiative: fertility counseling overlooked. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 226(4):524-528. doi: 10.1016/j.ajog.2021.06.100

[33] US Preventive Services Task Force. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2021;325(3):265–279. doi:10.1001/jama.2020.25019

[34] U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: U.S Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2018;320(18):1899-1901. doi: 10.1001/jama.2018.16789.

[35] US Preventive Services Task Force. Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;323(22):2301–2309. doi:10.1001/jama.2020.8020

[36] Women’s Preventive Services Initiative. Recommendations for Preventive Services for Women: Final Report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington, DC: 2016. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/interpersonal-and-domestic-violence> Última consulta agosto 2024

[37] Da Silva LopesK, YamajiN, RahmanMO, SutoM, TakemotoY, Garcia-CasalMN, OtaE. Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 9. Art. No.: CD013092. DOI: 10.1002/14651858.CD013092.pub2.

- [38] US Preventive Services Task Force. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2018;320(11):1163-1171. doi: 10.1001/jama.2018.13022
- [39] U.S. Preventive Services Task Force. Preexposure prophylaxis to prevent acquisition of HIV: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2023;330(8):736–745. doi:10.1001/jama.2023.14461.
- [40] US Preventive Services Task Force. Screening for HIV infection: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2019;321(23):2326-2336. doi: 10.1001/jama.2019.6587.
- [41] Women’s Preventive Services Initiative. Screening for Human Immunodeficiency Virus Infection.
<https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/human-immunodeficiencyvirus-infection/> Última consulta agosto 2024
- [42] Workowski KA, Bachmann L, Chan P et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1.
- [43] CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/toc.htm> Última consulta agosto 2024
- [44] Bamberger DM, Graham G, Dennis L et al. Extragenital Gonorrhea and Chlamydia Among Men and Women According to Type of Sexual Exposure. Sex Transm Dis, 2019. 46 (5): 329-334. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000967
- [45] US Preventive Services Task Force. Screening for chlamydia and gonorrhea: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2021;326(10):949–956. doi:10.1001/jama.2021.14081
- [46] Women’s Preventive Services Initiative. Counseling for Sexually Transmitted Infections. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/sexually-transmitted-infections/> Última consulta agosto 2024
- [47] US Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection in nonpregnant adults and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2022;328(12):1243-1249. doi:10.1001/jama.2022.15322
- [48] LeFevre ML. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2014; 161(1):58-66. doi: 10.7326/m14-1018
- [49] U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2020;323(10):970-975. doi: 10.1001/jama.2020.1123
- [50] ACOG Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit Obstet Gynecol 2018; 132(4): e181- e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002897.

- [51] Persaud N, Sabir A, Woods H et al. Preventive care recommendations to promote health equity. CMAJ 2023; 195: E1250-1273. doi: 10.1503/cmaj.230237
- [52] Zuley ML, Bandos AI, Duffy SW et al. Breast Cancer Screening Interval: Effect on Rate of Late-Stage Disease at Diagnosis and Overall Survival Journal of Clinical Oncology JCO 0, JCO.24.00285
DOI:10.1200/JCO.24.00285
- [53] Final recommendation statement: Breast cancer: Screening. US Preventive Services Task Force. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening#bcei-recommendation-title-area> Última consulta agosto 2024.
- [54] Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. CMAJ 2018; 190 (49) :E1441 - E1451. doi: 10.1503/cmaj.180463.
- [55] National Health Service. When it's offered: Breast cancer screening. <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-screening/when-its-offered/> Última consulta agosto 2024
- [56] The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice, 9th ed, East Melbourne, RACGP 2018.
<https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Red%20Book/Guidelines-for-preventive-activities-in-general-practice.pdf> Último acceso agosto 2024
- [57] American College of Obstetricians-Gynecologists. Practice bulletin no. 179: Breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. Obstet Gynecol 2017; 130:e1-16. doi: 10.1097/AOG.0000000000002158.
- [58] Qaseem A, Lin JS, Mustafa RA, et al. Screening for breast cancer in average-risk women: A guidance statement from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2019; 170: 547- 560. doi: 10.7326/M18-2147.
- [59] Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. JAMA 2015; 314(15):1599-614. doi: 10.1001/jama.2015.12783
- [60] Monticciolo DL, Malak SF, Friedewald SM, et al. Breast cancer screening recommendations inclusive of all women at average risk: Update from the ACR and Society of Breast Imaging. J Am Coll Radiol 2021; 18 (9):1280-1288. doi: 10.1016/j.jacr.2021.04.021
- [61] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in oncology: Breast cancer version 2. 2024. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast-screening.pdf
- [62] Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Tamizaje en Cáncer de Mama 2021 <https://www.samas.org.ar/archivos/consentotamizaje.pdf> Última consulta agosto 2024

- [63] O'Reilly N, Nelson HD, Conry JM, et al. Screening for urinary incontinence: a recommendation from the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med*. 2018;169(5):320-328. doi:10.7326/M18-0595.
- [64] Women's Preventive Services Initiative. Screening for Urinary Incontinence. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/urinary-incontinence/> . Última consulta agosto 2024
- [65] Women's Preventive Services Initiative. Recommendations for Preventive Services for Women: Final Report to the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration. Washington, DC: 2016. <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/interpersonal-and-domestic-violence> Última consulta agosto 2024
- [66] US Preventive Services Task Force. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2018;320(11):1163-1171. doi: 10.1001/jama.2018.13022
- [67] US Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2020;324(20):2069-2075. doi:10.1001/jama.2020.21749
- [68] US Preventive Services Task Force. Screening for hypertension in adults: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *JAMA* 2021;325(16):1650-1656. doi:10.1001/jama.2021.4987.
- [69] U.S Preventive Services Task Force. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: U.S Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2022;328(8):746-753 doi: 10.1001/jama.2022.13044
- [70] US Preventive Services Task Force. Screening for prediabetes and type 2 diabetes. US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2021;326(8):736-743. doi:10.1001/jama.2021.12531
- [71] U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations for primary care practice: published recommendations. Available at: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index/browse-recommendations> . Última consulta agosto 2024
- [72] Batur P, Phipps M, Qaseem. The Women's Preventive Services Initiative Well-Woman Chart: A Helpful Tool for the Practice of Internal Medicine *Am J Med* 2020; 133(10): 1122-1125. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.011
- [73] US Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis to prevent fractures: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2018;319(24):2521-2531. doi: 10.1001/jama.2018.7498
- [74] Schurman L, Galich AM , González C y col. Guías argentinas para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis 2015. *Medicina (B. Aires)* 2017; 77 (1): 46-60. versión impresa ISSN 0025-7680 versión On-line ISSN 1669-9106.

- [75] Miranda E, Muñoz S, Paolinelli P, Astudillo C. Densitometría ósea. Rev. Med. Clin Condes 2013; 24 (1): 169- 173.
- [76] Brance ML. Posición oficial ISCD 2019. Densitometría Ósea en adultos. Puesta al día sobre las nuevas recomendaciones. Revista Argentina de Reumatología 2020;31(2): 52 - 56. DOI: <https://doi.org/10.47196/rar.v31i2.417>
- [77] Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC, General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345: e7191 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7191>
- [78] Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub33
- [79] Batur P, Phipps M, Qaseem. The Women's Preventive Services Initiative Well-Woman Chart: A Helpful Tool for the Practice of Internal Medicine Am J Med 2020; 133(10): 1122-1125. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.05.011
- [80] Chauhan k, Shahrokhi M, Huecker MR In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.2023 Apr 9. Book.
- [81] Hossein-nezhad, A. and Holick, M.F. (2013) Vitamin D for Health: A Global Perspective Mayo Clin Proc 2013 Jul;88(7):720-55. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.05.011.
- [82] Aguilar-Shea AL. Vitamin D, the natural way. Clinical Nutrition ESPEN. 2021(41):10-12 ISSN 2405-4577, <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.12.001>. Ultima consulta agosto 2024
- [83] Amrein K, Scherkl M, Hoffmann M et al. Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. Eur J Clin Nutr. 2020; 74(11):1498-1513 doi: 10.1038/s41430-020-0558-y
- [84] Wacker M, Holick MF. Sunlight and Vitamin D: A global perspective for health. Dermatoendocrinol. 2013;5(1):51-108. doi: 10.4161/derm.24494
- [85] Mo X, He C, Han F et al. Association of serum 25-hydroxy-vitamin D concentration and risk of mortality in cancer survivors in the United States. BMC Cancer. 2024; 24(1):545. doi: 10.1186/s12885-024-12304-8.
- [86] Liss DT, Uchida T, Wilkes CL et al. General Health Checks in Adult Primary Care. A Review. JAMA. 2021;325(22):2294-2306. doi:10.1001/jama.2021.6524
- [87] Geeva RE, Brindisb CD, Diazd A et al. Recommendations of the IOM Clinical Preventive Services for Women Committee: implications for obstetricians and gynecologists. Curr Opin Obstet Gynecol 23:471–480 doi: 10.1097/GCO.0b013e32834cdcc6
- [88] US Preventive Services Task Force. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2021; 325(14): 1436-42 doi: 10.1001/jama.2021.3069

- [89] Demay MB, Pittas AG, Bikle DD et al. Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline J Clin Endocrinol Metab 2024; 109(8):1907-1947. doi: 10.1210/clinem/dgae290.
- [90] Recomendaciones para el Cuidado de la Mujer Sana. Tablas de Resumen Clínico Actualizado en agosto del 2023. Women's Preventive Services Initiative (WPSI) www.womenspreventivehealth.org Ultima consulta agosto 2024
- [91] Gross CP. Cancer screening in older persons: a new age of wonder. JAMA Intern Med 2014; 174(10):1565-7. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.3901
- [92] Royce TJ, Hendrix LH, Stokes WA, et al. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies. JAMA Intern Med 2014; 174(10):1558-65 doi: 10.1001/jamainternmed.2014.3895
- [93] ACOG Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit Obstet Gynecol 2018; 132(4): e181- e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002897.
- [94] Persaud N , Sabir A, Woods H et al. Preventive care recommendations to promote health equity. CMAJ 2023; 195: E1250-1273. doi: 10.1503/cmaj.230237
- [95] Tergas AI, Wright JD. Cancer Prevention Strategies for Women. Obstet Gynecol 2019;134:30–43 DOI: 10.1097/AOG.0000000000003304
- [96] Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA et al. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021 Am J Gastroenterol 2021; 116(3):458-479. doi: 10.14309/ajg.0000000000001122
- [97] Unyamane V, Nungrutai S, Wisarut S. Predicting Endometrial Hyperplasia and Endometrial Cancer on Recurrent Abnormal Uterine Bleeding. Obstet Gynecol 2024; 144(2): 259-265 DOI: 10.1097/AOG.0000000000005641
- [98] Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, Ryan A, Burnell M et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). Lancet Oncol. 2009; 10(4):327-40. doi: 10.1016/S1470-2045(09)70026-9.
- [99] Jacobs IJ, Menon U, Ryan J, et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trail of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomized controlled trial. Lancet 2016;387:945-56. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01224-6.
- [100] Buys SS, Partridge E, Black A, et al. PLCO Proyect Team. Effects of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening randomized controlled trial. JAMA 2011; 305:2295-2303. doi: 10.1001/jama.2011.766.
- [101] Van Nagell JR, Miller RW, DeSimone CP et al. Long-Term Survival of Women With Epithelial Ovarian Cancer Detected by Ultrasonographic Screening. Obstet Gynecol 2011;118(6), 1212–1221. doi: 10.1097/AOG.0b013e318238d030

- [102] Jacobs IJ, Skates SJ, Mac Donald N, et al. Screening for ovarian cancer: a pilot randomized controlled trial. *Lancet* 1999; 353 (9160):1207-1210. doi: 10.1016/S0140-6736(98)10261-1
- [103] Henderson JT, Webber EM, Sawaya GF. Screening for Ovarian Cancer. Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;319(6):595-606. doi: 10.1001/jama.2017.21421
- [104] Kitson SJ, Crosbie EJ, Gareth Evans D et al. Predicting risk of endometrial cancer in asymptomatic women (PRECISION): Model development and external validation. *BJOG* 2024; 131(7):996-1005. doi: 10.1111/1471-0528.17729.
- [105] Vitale SG, Riemma G, Haimovich S, et al. Risk of endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women in relation to ultrasonographic endometrial thickness: systematic review and diagnostic test accuracy meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2023;228:22–35.e2. doi: 10.1016/j.ajog.2022.07.043
- [106] Heremans R, Guerriero S, Van den Bosch T. Risk of endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women in relation to ultrasonographic endometrial thickness. *Am J Obstet Gynecol* 2023; 229 (1) :85–6. doi: 10.1016/j.ajog.2023.03.012.
- [107] Gemer O, Segev Y, Helpman L, et al. Is there a survival advantage in diagnosing endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal patients? An Israeli Gynecology Oncology Group study. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219. 181.e1e6. doi: 10.1016/j.ajog.2018.05.013.
- [108] Gadducci A, Cosio S. Screening for Ovarian Cancer in the General Population: State of Art and Perspectives of Clinical Research. *Anticancer Res.* 2022;42(9):4207-4216. doi:10.21873/anticancer.15921.
- [109] Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2021; 397(10290):2182-2193. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
- [110] Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2021; 397(10290):2182-2193. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
- [111] Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2021; 397(10290):2182-2193. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
- [112] Dexter JM, Brubaker LW, Bitler BG et al. Ovarian cancer think tank: An overview of the current status of ovarian cancer screening and recommendations for future directions. *Gynecol Oncol Rep.* 2024 Mar 27;53:101376. doi: 10.1016/j.gore.2024.101376.

Coordinación

Dr. Samuel Seiref. Doctor en Medicina. Prof. Titular de Tocoginecología, Director de Relaciones Institucionales y Ex Decano de la Facultad Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral. Ex Jefe del Servicio de Ginecología Htal. J. B. Iturraspe de Santa Fe. Ex Director General de la Escuela, Prosecretario del Consejo Académico Nacional y Ex Presidente de FASGO. Fellow of American College Obstetrics and Gynecology

Integrantes

Dra. Dolores Alvarado Arichuluaga. Médica Especialista en Ginecología, UNR. Postgrados en: Endocrinología Ginecológica, SAEGRE. Ginecología Infanto Juvenil, SAGIJ Sexualidad Clínica, SASH. Maestría en Mastología, UNR. Docente de la Cátedra de Ginecología, FCM UNR. Docente de Simulación Médica, FCM UNR. Miembro del Staff Médico del CEMA (Centro de Mastología y Salud de la Mujer). Miembro de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Rosario (ASOGIR) y de la Asociación de Mastología de Rosario (AMAR)

Dra. Marta Bertin. Médica Especialista Consultora en Obstetricia y Ginecología. Profesora de Ginecología y Obstetricia y de Salud Perinatal de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Especialista en Economía y Gestión de los Servicios de Salud. Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur. Ex-Directora Ejecutiva del Hospital Interzonal Gral. Dr. José Penna de Bahía Blanca. Médica de Staff del Servicio de Tocoginecología del Hospital Interzonal Gral. Dr. José Penna

Dra. Ana María Del Vecchio. Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Gestión y Economía de la Universidad de ISALUD. Directora Médica de LALCEC filial Morón (Pcia de Buenos Aires). Jefa del Servicio de Tocoginecología del Hospital Municipal de Morón O. B. de Lavignolle. Mastóloga de la Clínica del Buen Pastor. Intervencionista Mamaria de LALCEC. Docente de la carrera de Medicina de Universidad de La Matanza (UNLAM). Tesorera de SOGBA (Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la Provincia de Buenos Aires)

Dra. Sandra Forneris. Dra. en Medicina. Ex Docente Cátedra de Ginecología, UNT. Ex Jefa del Consultorio de TGI y Colposcopia, Instituto de Ginecología y Maternidad de Tucumán. Ex Presidenta de la Sociedad de PTGI y Colposcopia de Tucumán. Especialista en Colposcopia, SAPTGIYC. Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán. SOGOTUC

Dr. Sebastián Irico. Doctor en Medicina. Prof. Titular de la 1ª Cátedra de Ginecología. Universidad Nacional de Córdoba. Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Córdoba. Ginecólogo Oncólogo, Asociación Argentina de Ginecología Oncológica (AAGO). Mastólogo, Sociedad Argentina de Mastología (SAMAS). Director de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Córdoba. Director del Fellow de la Unidad de Mastología del Hospital Italiano de Córdoba. Co-Director del Fellow de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional de Clínicas, (AAGO).

Dra. Graciela Ortiz. Ginecóloga Clínica. Servicio Ginecología Hospital Provincial Rosario. Ginecóloga Infanto Juvenil del Servicio de Pediatría Hospital Provincial Rosario. Fellow en Ginecología infanto Juvenil FIGIJ. Especialista en Ginecología Endocrinológica y Reproductiva, Universidad Favaloro. Ex Docente de Grado de Universidad Nacional Rosario.

Docente de Post Grado de la UNR. Integrante de la Escuela y Comité de Congresos de FASGO. Coordinadora del Comité de Desarrollo Directivo de FASGO. Integrante del Comité Infante Juvenil de FLASOG. Presidente Asociación de Obstetricia y Ginecología Rosario (ASOGIR)

Dr. Agustín Quiñones Maffassanti. Médico Especialista en Ginecología. Médico del Staff del Servicio de Ginecología Hospital Naval Cirujano Mayor Pedro Mallo de Buenos Aires. Coordinador Sección Endoscopia Ginecológica y Endometriosis, HNPM. Cirugía ginecológica Sanatorio de la Trinidad Mitre. Cirugía ginecológica Sanatorio Finochietto. Médico Acreditado en Cirugía Laparoscópica de Alta Complejidad, SACiG. Fellow de Cirugía Ginecológica, SACiG. Director del Capítulo de Endometriosis de la Sociedad Argentina de Cirugía Ginecológica. Colaborador docente de la Carrera de Especialista en Tocoginecología de la UBA (Sede HNPM).

Dr. Juan Manuel Romero Benítez. Médico Especialista Consultor en Tocoginecología avalado por la Facultad de Medicina de la UNNE. Jefe de Trabajos Prácticos en la Cátedra de "Clínica Obstétrica II" de la Facultad de Medicina de la UNNE. Médico Asistencial Rentado en la Maternidad del Hospital "Á.I de Llano" en el Servicio de Tocoginecología. Jefe del Servicio de Investigación del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes capital.

Elaboración de un Protocolo de Investigación FASGO

Mariano Grilli

Doctor en Ciencias Médicas

Profesor Libre. Cátedra de Ginecología "B" y Cátedra Libre Medicina y Mujer.

Universidad Nacional de La Plata

Director Científico del Instituto de Ginecología de Mar del Plata. info@igmdp.com.ar

Director Portal Académico ObGin. info@obgin.net

La educación científica de los jóvenes es al menos tan importante, quizá incluso más, que la propia investigación.

[Glenn Theodore Seaborg](#) 1912-1999. Nobel de Química en 1951

La planificación y estructura de un estudio de investigación se concretiza en un plan escrito: el Protocolo de Investigación. Su finalidad es guiar a modo de "receta" a todos los integrantes del Equipo Investigador en la correcta ejecución del estudio, mediante la organización del trabajo de una forma lógica, enfocada y eficiente. Además, es el documento a partir del cual se solicita la financiación en las diferentes convocatorias públicas o privadas, junto con la solicitud de autorizaciones de los diferentes comités para la realización del estudio. De tal forma, en un Protocolo de Investigación se parte de un modelo general originario de la aplicación esquemática del método científico a las ciencias de la Salud. De dicho modelo se extraen la estructura y apartados del proyecto de investigación, que a pesar de tener objetos de investigación diferentes, es un mismo modelo científico general y común para los campos básico, clínico y epidemiológico. ([F. Rivas Ruiz](#))

El pensar, diseñar y planificar cómo se llevará a cabo una investigación es un proceso dinámico cuya propuesta requiere la exposición de todos sus detalles en un secuencia de pasos sucesivos; componentes que se exponen en un Protocolo de Investigación. Un Protocolo de Investigación es un documento científico (legal) que formaliza la propuesta de investigación y sus condiciones. Está formado por una secuencia sistematizada de apartados, abarca toda una serie de información relevante y describe el proceso dinámico por cumplir por los investigadores, o por terceros. Por lo tanto el protocolo corresponde a la versión escrita del plan propuesto para estudiar e investigar el tema de interés la directriz fundamental del trabajo que ordenadamente indica una vía idónea para solucionar el problema planteado. ([Tinoco Mora y D. Sáenz Campos](#))

El protocolo de investigación es absolutamente imprescindible cuando se solicita una subvención, siendo el medio que tiene el organismo financiador para clasificar los proyectos por orden de prioridad, en función de su pertinencia y su calidad metodológica.

De todo lo dicho se deduce que los objetivos que ha de cubrir el protocolo son:

- Transformar la idea inicial en un verdadero plan de acción que respete las diferentes fases del proyecto de investigación (esclarecer y organizar las ideas).

- Facilitar la discusión previa entre los miembros del equipo hasta consensuar una estrategia aceptada por todos.
- Servir de marco de referencia para todos los investigadores y colaboradores que han de intervenir en la investigación, facilitando la comunicación interna (manual de operaciones con la cronología y la metodología).
- Convencer al organismo subvencionador de la importancia del proyecto y de la necesidad de financiarlo (vender el plan de acción).

El protocolo debe tener también una serie de propiedades o características que garanticen su eficacia, como por ejemplo ser:

- completo:** conteniendo todos los detalles que permitan a otro investigador competente reproducir la investigación.
- serio y legible:** describiendo una investigación pertinente, factible y científicamente rigurosa (con buena coherencia interna, conciso, claro y elegante).
- reciclable:** permitiendo simplificar considerablemente la realización de la investigación y la redacción de los documentos que servirán para presentar los resultados (artículos, informe de investigación, memoria, tesis, etc).
- responsable:** si va a competir por una ayuda económica, el protocolo tendrá que defenderse a sí mismo ante el comité evaluador.
- flexible:** dado que la preparación del protocolo no es un ejercicio lineal, en cualquier etapa el investigador está obligado a volver atrás y adaptar lo escrito ante cuestiones nuevas en el progreso de la descripción de la investigación. ([Amezcu](#))

Usado como sinónimo de proyecto o de propuesta (cosa que no admiten otros autores más precisos), el protocolo podría definirse como un «documento que contiene, con el máximo posible de detalle, precisión y claridad pertinente, el plan de un proyecto de investigación científica (Soto y Menéndez, citados por Canales)(6).

El proyecto de investigación puede recibir diferentes nombres (plan de trabajo, plan proyecto o esquema de investigación) y presenta también diversas estructuras, según el autor que se consulte; sin embargo, el fin es siempre el mismo; pensar con detenimiento:

¿Qué?

¿Para qué?

¿Cómo?

¿Cuándo?

¿Dónde?

¿Con qué?

Investigamos

Consecuentemente, el responder a estas seis interrogantes nos aclara el esquema completo del trabajo; asimismo, nos orienta y asegura en su planeación del mismo. Ahora

bien, sería interesante analizar cuál es la relación de estas interrogantes con los rubros que conforman el proyecto de investigación, ya que la respuesta a cada una de las preguntas genera una serie de conocimientos, que estructurados constituyen un elemento del proyecto. Así **el qué**, nos proporcionará la problemática, objetivos e hipótesis; **el para qué**, será la justificación; **el con qué**, delimitará el marco teórico y la bibliografía; **el cómo**, la metodología con todos sus aspectos; **el cuándo**, definirá el cronograma; y por último, **el dónde** determinará el marco contextual. ([Javier Loredo Enriquez](#))

Para efectuar una investigación más eficiente y organizada, es conveniente planear todo el proceso antes de efectuar ninguna operación, y plasmar esta planeación teórica y anticipada en un documento inicial llamado protocolo de investigación. Será el escrito donde organizará sus ideas y plasmará en forma ordenada cual es el problema de estudio, su hipótesis, los métodos o procedimientos más adecuados a sus fines, saber con que cuenta y qué necesita conseguir, etc.

El protocolo se redacta con un lenguaje claro, sencillo y explícito, es un documento flexible que admite modificaciones y que permite establecer el calendario de trabajo y estimar el tiempo en que se va a desarrollar cada una de sus etapas, así como utilizar los recursos disponibles con mayor eficiencia; lleva implícito además, el compromiso del investigador para llevar a cabo su estudio. ([Juan Bedolla Pérez](#))

Para que un proyecto de investigación aporte los beneficios que se han mencionado anteriormente, debe cumplir con ciertas características que a continuación mencionamos: ([Javier Loredo Enriquez](#))

Relevante.- Que el problema que plantee sea lo suficientemente importante que amerite su estudio, buscando que responda a necesidades reales y concretas; por ejemplo, sería irrelevante como investigación diseñar el programa de un curso de taquigrafía.

Coherente.- Que exista una relación lógica y armónica entre los diferentes rubros del proyecto; por ejemplo, la relación entre los objetivos y la metodología.

Claro.- La redacción debe permitir un buen entendimiento, evitando así el tener que hacer interpretaciones sobre su contenido. La falta de claridad puede revelar confusión del autor o la superficialidad y precipitación en la elaboración intelectual del documento.

Conciso.- La extensión de un documento es un aspecto importante; buscar cuál es el justo medio para cada aspecto del proyecto es una buena clave de trabajo. Se recomienda evitar discursos y las citas muy amplias.

Concreto.- Que la información que se maneja sea sólo la necesaria. Hay información que puede ser muy interesante y sin embargo no ser relevante para el proyecto.

Viable.- Que las tareas que se prevén realizar como parte de la investigación sean factibles de llevarse a cabo con los recursos necesarios y el tiempo previsto en el cronograma; por ejemplo, en un sondeo de opinión a nivel nacional, no sería factible entrevistar al Presidente de la República y los Secretarios de estado; por otra parte, sin encuestadores sería prácticamente imposible realizarla a nivel nacional y el tiempo rebasaría al previsto para la investigación.

Vigente.- Que la bibliografía que se maneje cubra hasta las publicaciones más actualizadas sobre el tema; por ejemplo, si se planteara un estudio del perfil actitudinal del maestro, no sería pertinente que sólo se consideren las investigaciones realizadas hasta 1970.

Congruente.- Que el tema de investigación pertenezca al campo de conocimientos propio de la carrera que estudia; por ejemplo, un estudiante del campo de la educación no deberá elegir como tema de investigación "Los efectos secundarios en los alumnos de escuelas preparatorias, producidos por un medicamento nuevo para jóvenes entre 16 y 18 años". No por aparecer un elemento educativo, el tema pertenece a dicho campo.

Esquema general de un protocolo de investigación

Título

Debe ser claro, preciso y completo. Cuando la extensión del título perjudica su claridad, conviene dividirlo en dos partes: Título el cual expresa qué se va a investigar y subtítulo que expresa las condiciones en las cuales se va a llevar a cabo. Otros autores enfatizan que ya no es necesario sobrecargar el título con elementos indicativos ni añadir un subtítulo, porque todo ello se suple con el resumen analítico y las palabras clave.

El título debe ser conciso; su objeto es dar a conocer el lector el contenido esencial del artículo. No debe sobrecargarse con información expuesta en forma de abreviaturas, paréntesis, fórmulas o caracteres desconocidos.

Planteamiento del problema

Un problema científico es una duda acerca de la relación (causal, funcional o estadística) entre dos o más hechos o fenómenos, y que debe ser original, importante y verificable mediante la experiencia. La práctica diaria está llena de situaciones problemas que merecen ser investigadas. Pero quizá su inconveniente es que este problema que se plantea debe ser depurado de manera que, al delimitarlo se puedan detectar fácilmente las variables que se buscan investigar.

Justificación

El para qué de la investigación. El protocolo, que en este caso se hace para desarrollar una tesis, debe constar este ítem. Aquí usted debe detallar con el máximo rigor científico para qué lleva a cabo esta investigación y que piensa lograr con ella.

Objetivos

En una frase, al final de la introducción, y una vez justificada la realización del trabajo, se resume el - o los- objetivos de la investigación

El **objetivo general** debe estar en concordancia con la hipótesis de trabajo si es que esta fue enunciada. Se puede comenzar la oración del objetivo general con verbos como: Comparar, demostrar, determinar, aclarar, medir, etc., y se deben explicar de nuevo las variables que se van a medir para lograr este objetivo Los objetivos de la investigación se refieren a los aspectos del problema, subproblemas, que se desean estudiar o a los resultados intermedios que se espera obtener para dar respuesta final al problema.

Para una correcta formulación de los objetivos, se deben respetar los siguientes criterios :

- estar dirigidos a los elementos básicos del problema
- ser medibles y observables
- ser claros y precisos
- seguir un orden metodológico
- ser expresados en verbos en infinitivo

Cuando el problema planteado es de orden general e implica una serie de subproblemas es útil la redacción de un objetivo general, donde el planteo del problema está implícito, y luego en objetivos particulares o específicos, donde se enfatiza sobre aspectos puntuales del problema general, así se logra recalcar las características más importantes. También, cuando el problema presenta una relación de variables, estas se analizarán separadamente, enunciándolas como objetivos específicos, de acuerdo a las variables que conforman el área de subproblemas

Marco teórico

Diseño Metodológico

Estudios observacionales: Descriptivos, Reporte de casos, Serie de casos, Corte transversal.

Analíticos: Casos y controles, Cohortes. Corte transversal (es analítico si tiene un grupo control)

Estudios experimentales: (ensayo clínico controlado)

Estudios de concordancia, Consistencia (intraobservador, interobservador, interprocesos).

Otros: Análisis de sobrevivencia (con frecuencia son un tipo especial de cohortes), Evaluación de métodos diagnósticos, Estudios de costo-efectividad y costo-beneficio (casi siempre son experimentos clínicos), Meta-análisis, Artículo de revisión (revisión extensa de la Bibliografía sobre un tema, con el sesgo particular del autor, sin análisis científico de la información mencionada).

Pacientes (Material)

Definir en forma concreta cual es el universo que interesa estudiar; las unidades de observación o de análisis son aquellas a las que se aplicarán los instrumentos de medición. Las unidades de muestreo son los elementos que permiten identificar la unidad de observación y que en general son los elementos que constituyen la muestra. En un estudio, una familia puede ser la unidad muestral, pero el jefe de familia será la unidad de análisis o de observación. En la mayoría de los casos, ambas unidades coinciden.

La muestra que debe seleccionarse, tiene que ser representativa de esa población para poder hacer generalizaciones válidas, reuniendo las características esenciales en relación con la variable o condición particular que se pretende estudiar.

Criterios de inclusión: son los que determinan las reglas de ingreso al estudio. Entre más rígidos sean, más pequeña será la población a la cual se extrapolen los resultados.

Criterios de exclusión: determinan qué pacientes deben ser excluidos del estudio, después de haber ingresado. No son lo contrario de los de inclusión.

Métodos

Es la descripción de cómo se va a realizar el estudio, especialmente lo relacionado con la (s) intervención (es), tales como la selección de pacientes, forma (dosis, presentación, frecuencia) de administrar medicamentos, las técnicas quirúrgicas, los tratamientos de cualquier orden que se den a los pacientes (radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, etc.), o cualquier otro tipo de intervención.

Muestreo: puede hacerse de diferentes formas; las más comunes son:

Secuencial: es el método que se utiliza con mayor frecuencia, se recomienda en aquellas patologías que no sean muy comunes. Consiste en ingresar al estudio a todos los pacientes que consulten al centro de estudio y que cumplan los criterios de inclusión.

Por conveniencia: se escogen los pacientes de una población cautiva (pacientes hospitalizados, colegios, soldados, cárceles). Esto trae diversos problemas de sesgos de selección y de limitación en la generalización de los resultados, además podrían presentarse cuestionamientos éticos. Aunque es práctico no es el método más confiable.

Aleatorio: aunque es un método ideal, no es práctico. Si cada vez que un paciente cumple los criterios de inclusión, ésta se decide en forma aleatoria, se gastará el doble de tiempo en recolectar el tamaño de muestra (no debe confundirse la *selección* aleatoria de los pacientes un estudio - que no es práctica - con la asignación aleatoria de los pacientes a uno y otro grupo de tratamiento - que es ideal-).

Voluntario: método sujeto a sesgos, no muy recomendado. Es útil ocasionalmente cuando se busca un grupo de personas sanas como grupo control o como grupo de intervención de estudios experimentales en fase II.

Se identificarán los aparatos (nombre del fabricante y dirección entre paréntesis) y los procedimientos bien detallados, si se utilizara algo nuevo o modificado, brindar su correcta descripción y las razones para su utilización, correcta identificación de todos los fármacos usados, incluyendo el (los) nombre(s) genérico(s), dosis y vías de administración. El completo detalle de los métodos usados permitirá de esta manera, repetir el estudio en idénticas condiciones, (ineludible para un cotejo de precisión) o para hacer una crítica de exactitud de cada elemento y su uso a quien quiera ponerlo en práctica. Si el método aludido no es usual y su descripción sería demasiado extensa, debe redactarse en manera breve sus generalidades y las referencias bibliográficas pertinentes donde se expone el método en forma detallada.

Sobra decir que cada intervención debe seguir el sentido común, estar plenamente justificada desde el punto de vista médico, respaldada con criterios científicos y debe respetar todas las normas éticas de investigación.

Análisis de los datos

Método estadístico

Se realiza en dos fases: 1º: Estadística descriptiva y 2º: Estadística inferencial

En la parte descriptiva, las variables se expresarán en números y tablas, teniendo en cuenta que para las variables *cuantitativas* (continuas) se deben utilizar los porcentajes, las razones y los percentiles.

La estadística inferencial implica comparaciones entre grupos y extrapolación a la población general (blanco), que se basa en un *tamaño de muestra suficiente* y previamente calculado.

Las diferencias "estadísticamente significativas" se deben interpretar con mesura y objetividad, pues no siempre son clínicamente importantes. Por otro lado, el hecho de no encontrar diferencias entre dos grupos, no quiere decir que éstos sean iguales. Se describirán los métodos estadísticos con el detalle suficiente para permitir a un lector conocedor de los métodos y que tenga acceso a los datos originales la verificación de los resultados presentados. Cuando ello sea posible, se cuantificarán los resultados y se presentarán con indicadores apropiados del error de medición de la incertidumbre de la misma (como los intervalos de confianza). Debe evitarse el basarse únicamente en pruebas de hipótesis estadísticas, como el uso de valores de p, que no permite transmitir una información cuantitativa importante. Las referencias en cuanto a diseño del estudio y métodos estadísticos deben corresponder a obras estándar cuando ello sea posible (con indicación de las páginas) en vez de a artículos en los que se hayan descrito inicialmente los diseños o métodos. Se especificarán los posibles programas de ordenador de uso general utilizados.

Método epidemiológico

El desarrollo permanente del método epidemiológico y su cuerpo de conocimientos ha permitido diversificar sus usos y aplicaciones, algunos de los cuales se detallan a continuación:

Medición del nivel de salud de poblaciones

Descripción de la historia natural de la

enfermedad

Identificación de los determinantes de las

Enfermedades

Control y prevención de la enfermedad

En la selección de métodos de control y prevención:

Planificación y evaluación de servicios de salud

Lectura crítica de información científica

Predicción de escenarios sanitarios

Estudio de la forma en que se distribuyen los recursos de acuerdo con las necesidades de la población
Aplicación de sus métodos al escenario clínico.

La cuantificación del grado de riesgo constituye un elemento esencial y fundamental en la formulación de políticas y prioridades que no deben dejar hueco a la intuición ni a la casualidad. Hay diferentes maneras de cuantificar ese riesgo:

*Incremento Absoluto del Riesgo (IAR) reducción absoluta del riesgo(RAR), riesgo atribuible - absoluto, exceso de riesgo):*El IAR establece el riesgo adicional de enfermarse relacionado con la exposición estudiada y responde a la pregunta: ¿Cuál es el riesgo de enfermarse atribuible al factor estudiado?

Riesgo Relativo: Compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen.

Incremento del Riesgo Relativo: Aumento en porcentaje del riesgo de eventos desfavorables entre el grupo experimental y el control.

Odds Ratio: Indica la magnitud de asociación entre la exposición a un factor determinado y el resultado enfermedad o no, en otras palabras, mide el riesgo de haber estado expuesto dada la enfermedad.

Número necesario para tratar (NNT) o dañar (NND): Es el número de pacientes que hay que tratar para provocar un efecto adverso. Cuando este no se incluye en estudios de eficacia y efectividad se puede incurrir en un sesgo subjetivo de magnificación del efecto del tratamiento, lo que de hecho influye en la prescripción de fármacos por los médicos.

Intervalo de Confianza (IC_{95%}): Es el rango de valores numéricos en los que nosotros podemos estar seguros que se encontrará el valor estimado de la población con una probabilidad de 90 o 95%.

Evaluación de una prueba o test

Se presentan los valores mediante cuadros o conceptos necesarios para determinar la validez de un test (sensibilidad y especificidad) y su seguridad (valores predictivos positivos y negativos). También es necesario determinar otros índices de valoración que sean a la vez clínicamente útiles y no dependan de la prevalencia de la enfermedad en la población a estudiar. Así, además de los conceptos de sensibilidad, especificidad y valores predictivos, se suele hablar del concepto de razón de verosimilitudes, razón de probabilidad, o cociente de probabilidades⁶. Estos miden cuánto más probable es un resultado concreto (positivo o negativo) según la presencia o ausencia de enfermedad.

Síndrome Forense de Sócrates en Medicina

Autores:

Roberto Isidro Keklikian ¹, Pablo Falaschi ², Natalia More ³, Veronica de Toro ⁴ y Edgardo Knopoff ⁵

"...De la misma manera que los secuestradores inducen el síndrome de Estocolmo en los secuestrados, los acusadores pueden inducir algún otro tipo de síndrome en el acusado antes, durante y después del juicio..." "...el haber tenido que comparecer alguna vez como imputado en un juzgado de instrucción por denuncias interesadamente falsas..." "...en esos momentos, ni siquiera resulta fácil razonar con claridad íntimamente, y menos aún argumentar eficazmente, porque la acusación, por sí misma, altera el equilibrio y el entendimiento hasta el punto de hacer prácticamente imposible la defensa eficaz..."

La cita corresponde a "El Imputado Inocente Indefenso o el Síndrome Forense de Sócrates" (www.cita.es/imputado), cuyo autor es el ingeniero y criminólogo español Miguel Ángel Gallardo Ortiz.

Los autores discrepamos parcialmente con la misma y adherimos a la definición de Síndrome Forense de Sócrates en Medicina publicada en 2006:

Síndrome Forense de Sócrates en Medicina es el daño físico, psíquico y social que padecen profesionales inocentes de mala praxis y que pese a esto son acusados y requeridos por la justicia, o reciben reclamos en instancias extrajudiciales patrocinados por abogados. Roberto I. Keklikian "CLÍNICAS PERINATOLÓGICAS ARGENTINAS VOL 4, 2005-2006". ISBN: 987-9431-19-7 Ediciones ASAPER. Buenos Aires, Argentina.

Partimos de la realidad actual en toda Latinoamérica donde en el siglo XXI se ha profundizado la intolerancia social ante malos resultados aun cuando la atención brindada (medios) haya sido correcta. Es importante recalcar que salvo excepciones (ej cirugía plástica, anatomía patológica, etc), la obligación de los profesionales de las ciencias médicas es de "medios" y no de "resultados".

Existe entonces profusa bibliografía respecto a daños que derivan de errores o culpa en medicina, pero esta se enfoca al tema en general o en particular a los casos donde existe un error o profesional **culpable**.

Pero muy poco se ha publicado muy poco sobre los daños a la salud física, psíquica y social del profesional injusta e infundadamente demandado (el demandado **inocente**).

Los profesionales deben soportar demandas referidas a su praxis conforme el derecho innegable a que en un ámbito judicial se obtenga verdad jurídica, pero en existen casos en que SIN ELEMENTO ALGUNO para reprochar mala praxis se demanda con invenciones falsas a profesionales evidentemente inocentes.

Aquí aparece la necesidad de remarcar dos elementos a analizar:

1. a) el daño físico, psíquico y social que padece el profesional injustamente demandado, b) las falsedades que impulsan demandas infundadas donde solo se afirma que "por el mal resultado el profesional debe haber actuado mal" sin tener presente el posible error de valoración retrospectiva o *hindsight bias* de cada caso en particular.

Hemos frecuentemente escuchado frases de este tipo:

"...Si fui acusado siendo absolutamente inocente de lo que se me imputaba y, a pesar de ello, hace años que soporto una causa judicial sin que se resuelva, temo ser condenado con igual injusticia como con la que fui acusado..."

No debiera ser así. Pero es lógico que quien tiene la certeza (recalcamos: no "la opinión" sino "la certeza") de ser inocente, y que debe convivir con una causa judicial en su contra cuya resolución avanza lenta y engorrosamente, tema (o incluso esté convencido) que será condenado aún siendo inocente.

Ante esta situación, no es el profesional de la salud el único perjudicado. **Su praxis se verá afectada.** El dicho popular dice: "Quien se quema con leche, cuando ve la vaca llora" ¿No es entonces razonable pensar que la situación empuja a estos profesionales hacia la "Medicina defensiva"?

"Sócrates comete delito y se mete en lo que no debe al investigar las cosas subterráneas y celestes, al hacer más fuerte el argumento más débil y al enseñar estas mismas cosas a otros"

Esta es la injusta acusación a un inocente Sócrates, condenado a morir, que Platón reflejó en sus Diálogos. Sócrates tenía razón y pagó con su vida.

Siglos después, Galileo Galilei debería retractarse de su correcta teoría sobre el movimiento de la Tierra ante la Santa Inquisición; pero tras hacerlo susurró: *«Eppure si muove»* (sin embargo se mueve).

No compartimos el criterio de Gallardo Ortiz que sostiene que *"cuando se formula una acusación si no hay delito, el que acusa comete una calumnia..."* porque es fácilmente comprensible que se puede acusar a alguien inocente basado en elementos concretos, fundados y lógicos que permitan suponer su posible culpabilidad. Creemos que es justificada toda acusación que tenga razonable fundamento médico previo a la misma **con un dictamen firmado por un profesional responsable que indique cual sería el ERROR o CULPA que determinaría el mal resultado.** Esto permitiría disminuir la litigiosidad, acelerar la reparación a quienes corresponda y disminuir profesionales con Síndrome Forense de Sócrates (y debiera ser el interés de cualquier profesional del derecho que realiza buena praxis). Pero frecuentemente nos encontramos con acusaciones donde el letrado de la parte actora no se ha tomado ni el más mínimo trabajo de verificar a través de un consultor médico idóneo su razonabilidad. En algunos casos nos encontramos frente a ilegítimas "aventuras jurídicas" y en otros ante casos de *"primero inicio la demanda y después me preocupo si la demanda es razonable"*.

Nuestra experiencia nos muestra que las demandas indebidas por presunta mala praxis inevitablemente (en mayor o menor grado) causan daño en los profesionales inocentes acusados. Existe entonces un segundo daño sobre el profesional de la salud demandado. Daño causado por el abogado que asesoro incorrectamente a su cliente para demandar, eventualmente por el médico que falseo o manipulo un dictamen acusatorio y por el mismo demandante (salvo haber sido maliciosamente engañado o incitado a firmar una demanda por abogados y o profesionales de la salud sin mínimos recaudos previos sobre su razonabilidad).

Este daño es tan legítimamente resarcible como el daño que debe resarcir un profesional de salud al cometer una real mala praxis.

No nos preocupa la “intolerancia social a profesionales culpables”, todo lo contrario: somos parte de ella y entendemos que toda real mala praxis debe ser condenada y resarcida no sólo en beneficio del dañado sino el de la Ciencia Medica. Creemos en la excelencia científica.

A partir de la anterior definición, enfatizamos que:

También son profesionales que responden por mala praxis y o derecho de daños:

- el abogado que patrocina una demanda absurda por mala praxis sin siquiera cerciorarse que posea un “mínimo” grado de razonabilidad, o
- el médico que “asesora” a un abogado para “dar lógica de sofisma” a una demanda absurda por mala praxis (cuando sabe que lo que ocurrió es claramente contradictorio con lo que planteará en su “asesoramiento”).

En estas dos situaciones anteriores, abogados y médicos debieran también responder y resarcir los daños que su praxis genera sobre el profesional injustamente demandado. Más aún cuando la persona que contrató un abogado no tiene conocimientos de medicina ni de derecho y contrató a estos profesionales para que actúen ajustados a normas éticas que rigen la medicina y el derecho.

El pensamiento de Santo Tomás de Aquino ubica al Derecho dentro del orden de las acciones humanas, el orden moral, y de esta forma lo liga indisolublemente a la Filosofía Moral y Ética, de las que el derecho se nutre. Según el tomismo, puede existir una “distinción” entre Moral y Derecho (estando este último incluido en la primera) pero “jamás una separación tajante”. Las reglas de la Moral “imperan” al Derecho; el Derecho que no sigue estas reglas puede compararse a una casa construida con reglas erróneas que inexorablemente se desmoronará.

Nuestra preocupación frente el Síndrome Forense de Sócrates no es “corporativa” sino moral. Nos preocupan tanto médicos como abogados que fomenten la “intolerancia social a los malos resultados de profesionales que obraron correctamente”. Impactan negativamente en el aumento de la llamada "Medicina Defensiva".

Nos preocupan los letrados y consultores médicos que buscan casos de “malos resultados” en lugar de preocuparse por identificar y litigar “legítimos reclamos por verdadera mala praxis”.

CARACTERISTICAS DEL DAÑO POR SINDROME FORENSE DE SOCRATES EN MEDICINA:

El daño en profesionales que padecen Síndrome Forense de Sócrates se caracteriza por:

- a. Daño físico: Desencadenamiento o empeoramiento de dolencias físicas tales como hipertensión arterial, úlcera gastroduodenal, asma bronquial, cardiopatía isquémica y otras.
- b. Daño psíquico: Burn out o estadios previos al mismo, trastornos del sueño, pérdida del apetito, pérdida de entusiasmo en el ejercicio de la profesión, descreimiento y preocupación exagerada por problemas cotidianos, depresión, temor frente al paciente

(asistencia médica defensiva), tabaquismo, alcohol o drogadependencia, carga inconsciente de culpa, ataques de pánico, etc.

- c. Daño social con alteración de la relación «médico-paciente», mayor tendencia a la medicina defensiva, alteración de su calidad de vida, incertidumbre futura a nivel laboral y profesional, económico y familiar, deterioro de la relación con sus colegas, etc.

Si bien podría argumentarse que cualquier profesional que afronta una demanda puede padecer y debe soportar estos daños, nuestras observaciones indican que el daño es de mayor magnitud en profesionales INOCENTES. Textos como el libro *Biología de la Creencia* de Bruce Lipton pueden permitirnos comprender como noxas psíquicas puede causar alteraciones en el epigenoma.

En un principio, en entrevistas libres realizadas, esto parece deberse a que quien cometió mala praxis soporta la acusación como "lógica y justa", quien no la cometió, siente a la acusación como "ilógica e injusta y por ende le resulta más difícil adaptarse a lo que entiende como irracional.

Por ende, el daño suele resultar de mayor gravedad en aquéllos Síndromes Judiciales que presentan las características del Síndrome Forense de Sócrates.

En un trabajo realizado en 2005, Kekliklián y colaboradores estudiaron 64 profesionales que han recibido demandas por mala praxis en los fueros civil y/o penal. Los resultados muestran:

- a. ser sometido a juicio causa daño psíquico, físico y social a los profesionales en diversos grados (Síndrome Judicial)
- b. por ello, es razonable considerar una demanda o reclamo como una "noxa" que puede afectar al profesional de la salud
- c. los profesionales que reciben demandas absurdas por mala praxis (Síndrome Forense de Sócrates) sufren daño de mayor magnitud que aquéllos demandados por una real mala praxis.
- d. por lo anterior, la noxa "demanda absurda" parece de mayor magnitud que la noxa "demanda justificada" y/o existe mayor vulnerabilidad de los profesionales a la misma
- e. en 61% de los casos existe daño físico de diversa magnitud con causalidad o concausalidad atribuible a la noxa "demanda o reclamo" Dentro del daño físico, en más de la mitad de los casos la afección es cardiovascular (predominando las patologías hipertensivas) y en un 40% de los casos de daño físico hay dos o más patologías físicas evidenciables.
- f. en 100% de los casos existe daño psicológico, permanente o transitorio, de diversa magnitud con causalidad o concausalidad atribuible a la noxa "demanda o reclamo"
- g. se observan cuadros característicos de estrés postraumático, ataques de pánico e inicio o aumento de medicación psicofarmacológica (predominando los ansiolíticos del tipo benzodiazepinas y los antidepresivos como la fluoxetina y similares).

- h. en 84% de los casos los profesionales demandados y/o requeridos refieren elementos que demuestran objetivamente daño social, de diversa magnitud con causalidad o concausalidad atribuible a la noxa “demanda o reclamo”; la totalidad considera que este daño será “irreversible” aún cuando en juicio se probase contundentemente su inocencia.

Estudios ulteriores aun no publicados muestran concordancia con estos datos en la actualidad.

Ante un Síndrome Forense de Sócrates debidamente probado entendemos que sus responsables deben resarcirlo reparando integralmente conforme las reglas del Derecho Civil vigente. Po ello es muy importante **acreditar los daños que sufre el profesional:**

En la totalidad de los 64 casos referidos encontramos dificultades en acreditar el daño, las que se debían a la actitud de los propios profesionales, que pueden resumirse de la siguiente manera:

a) Daño físico:

No consultaban a otros profesionales y se automedicaban

Consultaban en forma esporádica y sin registro de dicha consulta a otros profesionales

Carecían de Historia Clínica que explicitara cómo y cuando se había producido la enfermedad o el agravamiento de una enfermedad preexistente debido al Síndrome Forense de Sócrates.

b) Daño psíquico:

No consultaban a psiquiatras o psicólogos y se automedicaban con ansiolíticos y/o antidepresivos

Consultaban en forma esporádica e inorgánica a psiquiatras o psicólogos o incluso a otros profesionales no especializados en Salud Mental

Carecían de Historia Clínica que explicitara cómo y cuando se había producido el daño psíquico o el agravamiento de una patología psíquica preexistente debido al Síndrome Forense de Sócrates.

c) Daño social y profesional:

No tenían registros objetivos de los días de consulta suspendidos por enfermedad o por necesidad de asistir a audiencias judiciales

No guardaban publicaciones en diarios que los acusaban de mala praxis

No disponían de testimonios objetivos de pacientes (prueba testimonial) que acreditaran el daño social sufrido.

No disponían de testimonios objetivos de colegas (prueba testimonial) que acreditaran el daño social sufrido.

Recomendamos:

Asistir regularmente a la consulta por cada una de las patologías que padezca un profesional como consecuencia de un Síndrome Forense de Sócrates

Solicitar se le entregue periódicamente copia de nuestras historias clínicas (médica por el daño físico y psiquiátrica o psicológica).

Enfatizar al profesional que las redacta que lo haga con veracidad y sin omisiones, ya que hemos visto casos en que la historia clínica es más breve y/o incompleta cuando el paciente es médico que cuando el paciente no lo es.

Recordemos que cuando un médico asiste para ser asistido por otro médico, el paciente debe "dejar de ser médico" y actuar, por su propio beneficio, exclusivamente como "paciente".

Recomendamos que en toda "aventura jurídica" se reconvenga dentro del juicio contra la parte actora o se contrademande y cuando resulte posible (por prueba evidente de temeridad o malicia) se reconvenga también contra sus abogados, para que los responsables de la misma deban resarcir el daño causado.

"Más responsabilidad" para todos implica que "todos" los daños (tanto la "real mala praxis" como el "daño por Síndrome Forense de Sócrates") sean igualmente resarcidos y concluimos citando a Francois Rabelais (quien también era médico):

"Ciencia sin conciencia no es más que la ruina del alma..."

1 Médico y abogado. Especialista en Tocoginecología y Medicina del Trabajo. Jefe del Departamento Área Programática Hospital Cecilia Grierson, Subsecretaria de Atención Primaria de Salud, Ciudad de Buenos Aires.

2 Médico. Especialista en Clínica Médica. Jefe de la División Centros y Programas de Salud, Área Programática Hospital Cecilia Grierson, Subsecretaria de Atención Primaria de Salud, Ciudad de Buenos Aires.

3 Médica. Especialista en Pediatría. Jefa a cargo de la Sección Salud Escolar del Departamento Área Programática Hospital Cecilia Grierson, Subsecretaria de Atención Primaria de Salud, Ciudad de Buenos Aires.

4 Médica. Especialista en Pediatría. Jefa de Sección del Centro de Salud y Acción Comunitaria 3, Departamento Área Programática Hospital Cecilia Grierson, Subsecretaria de Atención Primaria de Salud, Ciudad de Buenos Aires.

5 Médico. Especialista en Psiquiatría y Salud Pública. Jefe del Departamento Área Programática Hospital Parmenio Pinero, Subsecretaria de Atención Primaria de Salud, Ciudad de Buenos Aires.

Escuela FASGO

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



Director
Prof. Dr. Pedro
Daguerre

**Curso de
Endocrinología
Ginecológica**



Directora
Dra. Gladys
Fernández

**Curso de Patología
del Tracto Genital
Inferior**



Directora
Dra. Sandra
Forneris

**Curso de
Restricción del
Crecimiento Fetal**



Director
Dr. Juan Lunghi

**Curso de
Climaterio**



Directora
Dra. Mabel
Martino

**Curso de
Medicina
Reproductiva**



Director
Dr. Luis Augé

**Curso de
Uroginecología**



Directores
Dr. Damián Angeletti
Dr. Germán Laurito

**Curso de
Diversidad y
Embarazo**



Directora
Dra. Olga Marega

**Curso de
Ginecología
Oncológica**



Director
Dr. Gonzalo Franco

**Imágenes en
Obstetricia**
Interpretación e
Indicaciones.



Director
Dr. José Ochoa

**Curso de
Puerperio de
Alto Riesgo**



Directora
Dra. Leticia
Ojeda

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



Director
Dr. Roberto
Keklikian



FASGO

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Abdomen Agudo Ginecológico por Abordaje Mínimamente Invasivo



Directora
Dra. Matilde
Quaranta

Hacia la Erradicación del Cáncer Cervical

Tamizaje - Vacunación y Manejo
de las Lesiones Precursoras
Las respuestas a los Problemas
Diarios del Ejercicio Profesional



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

Dolor pelviano crónico. Nuevos conceptos sobre diagnóstico y tratamiento



Director
Dr. Alejandro
González

Qué debemos saber y hacer en Osteopenia y Osteoporosis



Directora
Dra. Mabel
Martino

Consultas Frecuentes en la Urgencia Ginecológica



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

Embarazo Múltiple



Director
Dr. Lucas
Otaño

Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicas ¿Qué debe saber el Tocoginecólogo?



Director
Dr. Luis
Auge

El Ginecólogo en la Atención de la Adolescente



Directoras
Dra. Graciela
Lewitan y
Dra. Graciela
Schabelman

Asfixia Intrauterina



Director
Dr. Roberto
Votta

**Infórmese sobre los cursos disponibles y sus
programas en www.fasgo.org.ar**

<http://cursos.fasgo.org.ar>

Consensos FASGO

<http://consensos.fasgo.org.ar>

Jornadas, Cursos y Otras Actividades

<http://jornadas.fasgo.org.ar>

Info FASGO

<http://info.fasgo.org.ar>