

Revista FASGO



Volumen 25
Nº 2 – Mayo de 2026

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Contenidos

Volumen 25 | N° 2 – Mayo de 2026

Página 3 Editorial. Prof. Dr. Antonio Lorusso

Página 5 Autoridades

Trabajos Originales

Página 9 Histerosonografía e Histeroscopia: 13 años de experiencia como herramienta de primera elección en el Diagnóstico y Tratamiento de la Pareja Infértil
Carlos Gerardo Galindo García. Eduardo Lobato Garibay. María Fernanda Contreras Araujo. Roberto Raya Arredondo

Página 18 Prevalencia de la Depresión Postparto en Hospitales de San Juan en 2024: Identificando factores obstétricos y psicosociales asociados
Saldivar Daniela; Failla, María Paula.; Vera, María Agustina

Página 23 Indicaciones de Cesárea durante trabajo de parto en Hospital Materno Neonatal de la Ciudad de Córdoba desde agosto 2022 hasta diciembre del 2023
Mattia María Belén, Corradi Lucia, Caratti María Martha

Página 34 Malformaciones Arteriovenosas Uterinas: serie de casos Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo, Córdoba, Argentina
Herrera, Lara Agustina; Corradi, Lucía; Cejas, Ana Belén; María Martha Caratti; Obdulio Paredes

Página 41 Frecuencia de Malformaciones Congénitas en el Hospital de Día de Medicina Materno Fetal del Hospital Público Materno Infantil de Salta. Periodo enero 2023 a diciembre 2024
Dra. Finetti Emilia, Dra. Argüello Ana Paula, Dra. Paredes Noelia, Dra. Méndez Macarena, Dr. Campos Emanuel, Dr. Rizzotti Carlos Humberto

Página 56 Prevalencia de la Anticoncepción Inmediata en el Post Evento Obstétrico en el Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua" Durante el año 2023 y 2024.
Mortara María Milagros

Consensos

Página 67 **I Consenso Argentino sobre el Uso de Testosterona en Mujeres Postmenopáusicas**

Abstracts

Página 82 Reequilibrando la narrativa sobre la THM
Rossella E. Nappi, Seng Bing Ang, Steven R. Goldstein, Pauline Maki, Nick Panay & Wendy Wolfman

Página 83 Consideraciones en anticoncepción en pacientes adolescentes y adultos jóvenes, Transmasculinos y géneros diversos
Kirsten Das, MD. Veronica Gomez Lobo, MD

Educación

Página 84 La lectura como herramienta de aprendizaje
Dr. Mariano Grilli

Comité de Violencia

Página 87 After Hours.
Dr. Luis Daniel Flores

Editorial

Una nueva etapa para FASGO: liderazgo federal, humanismo médico y el desafío del cáncer como enfermedad del Siglo XXI

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) inicia un nuevo ciclo institucional con la asunción del Dr. José Omar Latino a su presidencia para el período 2026-2027. Su proyecto, reconocido por su espíritu transformador y su vocación federal, se propone ampliar la presencia y participación de las provincias en la vida institucional de la Federación, sin resignar todo lo que ha funcionado tan bien hasta aquí. Una continuidad que no reniega del camino recorrido sino que lo proyecta con mayor alcance federal.

Este nuevo período se inaugura en un momento en que la especialidad atraviesa transformaciones de fondo que van más allá de lo técnico. Una de las más significativas es la incorporación plena de la psicooncología al equipo oncológico. Durante décadas, el modelo de atención en oncología fue predominantemente paternalista: el médico diagnosticaba, indicaba y el paciente seguía. La distancia emocional entre quien trataba y quien padecía era parte no cuestionada del protocolo. Hoy ese paradigma ha cambiado en profundidad.

La psicooncología no opera ya en los márgenes del tratamiento sino en su centro. Está presente desde el momento del diagnóstico, acompaña durante la terapia y sostiene en la etapa de seguimiento. Lo que esto refleja es un cambio más amplio en la relación médico-paciente: una relación que hoy es más participativa, más horizontal y más humana. Los sentimientos, los miedos y las expectativas del paciente ya no son una variable secundaria: son parte del abordaje terapéutico. Este enfoque holístico no sólo mejora la experiencia de quien enferma; hay creciente evidencia de que contribuye a mejores resultados clínicos.

Este cambio en la práctica ocurre, además, en un contexto epidemiológico que le otorga urgencia particular. La transición demográfica global está redefiniendo el perfil de la morbimortalidad. Si bien las enfermedades cardiovasculares aún lideran la mortalidad mundial, el envejecimiento progresivo de la población está modificando esa tendencia de manera acelerada. La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) proyecta que para el año 2040 el cáncer será la primera causa de muerte a nivel global, con 29,5 millones de casos nuevos por año. En la Argentina, ese horizonte ya es presente: el cáncer constituye hoy la primera causa de muerte en menores de 70 años.

Esta realidad obliga a pensar al cáncer de una manera diferente. No como un evento agudo y terminal, sino como una enfermedad crónica que exige seguimiento prolongado, coordinación interdisciplinaria y una red de contención que acompañe al paciente en el tiempo. Para la ginecología y la obstetricia, cuya práctica incluye algunas de las patologías oncológicas de mayor prevalencia en la mujer, este cambio de paradigma no es periférico: es central.

El nuevo ciclo de FASGO encuentra, entonces, a la especialidad en un momento de madurez y exigencia. Madurez porque el campo ha incorporado herramientas, enfoques y alianzas que hace una década eran impensables. Exigencia porque los desafíos que se avecinan – epidemiológicos, tecnológicos, formativos y éticos – demandan una federación que esté a la altura de sus provincias, de sus pacientes y de su tiempo.

Bienvenido, Dr. Latino. La tarea es vasta y el momento, significativo. No tengo dudas que estará a la altura de estos desafíos.

Prof. Dr. Antonio Lorusso
Profesor Titular Consulto de Ginecología, UBA
Ex Presidente de FASGO



REVISTA FASGO

Director

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario de Redacción

Dr. Pablo Sayago

Comité Editorial:

Dra. Laura Fleider - Dr. Mariano Grilli

Comité Científico

Dr. Horacio Crespo

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2026-2027

Presidente: Dr. José Omar Latino

Secretario de Actas: Dra. Silvia Ferroni

Vicepresidente: Dra. Mónica Ñañez

Director de Publicaciones: Dr. Luis Flores

Secretario General: Dr. Horacio Crespo

Vocales Titulares: Dr. Roberto Jameson
Dr. Gustavo Peralta

Prosecretario General: Dra. Mariela Fuentes
Costilla

Vocales Suplentes: Dra. Analía Forestello
Dr. Juan José López Bonfanti
Dr. Miguel Angel Fernández
Dra. Laura Ostertag

Tesorero: Dr. Marcelo Kolar

Protesorero: Dra. Patricia Monasterolo

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Titulares: Dr. Jorge Araldi
Dra. Adriana Heredia Soria
Dra. Federico La Falce

Suplentes: Dra. Verónica Martínez
Dr. José Acosta
Dra. Alejandra Domingo Yaguez

TRIBUNAL DE HONOR

Titulares: Dr. Antonio Lorusso
Dr. Roberto Tozzini
Dr. Jorge Sarrouf

Suplentes: Dr. Raúl Winograd
Dra. Delia Raab
Dra. Mirta Escudero

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

Presidente: Dr. Raúl Winograd - SOGIBA

Vocales Titulares:

Presidente Honorario: Dr. Antonio Lorusso - SOGIBA

Dra. Claudia Perinetti – Mendoza

Vicepresidente: Dra. Liliana Voto - SOGIBA

Dr. Héctor Ferreyra – Córdoba

Secretario General: Dr. Rosato Otilio - Córdoba

Dr. Jorge Firpo – SOGIBA

Prosecretario General: Dr. Jorge Sarrouf -
Mendoza

Dr. Orlando Forestieri - La Plata

Secretaria de Actas: Dra. Leticia Ojeda - Mendoza

Dra. Jacqueline Charubi - Tucumán

COMITES, 2026-2027

Comité Científico FASGO 2026

Santiago del Estero

Presidente: Dr. Roberto Casale - SOGIBA

Asesor General: Dr. Leonardo Kwiatkowski

OBSTETRICIA:

Coordinador: Dr. Marcelo Correa Viera - SOGIBA

Integrantes:

Dra. María Silvia Núñez Márquez - Santa Cruz

Dra. Celeste Muntaner - Neuquén

Dra. Florencia Terenzani - Santa Fé

Dr. Federico Boeykens - Rosario

Dra. Agustina Martinez Yanzi - Bariloche

Dr. Florencia Gonzalez - Misiones

Dra. Leticia Trad - Sgo del Estero

Dr. Marcelo Gago Rodrigues - SOGIBA

GINECOLOGÍA:

Coordinadora: Dra. Elizabeth Ovando -SOGIBA

Integrantes:

Dra. Regina Gaska - Comodoro Rivadavia

Dra. Rocio Passarell - Salta

Dra. Vanesa Barrionuevo - Catamarca

Dr. Orlando Forestieri - La Plata

Dra. María Marta Ingratta - Sgo del Estero

Dr. Jorge Sarrouf - Mendoza

Dr. Alberto Ustarroz - SOGIBA

Comité Organizador Local FASGO 2026

Santiago del Estero

Presidente: Dra. Mariela Fuentes Costilla

Integrantes:

Dra. María Florencia Ugozzoli

Dra. María Marta Ingratta

Dra. María Elizabeth Durango

Dra. Silvina Chedda

Dra. Claudia Trejo Juárez

Dr. Gonzalo Martínez

Dra. Clyde Villavicencio

Dra. Olma Elizabeth Santillán

Dra. María Soledad Cenice

Dra. Leticia Trad

Dra. Valeria Heredia

Dr. Horacio Fuentes Costilla

Dra. Raquel Sosa

Dra. María Emilia Uardene

Referentes institucionales y académicos del Comité Organizador Local:

Dra. María Sebastiana Sánchez

Dra. Francisca Córdoba

Dra. Delia Raab de Álvarez

Dr. Raúl Abalos Gorostiaga

Comité Ejercicio Profesional

Coordinador: Dr. Jorge Araldi - Comodoro Rivadavia

Integrantes:

Dra. Mirta Rebak - Misiones

Dr. Emilio Martínez Luque - Neuquén

Dra. Adriana Marisa Heredia Soria - Sta Cruz

Dra. María Silvia Núñez Márquez - Sta Cruz

Dra. Marina Cabral - La Plata

Dra. María Elizabeth Durango Romero -Sgo del Estero

Dra. Ana María Del Vecchio - SOGIBA

Dr. Roberto Jameson - San Juan

Comité Violencia de Genero

Coordinadora: Dra. Amelia del Sueldo Padilla -Tucumán

Integrantes:

Dra. Valeria Pérez - La Plata

Dr. Roberto Yahni - SOGIBA

Dra. Paula Rosas - San Juan

Dr. Marcelo Guz - SOGIBA

Dra. Lourdes Solange Venegas Tarancon

Dra. Beatriz Graciela Moya - Tucumán

Dra. Olga Marega - SOGIBA

Dra. Claudia Capandegui – SOGIBA

Dra. María Laura Menacho – SOGIBA

Dra. Alejandra Gabriela Uzal - SASH

Comité Aspectos Legales

Coordinadora: Dra. Azucena Gallard – Chaco

Integrantes:

Dra. Marina Villagra - Catamarca

Dra. Mabel Poncelas - SOGIBA

Dr. Fernández Rubén -SOGIBA

Dra. Tania Rosas - Neuquén

Dra. María Elizabeth Durango Romero - Sgo del Estero

Dr. Casavilla Florencio - SOGIBA

Comité Congresos Nacionales y Regionales

Coordinador: Dr. Leonardo Kwiatkowski – SOGIBA

Integrantes:

Dr. Daniel Lamagni - Tucumán

Dr. Orlando Forestieri - La Plata

Dr. Alfredo Uranga - La Plata

Dr. Rubén Luca - SOGIBA

Dra. Griselda Salomón - Santa Fé

Comité Cirugía Mínimamente Invasiva

Coordinador: Dr. Roberto Ovando – SOGBA

Integrantes:

Dr. Marcelo Kolar - Neuquén
Dr. Javier Del Longo - Misiones
Dr. Leonardo Cardinali - Entre Ríos
Dr. Sergio Mirkin - Tucumán
Dr. Diego Gempel - San Juan
Dr. Gonzalo J. Martínez - Santiago del Estero
Dra. María Victoria Boccio - Rosario
Dra. Lumila Cases - Rosario
Dra. Rocio Passarell - Santa Fé
Dr. Leonardo Carrizo - Salta

Comité Congresos Nacionales y Regionales

Coordinador: Dr. Leonardo Kwiatkowski – SOGIBA

Integrantes:

Dr. Daniel Lamagni - Tucumán
Dr. Orlando Forestieri - La Plata
Dr. Alfredo Uranga - La Plata
Dr. Rubén Luca - SOGBA
Dra. Griselda Salomón - Santa Fé

Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Coordinadora: Dra. Olga Marega – SOGBA

Integrantes:

Dr. Luis Bravo Ocaranza - Tucumán
Dra. Natalia Muñoz - San Juan
Dra. Claudia Elizondo - San Juan
Dra. Lucia Boccoli - Rosario
Dra. Liliana Linardi - La Plata
Dra. Silvia Pebe Florian - SOGBA
Dr. Osvaldo Santiago - SOGBA
Dra. Regina Gaska - Comodoro Rivadavia
Dra. Selene Candioti - Santa Fé
Dr. Hugo Yamil Sat - Mendoza
Dra. Silvia Graciela Schmidt - SOGIBA
Dr. Pedro Salas - Jujuy
Dr. Fabian Gomez Giglio - Bariloche
Dra. Claudia Capandegui - La Plata
Dra. Amelia del Sueldo Padilla - Tucumán

Comité de Investigación y Trabajo Científico

Coordinador: Dr. Mariano Grilli - Mar del Plata

Integrantes:

Dr. Sebastian Udry - SOGIBA
Dr. Nicasio Cúneo - SOGBA
Dr. Francisco Gómez - Jujuy
Dra. Ana Cecilia Jaime - Salta

Comité Membresía

Coordinadores:

Dra. Elida Rodriguez - AACOG
Dr. Hector Scaravonati – SOGBA

Responsables:

NOA:

Dra. Mariela Fuentes Costilla - Sgo del Estero
Dra. Karina Ortelli - Catamarca

NEA:

Dra. Verónica Martinez - Entre Ríos
Dra. Analia Forestello - Chaco

CENTRO:

Dr. Gustavo Peralta - Cordoba
Dra. Laura Ostertag - La Pampa

CUYO:

Dra. Marisol Fernandez - San Juan
Dr. Ralph Bravo - San Luis

BUENOS AIRES:

Dra. Alejandra Yaguez - La Plata
Dr. Pablo Sayago - SOGBA
Dr. Alessandria Sebastian - SOGIBA

SUR:

Dr. Miguel Fernandez - Bariloche
Dra. Adriana Heredia Soria - Santa Cruz

Comité de Publicaciones

Director: Dr. Luis Flores - Misiones

Integrantes:

Dr. Martín Etcheagaray Larruy - SOGIBA
Dra. Florencia Ugozzoli - Sgo del Estero

Revista FASGO

Director Editorial: Dr. Bernardo Kupferberg - SOGIBA

Integrantes:

Dr. Pablo Sayago - SOGBA
Dr. Mariano Grilli - Mar del Plata
Dr. Horacio Crespo - SOGBA
Dra. Laura Fleider - SOGIBA

Comité Vinculación con Instituciones Nacionales e Internacionales

Dra. Liliana Voto - SOGIBA
Dra. Elida Rodriguez - SOGIBA

Comité Destinado a la Comunidad

Coordinadora: Dra. Verónica Martínez - Entre Ríos

Integrantes:

Dr. Claudio Weissmann Parisi - Entre Ríos
Dra. Delia Raab - Sgo del Estero
Dra. Francisca Cordoba - Santiago del Estero
Dra. Carla Alessandro - La Plata
Dr. Juan Sebastián Molina - San Juan
Dra. Maira Cristina Cooke - Entre Ríos

Comité Endocrinología Ginecologica

Coordinadora: Dra. Ñañez Mónica - Cordoba

Subcoordinadora: Dra. Mariela Fuentes Costilla - Sgo del Estero

Sub Comité Climaterio y Osteoporosis

Coordinadora: Dra. Susana Moggia – SOGIBA

Integrantes:

Dra. Marienela Lobos - San Juan
Dra. Stella Maris Della Schiava - SOGIBA
Dra. María Marta Ingratta -Sgo del Estero
Dra. Alejandra Schule - Cordoba
Dra. Patricia Monasterolo - Santa Fé
Dra. Liliana Carrera - SOGIBA
Dra. Julia Salinas - Salta
Dra. Florencia Albornoz - Salta

Sub Comité Adolescencia

Coordinadora: Dra. Viviana Cramer – SAGIJ

Integrantes:

Dra. Florencia Valladares - San Juan

Comité Salud Materna y Perinatal

Coordinador: Dr. Marcelo Correa Viera - SOGIBA

Sub Comité Morbilidad Materna

Coordinadora: Dra. Soledad Cenice - Sgo del Estero

Integrantes:

Dr. Juan Alberto Rodriguez - Tucumán
Dr. Ignacio Asprea - SOGIBA
Dr. Federico Boeykens - Rosario
Dr. Santiago Rollan - SOGIBA
Dra. Leticia Trad - Sgo del Estero
Dra. Lucia De Biase - SOGIBA
Dra. Georgina Eberle - Cordoba
Dr. Juan José López Bonfanti - Jujuy
Dr. Ángel Betular - SOGIBA
Dra. Miranda Bosatta - Neuquén
Dra. Celeste Muntaner - Neuquén
Dra. Agustina Martinez Yanzi - Bariloche
Dra. Florencia Prats - Cordoba
Dra. Gabriela Castro - Tucumán
Dr. Gustavo Agolti - Chaco
Dra. Silvia Ferroni - La Plata
Dra. Natalia Muñoz - San Juan
Dra. Valeria Heredia -Sgo del Estero

Sub Comité Diagnostico Prenatal y Salud Fetal

Coordinador: Dr. Juan Sebastián Pappalardo - Tucumán

Coordinadora: Dra. Marianela Randazzo - SADIPT

Integrantes:

- Dra. Mabel Poncelas - SOGIBA
- Dra. Paula Lozano - Jujuy
- Dr. Edgardo Varela - Catamarca
- Dr. Marcelo Cura - Sgo del Estero

Escuela FASGO

Director General:

Dr. Martín Etchegaray Larruy - SOGIBA

Director Académico:

Dr. Mariano Grilli - Mar del Plata

Coordinadora Ginecología:

Dra. Andrea Salas - Cordoba

Coordinador Obstetricia:

Dr. Santiago Rollan - SOGIBA

Coordinadora Ejecutiva:

Lic. Yamila Maratea

Coordinador Webinar:

Dra. Florencia Gauthier -SOGIBA

Asesora Webinar Ginecología:

Dra. Elida Rodríguez - SOGIBA

Asesora Webinar Obstetricia:

Dra. Liliana Voto -SOGIBA

Coordinadora Libro Consensos Ginecología:

Dra. Laura Fleider- SOGIBA -

Coordinador Libro Consensos Obstetricia: Dr.

Matías Uranga Imaz -SOGIBA -

Director de FASGO 26 - Educación Médica

Continua a Distancia:

Dr. Raúl Winograd - SOGIBA

Integrantes:

Dr. Pablo Bracalenti - Río Cuarto

Dr. Sergio Mirkin - Tucumán

Dr. Juan Sebastián Molina - San Juan

Dra. María Silvia Núñez Márquez -Santa Cruz

Dr. Juan Alberto Rodríguez - Tucumán

Dr. Luciano Mignini - ASOGIR, Rosario

Dr. José Alejandro Kuran - ASOGIR, Rosario

Dra. Guadalupe Morón - ASOGIR, Rosario

Dra. Mónica Bonin - Cordoba

Dra. Alicia Mazer Zumaeta - Cordoba

Dra. Jacqueline Charubi - Tucumán

Comité FASGO Futuro

Coordinadores:

Dr. Fernanda Ferreiro- SOGIBA

Dra. Nicolas Basanta- SOGIBA

Integrantes:

Dr. Ariel Broll - Tucumán

Dra. Carmen Rosas - San Juan

Comité Oncología Ginecología y Prevención del Cáncer de Génitomamario

Coordinador: Dr. Silvio Tatti - SOGIBA

Integrantes:

Dr. Rosato Otilio - Cordoba

Dra. José Ignacio Peretti - Santa Fé

Dra. Laura Fleider - SOGIBA

Dra. Jacqueline Charubi - Tucumán

Dr. Daniel Scheinkman- Corrientes

Histerosonografía e Histeroscopia: 13 años de experiencia como herramienta de primera elección en el Diagnóstico y Tratamiento de la Pareja Infértil

Autores:

Carlos Gerardo Galindo García^{1,2}. Eduardo Lobato Garibay². Maria Fernanda Contreras Araujo². Roberto Raya Arredondo³

Resumen

Objetivo

Demostrar la sensibilidad y especificidad en nuestra práctica clínica, al incluir la Histeroscopia como procedimiento diagnóstico de primera elección, en las pacientes con infertilidad.

Material y Métodos

Estudio Descriptivo y Retrospectivo, comunicando nuestra experiencia de 13 años en la Clínica de Fertilidad MásFértil, en la Ciudad de Morelia Michoacán. Se exponen los resultados de 2,704 pacientes con infertilidad, a quienes se les realizó Histerosonografía e Histeroscopia Diagnóstica utilizando un Histeroscopio Betocchi Karl Storz de 30° (26153-BO) de 5 mm. La distensión de la cavidad se realizó con solución fisiológica a 100 mmHg mediante infusor de presión Clear-Cuff. Se reportaron los hallazgos más frecuentes en infertilidad primaria y secundaria. La Histeroscopia se realizó en el área estéril, mediante sedación consciente y con monitoreo anestésico, con el fin de realizar procedimientos terapéuticos al mismo tiempo.

Resultados

De 2,704 Histeroscopías 1365 (50.5%) se reportaron normales y 1339 (49.5%) con alguna alteración. La patología más frecuente en Infertilidad Primaria fue el Endometrio Polipoide 346 (27.2%), en tanto que en Infertilidad Secundaria fue el Síndrome de Asherman 77 (34%).

Conclusiones

La frecuencia de patología endometrial en la mujer infértil fue de 49.5%. Las patologías intrauterinas son un factor que pueden afectar el éxito y pronóstico reproductivo de una pareja. La Histeroscopia tiene una alta sensibilidad y especificidad, siendo un procedimiento diagnóstico y terapéutico seguro. Es una herramienta de primera elección en el estudio de la pareja con infertilidad; se recomienda realizarla previo al inicio de cualquier tratamiento reproductivo tanto de baja como de alta complejidad.

Palabras claves: fertilidad, histeroscopia, infertilidad, útero.

Abstract

Objective: To demonstrate the sensitivity and specificity in our clinical practice, by including hysteroscopy as a diagnostic procedure of first choice in patients with infertility.

Material and methods: Descriptive and Retrospective Study, communicating our experience of 13 years in the Fertility Clinic Más Fértil, in the city of Morelia Michoacán. The results of 2,704 patients with infertility, who underwent Hysterosonography and Diagnostic Hysteroscopy using a Betocchi Karl Storz 30o Hysteroscope (26153-BO) of 5 mm are presented. Distention of the cavity was performed with physiological solution at 100 mmHg using a Clear-Cuff pressure infuser. The most frequent findings in primary and secondary infertility were reported. Hysteroscopy was performed in the sterile area, under conscious sedation and with anesthetic monitoring, in order to perform therapeutic procedures at the same time.

Results: Out of 2,704 hysteroscopies 1365 (50.5%) were reported normal and 1339 (49.5%) with some alteration. The most frequent pathology in Primary Infertility was Polypoid Endometrium 346 (27.2%), while in Secondary Infertility was Asherman's Syndrome 77 (34%).

Conclusions: The frequency of endometrial pathology in infertile women was 49.5%. Intrauterine pathologies are a factor that can affect the reproductive success and prognosis of a couple. Hysteroscopy has a high sensitivity and specificity, being a safe diagnostic and therapeutic procedure. It is a tool of first choice in the study of the couple with infertility; it is recommended to perform it prior to the beginning of any reproductive treatment of low or high complexity.

Key words: fertility, hysteroscopy, infertility, uterus.

Introducción

La infertilidad es la imposibilidad de lograr un embarazo clínico tras 12 meses de relaciones sexuales regulares (2 a 3 veces por semana) sin protección; actualmente se recomienda que mujeres mayores de 30 años inicien un protocolo de estudio, a los 6 meses de intentar un embarazo sin éxito^{1,2}.

La Infertilidad es una enfermedad que afecta de 4 a 5 millones de parejas en edad reproductiva en México³, a nivel mundial representa entre el 15 y 20% de la población en etapa fértil. Dos de cada seis parejas tendrán algún problema reproductivo para concebir en algún momento de su vida, el 50% de los casos se atribuye a condiciones femeninas, el 30% son causados por factores masculinos y el 20% restante a factores mixtos^{4,5}.

Dentro de las causas que producen Infertilidad se incluyen factores endócrinos, ováricos, uterinos, infecciosos, tubarios, genéticos, inmunológicos y espermáticos, incluyendo los abortos de repetición.

El grupo etario es un aspecto importante en el pronóstico reproductivo, cada vez las parejas requieren ayuda a edades más avanzadas, esto por fenómenos socio-culturales o bien por segundas nupcias; la reserva ovárica es determinante para la calidad y cantidad de los gametos, la cual disminuye con el avance de la edad, ya que a partir de los 25 años, los niveles de Hormona Antimülleriana comienzan a descender hasta alcanzar niveles indetectables en la menopausia¹¹; gracias a los estudios de PGT-A (Preimplantation Genetic Testing for

Aneuploidy) han permitido que los centros de fertilidad puedan transferir embriones únicos genéticamente normales, logrando excelentes tasas de embarazo y reduciendo las tasas de aborto espontáneo¹², sobretodo en aquellas mujeres mayores de 40 años, donde el 10% de sus gametos son anormales, con el consecuente fallo reproductivo que conlleva realizar un tratamiento en este grupo de edad.

Los avances científicos con respecto al estudio genético, farmacológico, reserva ovárica, medios de cultivo, vitrificación de gametos y embriones cada vez han logrado un mayor éxito en los tratamiento reproductivos. Sin embargo, el factor de implantación continúa siendo parte trascendental en los resultados reproductivos.

El estudio del factor endometrial desde el ultrasonido, histerosonografía, histerosalpingografía, histeroscopia, microbiota (EMA) y receptividad endometrial (ERA), tienen un valor fundamental en el pronóstico y éxito de todo tratamiento. Dada la baja sensibilidad (77.4%) y especificidad de (80.2%)¹³ de la histerosalpingografía, en nuestro Centro Reproductivo, hemos implementado de manera rutinaria la práctica de histerosonografía e histeroscopia en todas nuestras pacientes.

La histerosonografía consiste en la evaluación por ultrasonido del endometrio mediante infusión, a través del canal endocervical, de medios líquidos en el útero como solución salina, lo que mejora la visualización del mismo. Su utilidad en la práctica médica data de 1981 cuando fue descrita por Nannini y Colaboradores, quienes inicialmente usaron ecografía pélvica por vía abdominal en pacientes para estudio de infertilidad y desde 1990 se utiliza ecografía por vía transvaginal. Randolph y Colaboradores en 1986, utilizaron solución salina para distensión de la cavidad uterina en mujeres anestesiadas que iban a ser sometidas a laparoscopia o histeroscopia⁸.

El uso de histeroscopia data de 1869 por Pantaleoni quien, utilizando un cistoscopio desarrollado por Desormeaux, diagnosticó y trató un pólipo endometrial en una paciente de 60 años que presentaba sangrado uterino anormal. En el siglo XX se desarrolló la histeroscopia con medios de distensión, utilizando por primera vez el dióxido de carbono en 1925. La histeroscopia en el consultorio se introdujo en la práctica clínica a principios de la década de 1980, con la mejora de las opciones de medios de distensión y las técnicas operatorias⁹. Hoy en día, la histeroscopia es la técnica de elección para el tratamiento de patología intrauterina es indolora, ambulatoria y puede ser terapéutica al mismo tiempo, requiere pocos minutos para realizarla (aproximadamente 6 minutos) y es muy segura. Además, es un estudio con una especificidad del 83% y una sensibilidad del 95.7%¹⁰.

Tipo de Estudio

Análisis Descriptivo, Nivel de evidencia III. Se utilizarán tablas en excel, gráficas para exponer los resultados, así como análisis porcentual de los mismos.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo con la información existente en la base de datos de la Clínica Más Fértil en la Ciudad de Morelia, Michoacán; tomando como universo las pacientes infértiles que acudieron para su estudio y tratamiento, realizando histeroscopia

como estudio inicial entre el periodo 2008 y 2021. Todas las pacientes dieron su consentimiento informado para dicho procedimiento.

Se excluyeron las pacientes con sangrado activo, enfermedad pélvica inflamatoria, cervicovaginitis aguda o sospecha de embarazo. Se prescribió a la pareja azitromicina profiláctica (1 g dosis única) y se programó el procedimiento, sin exceder tres meses de haber iniciado el tratamiento. No hubo predilección por alguna fase del ciclo.

Se utilizó un histeroscopio rígido, de flujo continuo, óptica tipo Hopkins II con visión foro oblicua de 30°, vaina exterior Bettocchi de 5mm de fibra óptica. Como medio de distensión se utilizó solución fisiológica administrada con infusor clear-cuff a presión de 100 mmHg con volumen de 150 ml por minuto, con técnica de acceso por vaginoscopia con previa asepsia de la región vulvovaginal. La histeroscopia se realiza bajo sedación consciente con monitoreo de signos vitales y saturación de oxígeno, siempre bajo vigilancia de un anestesiólogo, se administró ketorolaco 30 mg IV, así como butilhioscina 20 mg IV posterior al procedimiento.

El procedimiento se inicia con una exploración ecográfica endovaginal para valorar hueco pélvico y verificar la presencia previa de líquido en fondo de saco, posteriormente se coloca espejo vaginal, se realiza asepsia, se introduce una cánula de inseminación, se retira espejo vaginal y se realiza histerosonografía con ecografía endovaginal, donde se evalúa cavidad uterina, fondo uterino, así como permeabilidad tubaria en tiempo real. A continuación se realiza histeroscopia, se localiza el orificio cervical externo pasando a través del canal endocervical hasta el orificio cervical interno para ingresar a la cavidad uterina y valorar cara anterior, cara posterior, recesos cornuales y ostium tubáricos. Las biopsias de endometrio se realizaron en función de los síntomas o por hallazgos histeroscópicos anormales con cánula de Pipelle, o bien bajo visión directa con pinza Grasper y se envían para su análisis histopatológico. En las pacientes con patología intracavitaria se realizó el procedimiento quirúrgico para su tratamiento definitivo. De igual manera si en la histerosonografía se observaba oclusión tubaria, se realizó exploración de ambos ostiums y se ferulizaron con tijera con el fin de liberar la obstrucción. La duración promedio de los procedimientos fue de 6 minutos, con un mínimo de 4 minutos y un máximo de 10 minutos.

Al final del procedimiento se realiza ecografía endovaginal y se verifica la presencia o ausencia de líquido en fondos de saco, con el fin de tener una sensibilidad más alta al evaluar la permeabilidad tubaria bilateral.

Resultados

Durante el periodo de estudio 2008 – 2021 se efectuaron 2,704 histeroscopías en pacientes infértiles 2,157 (79.8%) con diagnóstico de Infertilidad Primaria y 547 (20.2%) con Infertilidad Secundaria. El procedimiento se clasificó como normal en 1,365 (50.5%) pacientes, mientras que en 1,339 (49.5%) se encontró algún hallazgo patológico durante el procedimiento.

En la Infertilidad Primaria encontramos un estudio normal en 1,025 (47.5%) pacientes, y un hallazgo patológico en 1,132 (52.5%), en comparación a la Infertilidad Secundaria donde en 340 (62.2%) pacientes fue normal, y en 207 (37.8%) presentó alguna patología. Figura 1.

Los padecimientos endometriales encontrados en algunas pacientes fueron de 2 ó más hallazgos, los más relevantes fueron: endometrio tipo polipoide (engrosamiento endometrial) en 405 pacientes (27.1%), pólipo endometrial en 329 pacientes (22%), Síndrome de Asherman

en 306 pacientes (20.4%), útero arcuato en 245 pacientes (16.4%), tabique uterino en 98 pacientes (6.5%), mioma submucoso en 59 pacientes (3.9%), endometritis en 45 pacientes (3%), otras anomalías antimüllerianas en 10 pacientes (0.7%).

Las patologías encontradas de mayor a menor incidencia en Infertilidad Primaria fueron las siguientes: endometrio polipoide 346 (27.2%), pólipo endometrial 282 (22.2%), Síndrome de Asherman 229 (18%), útero arcuato 227 (17.9%), tabique uterino 89 (7%), mioma submucoso 46 (3.6%), endometritis 41 (3.1%), otras anomalías antimüllerianas 10 (1%). Cuadro 1. Mientras que en Infertilidad Secundaria pudimos observar, de mayor a menor incidencia: Síndrome de Asherman 77 (34%), endometrio polipoide 59 (25.9%), pólipo endometrial 47 (20.7%), útero arcuato 18 (8%), mioma submucoso 13 (5.7%), tabique uterino 9 (4%), endometritis 4 (1.7%). Cuadro 2.

Durante la evaluación de la permeabilidad tubárica, encontramos 2,327 pacientes (86.05%) con permeabilidad tubárica positiva al concluir el estudio, ya fuera uni o bilateral y en 377, pacientes (13.95%) la permeabilidad tubárica fue negativa.

De 2,157 pacientes con Infertilidad Primaria, 1,930 (89.5%) presentaron permeabilidad tubárica positiva al final del estudio y 227 (10.5%) oclusión tubaria bilateral. De 547 pacientes con infertilidad secundaria, 397 (72.6%) tuvieron permeabilidad tubaria y 150 (27.4%) oclusión tubaria bilateral (cuadro 2); de estas últimas 101 (67.3%) pacientes, eran portadoras de salpingoclasia.

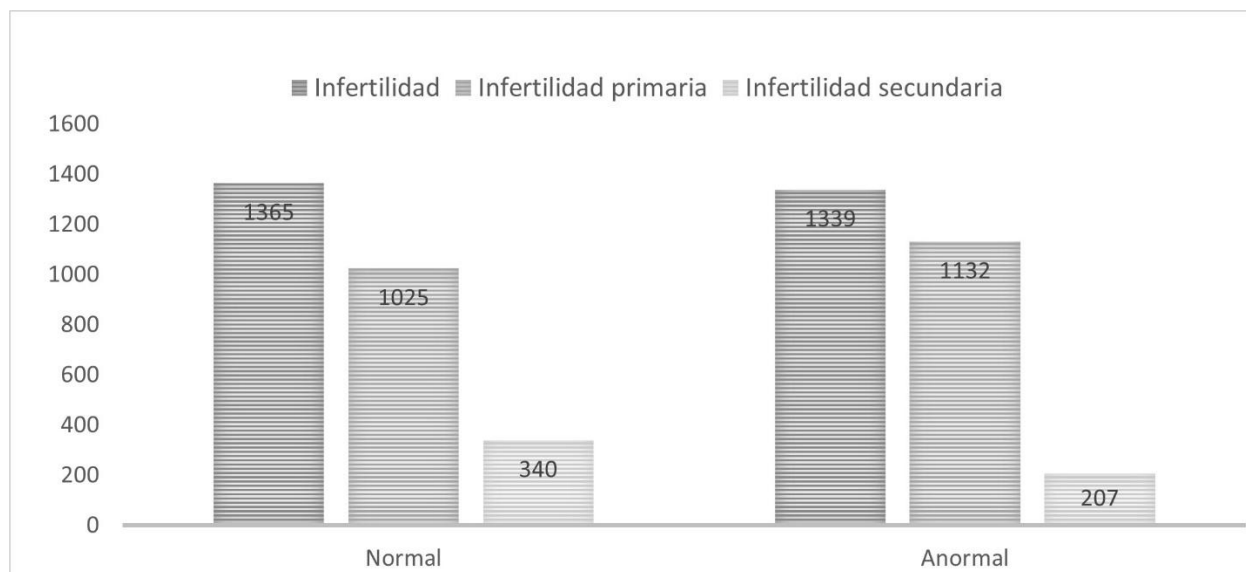
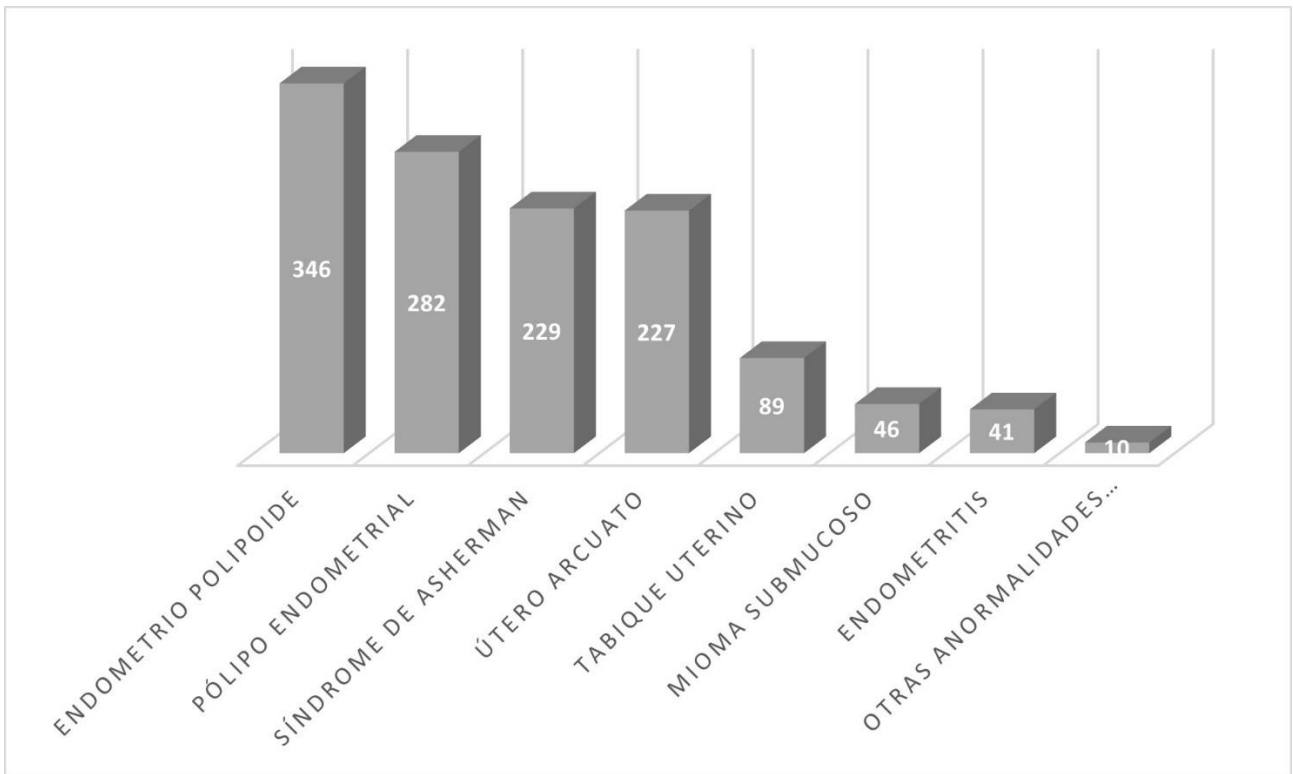
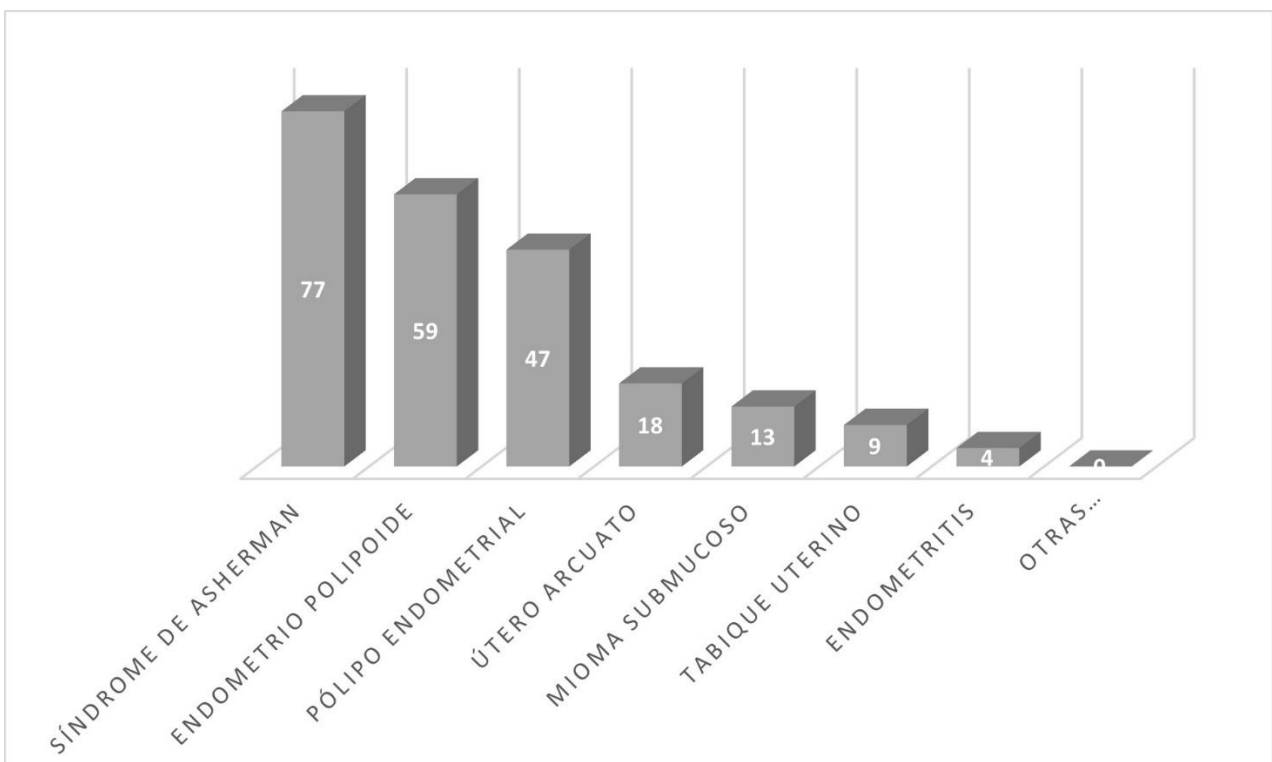


Figura 1. Hallazgos Histeroscópicos en pacientes con Infertilidad primaria y secundaria



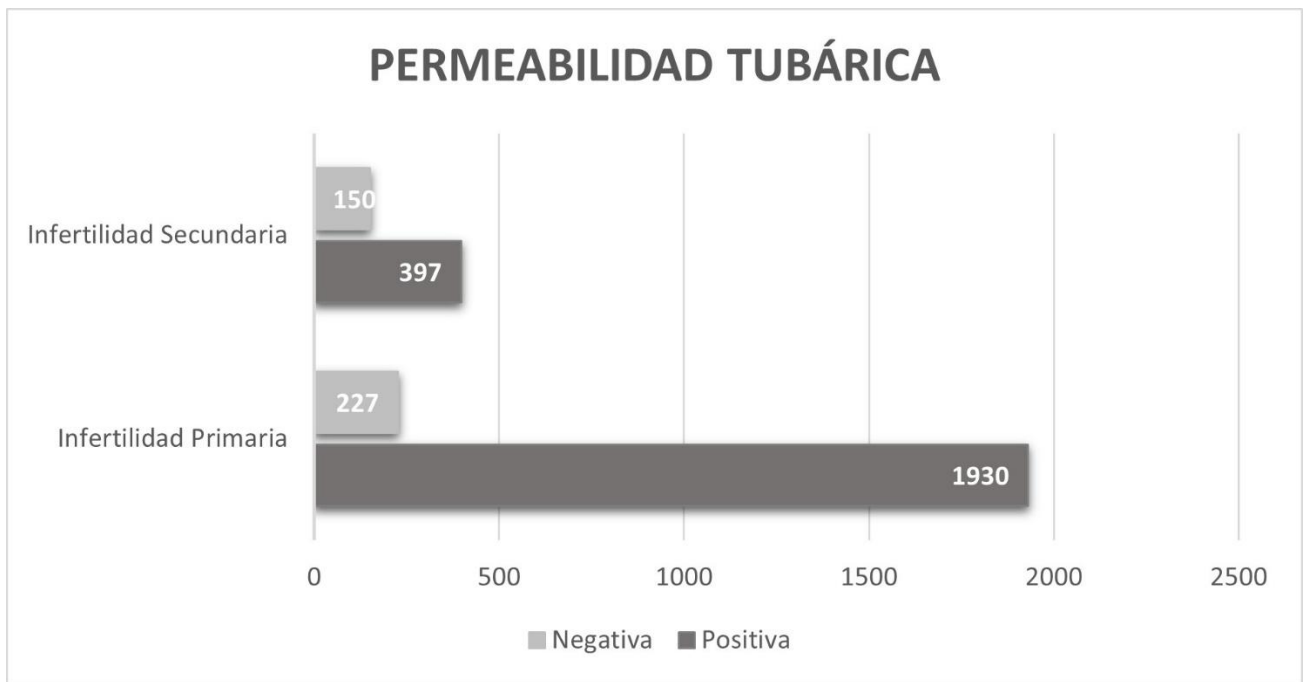
Cuadro 1. Patologías encontradas en infertilidad primaria durante histeroscopia diagnóstica.

Histeroscopias anormales. N=1270



Cuadro 2. Patologías encontradas en infertilidad secundaria durante histeroscopia diagnóstica.

Histeroscopias anormales. N=227



Cuadro 3. Permeabilidad tubárica positiva o negativa de acuerdo a tipo de Infertilidad.

Discusión

La etiología del fallo de implantación recurrente puede atribuirse a factores embrionarios o uterinos. Se ha descrito la existencia de patología intrauterina hasta en el 25% de las mujeres infértiles que se someten a un tratamiento de fecundación in vitro y hasta el 50% de las mujeres con fallos de implantación recurrentes, lo que lleva a sugerir que la corrección de dicha patología podría mejorar el resultado del tratamiento desde la primera fase de diagnóstico^{6,7}.

Nuestro estudio reportó que el 49.5% de las pacientes tuvo alguna patología. Definimos como anomalías uterinas adquiridas aquellas que se desarrollan a lo largo de la vida de la mujer, dónde situamos al endometrio polipoide, pólipos endocervicales e intrauterinos, miomatosis uterina y adherencias uterinas. Las alteraciones que encontramos con mayor frecuencia en la mujer infértil en nuestro estudio fueron: endometrio polipoide, pólipo endometrial y Síndrome de Asherman.

Con respecto a la patología tubaria, la obstrucción proximal de las trompas de Falopio, ocupa el primer lugar, ya que está presente entre 25 y 30% de los casos¹⁴, siendo importante el uso de histerosonografía de rutina, para la verificación de permeabilidad tubaria, cuando no es favorable, el uso de la histeroscopia nos permite la observación y corrección de la obstrucción. Al término de nuestro estudio encontramos que 2,337 pacientes presentaron permeabilidad tubárica, ya fuera unilateral o bilateral, mientras que en 377 pacientes no fue posible la permeabilidad por factores secundarios.

Dado el alto índice de patología endometrial y tubaria, en este Centro de Reproducción se realiza Histerosonografía e Histeroscopia como parte del protocolo de estudio inicial de la pareja infértil; esto conlleva a un pronóstico de tratamiento óptimo tanto en procedimientos de Baja y Alta complejidad, buscando mejorar las tasas de implantación y disminuyendo sesgos en el abordaje del fallo reproductivo de repetición.

Conclusión

El objetivo de nuestro estudio fue describir la prevalencia de patología intrauterina y tubárica en pacientes con Infertilidad (Primaria o Secundaria), mediante la realización de histeroscopia e histerosonografía. Los resultados demuestran que son estudios imprescindibles en la valoración de la pareja infértil, puesto que el 49.5% de las pacientes presentan algún tipo de patología endometrial. Previo a la realización de un tratamiento, estos estudios permiten el diagnóstico y tratamiento oportuno de patología uterina y/o tubaria, siendo innecesaria la implementación de la histerosalpingografía en las pacientes, un procedimiento con baja sensibilidad, especificidad, incómodo, doloroso y no terapéutico.

La histerosonografía y la histeroscopia son una herramienta diagnóstico terapéutica de primera elección en el estudio y tratamiento de la pareja infértil.

Referencias

1. Mélodie Vander Borgh, Christine Wyns, Fertility and infertility: Definition and epidemiology, *Clinical Biochemistry*, Volume 62, 2018, Pages 2-10.
2. Alanís FJ, Pérez RMA. Histeroscopia en infertilidad. Diagnóstico y tratamiento. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(11):679-84.
3. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2020). Anuario de estadísticas por entidad federativa. México (INEGI).
4. Ramirez Moran, Angel Florencio, Cala Bayeux, Ángela, Fajardo Iglesia, Denia, & Scott Grave de Peralta, Randhol. (2019). Factores causales de infertilidad. *Revista Información Científica*, 98(2), 283-293.
5. Alanís-Fuentes J, Viveros-Gallardo A, Sánchez- Hernández H. Hallazgos histeroscópicos en pacientes con diagnóstico de infertilidad primaria, experiencia de 12 años en un hospital general. *Ginecol Obstet Mex*. 2016 dic;84(12):743-749.
6. El-Toukhy, T, Campo, R, Khalaf, Y, Tabanelli, C, Gianaroli, L, Gordts, S, Gordts, S, Mestdagh, G, Mardesic, T, Voboril, J, Marchino, GL, Benedetto, C, Al-Shawaf, T, Sabatini, L, Seed, PT, Gergolet, M, Grimbizis, G, Harb, H & Coomarasamy, A 2016, 'Hysteroscopy in recurrent in-vitro fertilisation failure (TROPHY): a multicentre, randomised controlled trial', *The Lancet*, vol. 387, no. 10038, pp. 2614-2621.
7. Cenksoy P, Ficioglu C, Yildirim G, Yesiladali Hysteroscopic findings in women with recurrent IVF failures and the effect of correction of hysteroscopic findings on subsequent pregnancy rates. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 287 (2): 357–60.
8. Hilario, Roly, Dueñas, Julio, & De los Santos, Rita. (2015). Resultados histerosonográficos en pacientes con infertilidad. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(1), 15-20.
9. Moore JF, Carugno J. Hysteroscopy. 2021 Dec 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–.
10. Yela DA, Hidalgo SR, Pereira KC, Gabiatti JR, Monteiro IM. Comparação do ultra-som transvaginal e da histeroscopia ambulatorial no diagnóstico das doenças intra-uterinas

[Comparative study of transvaginal sonography and outpatient hysteroscopy for the detection of intrauterine diseases]. *Acta Med Port.* 2011 Dec;24 Suppl 2:65-70. Portuguese. Epub 2011 Dec 31.

11. Moolhuijsen LME, Visser JA. Anti-Müllerian Hormone and Ovarian Reserve: Update on Assessing Ovarian Function. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020 Nov 1;105(11):3361–73. doi: 10.1210/clinem/dgaa513. PMID: 32770239.
12. Palmerola, K. L., Vitez, S. F., Amrane, S., Fischer, C. P., & Forman, E. J. (2019). Minimizing mosaicism: assessing the impact of fertilization method on rate of mosaicism after next-generation sequencing (NGS) preimplantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A). *Journal of assisted reproduction and genetics*, 36(1), 153–157.
13. De la Jara-Díaz JF, Reyes-Muñoz E. Valor diagnóstico de la histerosalpingografía vs laparoscopia para evaluar el factor tubario en pacientes con infertilidad. *Rev Med Reprod* 2010;2(4):106-111.
14. Chua SJ, Akande VA, Mol BW. Surgery for tubal infertility. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 23;1(1):CD006415. doi: 10.1002/14651858.CD006415.

-
1. Director General MásFértil Morelia. Médico Ginecoobstetra, Biología de la Reproducción. Tel: 443 324 6600
 2. Médico Adscrito MásFértil Morelia. Tel: 4436987871
 3. Médico Adscrito MásFértil Morelia, Ginecoobstetra (+2021).

Prevalencia de la Depresión Postparto en Hospitales de San Juan en 2024: Identificando factores obstétricos y psicosociales asociados

Autores:

Saldivar Daniela¹; Failla, María Paula¹; Vera, María Agustina²

Palabras clave: Depresión postparto; factores de riesgo; hospitales públicos; hospitales privados; salud mental materna.

Resumen

Objetivo

Identificar los factores de riesgo asociados a depresión postparto (DPP) en puérperas atendidas en hospitales públicos y privados de San Juan.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal y analítico (mayo–septiembre 2024). Se incluyeron 307 puérperas del Hospital Dr. Guillermo Rawson (público) y Sanatorio Argentino (privado). Se aplicó cuestionario sociodemográfico y Escala de Edimburgo (EPDS ≥ 10). Se excluyeron analfabetas y fallecimiento neonatal.

Resultados

Presentaron DPP 52/176 puérperas del sector público (29,5%) y 52/103 del privado (50,5%). En este último, la cesárea se asoció con un riesgo seis veces mayor (RR: 6,07; $p < 0,001$). Además, las alteraciones del sueño ($p < 0,001$) y las dificultades en la lactancia ($p = 0,001$) mostraron asociación significativa. La edad materna no se vinculó con DPP. La actividad física fue protectora solo en el ámbito privado.

Conclusión

Se observó mayor prevalencia de DPP en el sector privado, vinculada a factores obstétricos y psicosociales, lo que exige estrategias diferenciadas de prevención e intervención.

Abstract

Objective: To identify risk factors associated with postpartum depression (PPD) in women attending public and private hospitals in San Juan. **Material and methods:** Observational, cross-sectional, analytical study (May–September 2024). A total of 307 postpartum women were included: Hospital Dr. Guillermo Rawson (public) and Sanatorio Argentino (private). Sociodemographic questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS ≥ 10) were applied. Illiterate patients and neonatal deaths were excluded. **Results:** PPD was identified in 52/176 women from the public sector (29.5%) and 52/103 from the private sector (50.5%). In the latter, cesarean delivery increased the risk sixfold (RR: 6.07; $p < 0.001$). Sleep disturbances

($p < 0.001$) and breastfeeding difficulties ($p = 0.001$) were also significantly associated. Maternal age showed no correlation. Physical activity was protective only in the private sector. **Conclusion:** A higher prevalence of PPD was found in the private sector, associated with obstetric and psychosocial factors, underscoring the need for tailored preventive and interventional strategies.

Introducción

La depresión postparto (DPP) constituye una de las complicaciones más frecuentes del puerperio. A nivel mundial afecta entre el 15% y el 20% de las mujeres, mientras que en Argentina alcanza una prevalencia del 29,88%. Se trata de un episodio depresivo no psicótico que puede comenzar en las primeras semanas tras el parto y prolongarse hasta 12 meses (1,2), con consecuencias negativas en la salud materna, el desarrollo infantil y el vínculo madre-hijo(1,2,4) .

A pesar de su relevancia clínica y social, en la provincia de San Juan no existían hasta ahora estudios que evaluaran la prevalencia y los factores asociados a DPP. El objetivo de este trabajo fue identificar los factores de riesgo vinculados al desarrollo de DPP en mujeres atendidas en instituciones públicas y privadas, explorando además variables sociodemográficas, estilo de vida, edad materna, vía de finalización del embarazo, dificultades en lactancia y sueño, así como la influencia de la Ley de Parto Respetado (8).

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico entre mayo y septiembre de 2024. La muestra incluyó 307 puérperas: 176 atendidas en el Hospital Dr. Guillermo Rawson (sector público) y 103 en el Sanatorio Argentino (sector privado), ambas instituciones de la provincia de San Juan. Criterios de inclusión: puérperas con parto ocurrido dentro de los últimos 12 meses, que otorgaron consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes analfabetas o con fallecimiento neonatal. Instrumentos: se aplicó un cuestionario sociodemográfico previamente validado de carácter anónimo y autoadministrado y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (3), considerando puntuaciones ≥ 10 como indicativas de DPP(3,7). Para el análisis estadístico se utilizó el software IBM SPSS Statistics versión 26.0. Se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado, riesgo relativo, odds ratio y se elaboraron gráficos descriptivos. Además, se realizó un análisis de regresión logística multivariada para ajustar por posibles factores confundidores (como paridad, antecedentes depresivos y nivel educativo. Consideraciones éticas: el estudio contó con aprobación del comité de ética institucional y se resguardó la confidencialidad de los datos personales según Ley Nacional N.° 25.326.

Resultados

De las 307 puérperas evaluadas, 104 presentaron puntajes compatibles con DPP. La prevalencia fue de 29,5% (52/176) en el sector público y de 50,5% (52/103) en el privado, con un valor p en la prueba de Chi-cuadrado de **0.00056**, lo que indica que existe una diferencia significativa en las proporciones de personas con y sin depresión entre los centros público y privado.

En el sector privado, la vía de finalización del embarazo por cesárea mostró una asociación significativa con DPP, con un riesgo seis veces mayor respecto del parto vaginal (RR: 6,07;

$p < 0,001$). Asimismo, las alteraciones del sueño ($p < 0,001$) y las dificultades en la lactancia ($p = 0,001$) se asociaron de manera significativa. La edad materna no mostró relación estadística con DPP. La práctica de actividad física se comportó como un factor protector únicamente en el sector privado.

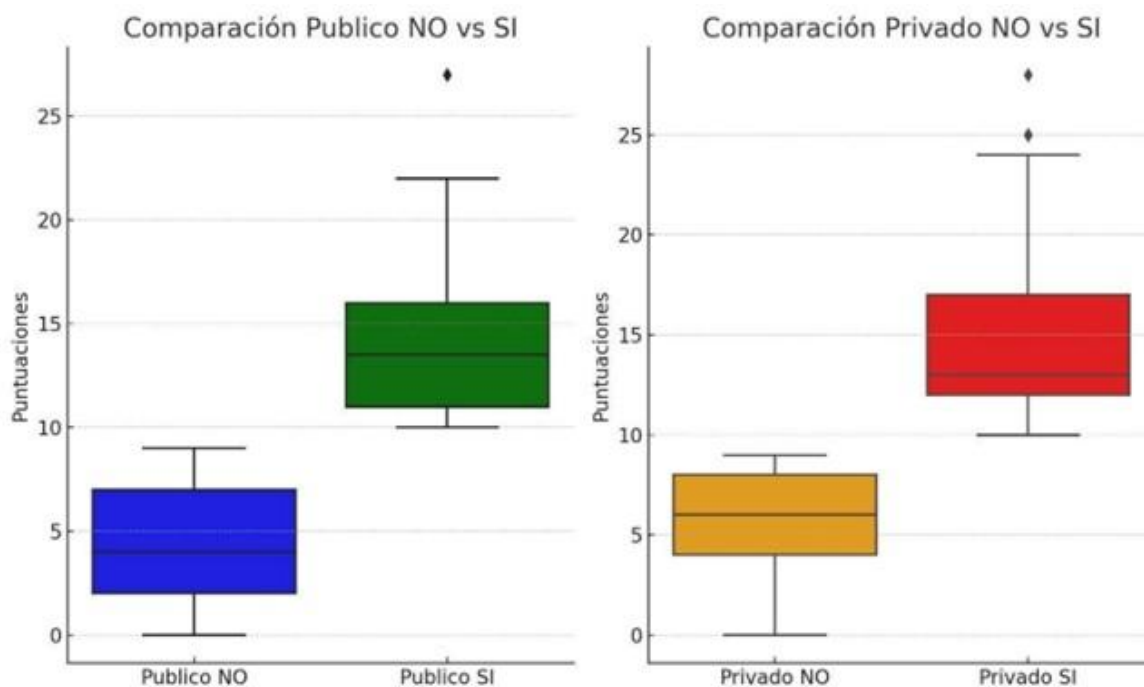


Gráfico 1 boxplots: Ambos gráficos ilustran claramente las diferencias significativas en las puntuaciones entre los grupos de personas con y sin depresión en cada centro.

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a depresión postparto				
Factor analizado	Sector público	Sector privado	Medida de asociación (IC95%)	Valor p
Tipo de nacimiento (cesárea)	RR 1.07 (0.65–1.75)	RR 6.07 (3.1–11.8)	RR, OR	<0.001
	OR 1.13 (0.60–2.12)	OR 5.9 (2.8–12.3)		
Problemas de lactancia	OR 1.1 (0.4–2.8)	OR 3.2 (1.6–6.5)	OR	0.001
Alteraciones del sueño	OR 1.4 (0.7–2.7)	OR 4.5 (2.3–8.9)	OR	<0.001
Actividad física	RR 0.95 (0.6–1.4)	RR 3.54 (1.9–6.6)	RR	<0.001
Edad materna	OR 1.0 (0.9–1.1)	OR 1.0 (0.9–1.1)	-	>0.05
Estado civil/ apoyo social	OR 1.3 (0.7–2.4)	OR 1.4 (0.8–2.5)	-	>0.05

Discusión

Este estudio constituye la primera aproximación a la prevalencia y factores de riesgo de DPP en la provincia de San Juan. La prevalencia hallada en el sector privado fue superior a la registrada en el sector público, lo cual coincide con publicaciones nacionales que señalan variaciones según el ámbito de atención(5,6). Una posible explicación radica en una mayor sensibilización y detección de la salud mental en el sector privado, donde las pacientes y los equipos suelen otorgar mayor relevancia al bienestar emocional.

La cesárea emergió como un factor obstétrico determinante en la aparición de DPP, hallazgo concordante con estudios previos realizados en centros urbanos de Argentina (5,6). Las dificultades en la lactancia y las alteraciones del sueño también se confirmaron como factores de riesgo relevantes, reafirmando la necesidad de abordajes integrales en el puerperio(1,2,4). La edad materna no se asoció de manera significativa, en contraste con algunos reportes internacionales (2), mientras que la actividad física se mostró protectora en el ámbito privado, lo cual abre líneas de investigación futuras.

Las diferencias observadas entre sectores sugieren la necesidad de profundizar en aspectos sociales, culturales y organizacionales, así como en la aplicación efectiva de la Ley de Parto Respetado(8). Entre las limitaciones del estudio se reconocen el diseño transversal, que impide establecer causalidad, y la falta de seguimiento longitudinal, que podría afectar la estimación real de la frecuencia de DPP. No obstante, el empleo de un instrumento validado como la EPDS y la comparación entre dos ámbitos sanitarios fortalecen la validez de los resultados.

Finalmente, los hallazgos destacan la importancia de implementar estrategias de acompañamiento postparto, tales como espacios interdisciplinarios de apoyo y contención emocional, que favorezcan una detección temprana y el abordaje oportuno de la DPP.

Conclusiones

El estudio evidenció una mayor prevalencia de DPP en el sector privado de San Juan, asociada a factores de riesgo como el tipo de nacimiento (cesárea), los problemas de lactancia y las alteraciones del sueño. Destacamos la importancia de implementar estrategias diferenciadas entre ambos sectores, reforzando el screening universal en maternidades, capacitación de equipos, abordaje interdisciplinario, atención en consultorios de psicología y grupos de contención para púerperas. Asimismo, es esencial sectorizar las áreas con mayor prevalencia de DPP para guiar futuras políticas de salud.

Agradecimientos

En primer lugar agradecemos a la Dra. Saldivar Daniela, quien nos guió a lo largo del proyecto. Queremos también expresar nuestro agradecimiento al Dr. Martín Bruno, cuyo conocimiento y orientación fueron claves en la culminación de este trabajo. Al Dr. Lopez, Esteban y el Dr. Savastano, Carlos por guiarnos en la presentación de este trabajo. A las instituciones participantes y al equipo de salud de ambas maternidades por su colaboración en la recolección de datos. Por último, agradecemos también a la Universidad Católica de Cuyo, institución que ha sido un pilar en nuestra formación académica.

Declaración de Conflictos de Interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: El estudio no recibió financiación externa.

Anexo 1 (3)

Escala de EDIMBURGO: https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

Bibliografía

1. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):3-12.
2. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
3. Vivilaki VG, Dafermos V. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health.* 2009;9:329.
4. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de práctica clínica: atención del puerperio. Buenos Aires: MSAL; 2020.
5. Sardá (Maternity Sardá). Estudio sobre depresión postparto en población argentina. *Rev Argent Ginecol Obstet.* 2018;85(3):145-52.
6. Sociedad Argentina de Pediatría. Act Cafiero: Anexo [Internet]. 2024 [citado 2025 Nov 2]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2024/10217_Act_Cafiero_Anexo.pdf
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
8. República Argentina. Ley Nacional N.º 25.929. Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (Parto Humanizado). *Boletín Oficial.* 2004 [citado 2025 Nov 2]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-94014>

-
1. Médica ginecoobstetra del Hospital Dr. Guillermo Rawson y del Sanatorio Argentino. Contacto: dra.saldivarozan@gmail.com
 2. Médicas egresadas de la Universidad Católica de Cuyo de la provincia de San Juan. Contacto: Failla: paulafailla098@gmail.com - Vera: agustinaverao26@gmail.com

Indicaciones de Cesárea durante trabajo de parto en Hospital Materno Neonatal de la Ciudad de Córdoba desde agosto 2022 hasta diciembre del 2023

Autores:

Mattia María Belén¹, Corradi Lucia², Caratti Maria Martha³

Condensación: Se analizaron las indicaciones de cesárea durante trabajo de parto, el período en que se produjeron, así como la prevalencia de cesárea electiva.

Palabras claves: cesárea, trabajo de parto, indicaciones, electiva.

Resumen

Objetivos: conocer las principales indicaciones de cesárea en trabajo de parto, determinar prevalencia de cesárea electiva e identificar las complicaciones maternas.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo. Se incluyeron 237 pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Materno Neonatal de la ciudad de Córdoba, durante agosto de 2022 y diciembre de 2023. Se obtuvieron los datos a partir del parte diario de actividades y de las historias clínicas.

Resultados: la indicación de cesárea que prevaleció fue la de recurso con un 52.7%. Todas predominaron durante la fase activa del trabajo de parto. El diagnóstico más frecuente fue trabajo de parto estacionario con un 26.1%, luego cesárea electiva con un 21.5% y meconio agudo con un 12.2%. Las complicaciones maternas se observaron en un 4.2%, siendo en su mayoría infección de sitio quirúrgico con un 3.3%.

Abstract

Objectives: To determine the main indications for cesarean section in labor, determine the prevalence of elective cesarean section, and identify maternal complications.

Material and methods: A descriptive, cross-sectional, observational, retrospective study was conducted. 237 pregnant patients treated at the Maternal Neonatal Hospital in Córdoba, between August 2022 and December 2023, were included. Data were obtained from daily activity reports and medical records.

Results: The most prevalent indication for cesarean section was recurrent (52.7%). All indications predominated during the active phase of labor. The most frequent diagnosis was stationary labor (26.1%), followed by elective cesarean section (21.5%), and acute meconium (12.2%). Maternal complications were observed in 4.2% of cases, the majority being surgical site infection (3.3%).

Introducción

La cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto y sus anexos ovulares por vía abdominal, a través de una histerotomía¹. Es la cirugía abdominal que se realiza con mayor frecuencia en las mujeres².

En los últimos años se evidencia un incremento en las tasas de cesáreas que se acompaña de aumento en la morbilidad materna debido a un mayor riesgo de placentación patológica, histerectomía periparto, sangrado obstétrico masivo e infecciones de sitio quirúrgico, como endometritis o infección de la herida. Como consecuencia, se afecta la morbilidad o mortalidad neonatal^{3,4 y 5}.

Este ascenso también se ve influenciado por las cesáreas electivas durante el trabajo de parto, aunque no se puede conocer con certeza su magnitud por falta de estudios. Las razones maternas son multifactoriales, dentro de las principales se pueden encontrar miedo al parto vaginal y al dolor, experiencia previa en parto vaginal y preocupación por lesión fetal⁶.

Durante el trabajo de parto, la indicación quirúrgica predomina en la segunda etapa, fase activa del período dilatante, donde se asocia con aumento de complicaciones maternas y fetales ya que la cabeza fetal se encuentra profundamente encajada en la pelvis y el segmento inferior se haya edematizado y adelgazado².

Las indicaciones de cesárea se pueden agrupar en:

- Causas maternas: cesárea electiva, trabajo de parto estacionario, dos o más cesáreas previas, desproporción céfalo-pélvica, fracaso de inducción, patología materna, bishop desfavorable y cirugía previa de cérvix, vagina o vulva.
- Causas fetales: pérdida del bienestar fetal, macrosomía fetal, presentación podálica o situación transversa, actitud deflexionada, malformaciones fetales, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y embarazo múltiple.
- Causas ovulares: desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), placenta previa oclusiva total, procidencia de cordón umbilical, acretismo placentario y alteraciones del líquido amniótico (polihidramnios u oligoamnios)¹.

Las tasas más altas de cesáreas se registraron en América Latina y el Caribe con un 42%, seguida de América del Norte con 32%, Oceanía un 31%, Europa con un valor de 25%, Asia en 19% y África en último lugar con una cifra de 7%³.

De acuerdo a un estudio que analizó cinco países de América Latina, se encontró la mayor tasa de cesáreas en Brasil con un 59.4%. Le sigue México con un 48.9%, en tercer lugar Guatemala con un 45.4%. Perú ocupa el cuarto lugar con un 40.6%, y por último se observa Colombia con un 40.1%⁷.

En Argentina, según el Sistema Informático Perinatal para la Gestión, durante el año 2023, la tasa nacional de cesáreas fue del 44.8%. Catamarca con un porcentaje de 66.8 se encuentra en primer lugar, le sigue Tucumán con un 58.9%, mientras que Chaco tuvo la menor tasa con un 32.0%. Córdoba ocupa el sexto lugar con 53.5%⁸.

El objetivo de este estudio fue investigar las principales indicaciones de cesárea durante el trabajo de parto activo y su relación con las complicaciones maternas más frecuentes.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo, en pacientes atendidas en Hospital Materno Neonatal “Ministro Doctor Ramón Carrillo” mediante los datos obtenidos a partir del parte diario de actividades y de las historias clínicas visualizadas en echOS, durante el período comprendido entre el 1 de Agosto de 2022 y 31 de Diciembre de 2023.

Criterios de inclusión:

Gestantes que finalizaron su embarazo por cesárea durante trabajo de parto en el Hospital Materno Neonatal “Ministro Doctor Ramón Carrillo”, con gestación mayor a 24 semanas y peso fetal mayor a 500 gramos, durante el período comprendido entre el 1 de Agosto de 2022 y 31 de Diciembre de 2023.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con historia clínica incompleta que no permitiera recabar los datos necesarios.
- Indicación absoluta de cesárea.
- Embarazos múltiples.
- Presentación podálica.
- Inducción de trabajo de parto.

Variables:

- **Edad:** tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.
 - Igual o menor a 19 años.
 - Entre 20 y 34 años.
 - Igual o mayor a 35 años⁹.
- **Paridad:** número de partos previos al ingresar en trabajo de parto, descartando abortos previos.
 - Nulípara: sin parto previo.
 - Multípara: con al menos un parto previo, sin importar la vía de finalización¹⁰.

• **Indicación de cesárea:**

- Cesárea de recurso: aquella que se realiza durante el curso del parto, debido a indicación materna, fetal o mixta. No hay riesgo inminente para el feto o la madre.
- Cesárea electiva: aquella solicitada por la paciente sin justificación médica materna, fetal u ovular que la respalde.
- Cesárea urgente: se realiza como consecuencia de una patología materna o fetal, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal.
- Cesárea emergente: situaciones en las que existe un riesgo vital para la madre y/o feto¹¹.

• **Comorbilidades de la paciente:**

- Ninguna
- Diabetes Mellitus pregestacional o gestacional¹².
- Trastornos hipertensivos del embarazo (hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión crónica, preeclampsia sobreimpuesta a HTA crónica, eclampsia, HELLP)¹³.
- Sobrepeso u obesidad¹⁴.
- Anemia (leve, moderada y grave)¹⁵.

• **Fases del trabajo de parto:**

- Fase activa del período dilatante: contracciones uterinas dolorosas con borramiento y dilatación del cuello uterino mayor a 5 centímetros¹⁶.
- Período expulsivo: momento en que se produce el parto del feto⁹.

• **Complicaciones maternas:**

- Atonía uterina.
- Lesión vesical.
- Infección de sitio quirúrgico¹⁷.

Plan de análisis de datos:

Los datos se analizarán a través del software estadístico Infostat. Las variables cuantitativas se describirán según medidas de tendencia central y dispersión; y las variables cualitativas como proporciones.

Resultados

El total de cesáreas realizadas en el Hospital Materno Neonatal durante el período comprendido entre Agosto 2022 y Diciembre de 2023 fue de 2303, correspondiendo a un 50,71% de los nacimientos. Se incluyeron un total de 278 pacientes que finalizaron su embarazo por cesárea durante el trabajo de parto (12,0%) de las cuáles se excluyeron 41 pacientes por historia clínica incompleta (n: 237).

Tabla 1. Características basales de las pacientes con indicación de cesárea durante el trabajo de parto desde Agosto de 2022 a Diciembre de 2023 en el Hospital Materno Neonatal “Dr Ramón Carrillo” de Córdoba (n: 237).

CARACTERÍSTICAS BASALES	TOTAL (n=237)
EDAD, M (RIC)	24 (16-42)
<19, n (%)	40 (16,88)
20-34, n (%)	174 (73,42)
>35, n (%)	23 (9,70)
PARIDAD (n: 237)	
Nulípara, n (%)	149 (62,87)
Múltipara, n (%)	88 (37,13)
COMORBILIDADES (n:237)	
Ninguna, n (%)	179 (75,53)
Diabetes, n (%)	12 (5,06)
Hipertensión gestacional, n (%)	3 (1,27)
Preeclampsia, n (%)	1 (0,42)
Sobrepeso u obesidad, n (%)	3 (1,27)
Anemia, n (%)	30 (12,66)
HIE + Anemia, n (%)	4 (1,69)
PE + Anemia, n (%)	1 (0,42)
DBT + Anemia, n (%)	1 (0,42)
DBT + Obesidad, n (%)	1 (0,42)
HIE + Obesidad, n (%)	1 (0,42)
FASE DE TRABAJO DE PARTO (n:237)	
Activa, n (%)	210 (88,60)
Expulsivo, n (%)	27 (11,39)
INDICACION DE CESAREA (n:237)	
De recurso, n (%)	125 (52,74)
Electiva, n (%)	51 (21,52)
Urgente, n (%)	34 (14,35)
Emergente, n (%)	27 (11,39)
DIAGNÓSTICO (n:237)	
Cesárea electiva, n (%)	51 (21,52)
TDP estacionario, n (%)	62 (26,16)

Falta de rotación y descenso, n (%)	17 (7,17)
Desproporción fetopélvica, n (%)	22 (9,28)
Meconio agudo, n (%)	29 (12,24)
Bradycardia fetal, n (%)	24 (10,13)
Polisistolia, n (%)	1 (0,42)
Polihidramnios, n (%)	2 (0,84)
DPPNI, n (%)	1 (0,42)
Doppler alterado / Pérdida de bienestar, n (%)	1 (0,42)
Forceps fallido, n (%)	1 (0,42)
Taquicardia fetal, n (%)	2 (0,84)
Procidencia de cordón, n (%)	2 (0,84)
Displasia de cadera, n (%)	1 (0,42)
Gastrosquisis, n (%)	1 (0,42)
COMPLICACIONES MATERNAS (n:237)	
Ninguna, n (%)	227 (95,78)
Atonía uterina, n (%)	2 (0,84)
Infección de sitio quirúrgico, n (%)	8 (3,38)
Lesión vesical, n (%)	0 (0,00)

La mediana de edad fue de 24 años, con un rango entre 16 y 42 años. Un 73.42% se encontró comprendido en el grupo de 20 a 34 años.

En cuanto a la paridad, el mayor porcentaje se observó en las nulíparas con un 62.87% (n: 149).

La indicación de cesárea que prevaleció fue la de recurso con un 52.74% (n: 125), en segundo lugar cesárea electiva con un 21.52% (n: 51); cesárea urgente se ubicó en tercer lugar con un 14.35% (n: 34). Todas las indicaciones predominaron durante la fase activa del trabajo de parto.

En cuanto a la fase de trabajo de parto expulsivo, no se observaron indicaciones de cesárea urgente. Se relacionó en su mayoría con la indicación de recurso, en un 66.66% (n: 18).

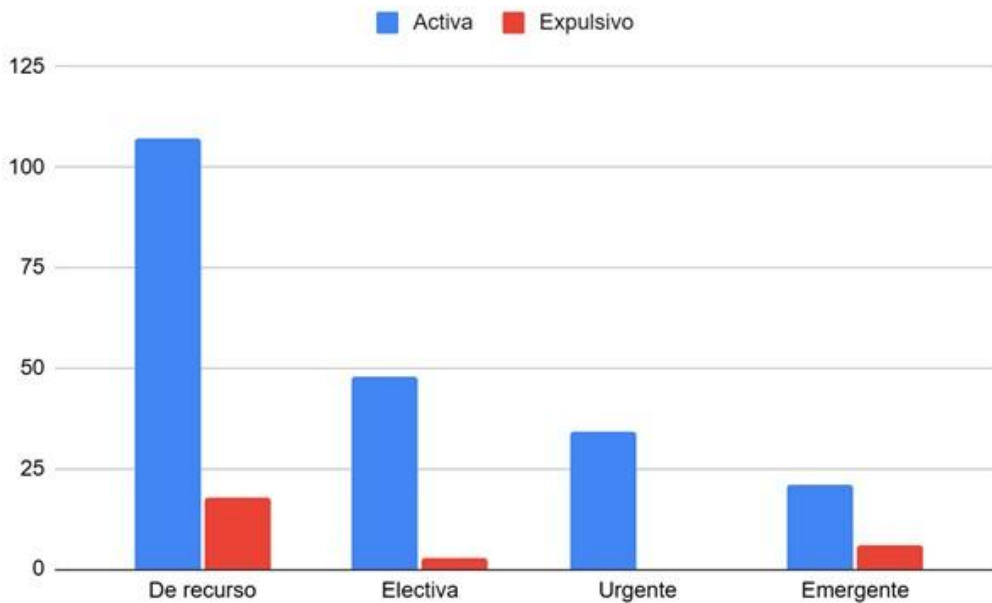


Figura 1. Relación entre indicación de cesárea y fase de trabajo de parto, desde Agosto de 2022 a Diciembre de 2023 en el Hospital Materno Neonatal “Dr Ramón Carrillo” de Córdoba (n: 237).

Dentro de los diagnósticos encontrados, el más frecuente fue trabajo de parto estacionario con un 26.16% (n: 62), en segundo lugar cesárea electiva con un 21.51% (n: 51), continúa meconio agudo con un 12.23% (n: 29), y le sigue en cuarto lugar bradicardia fetal con un 10.12% (n: 24).

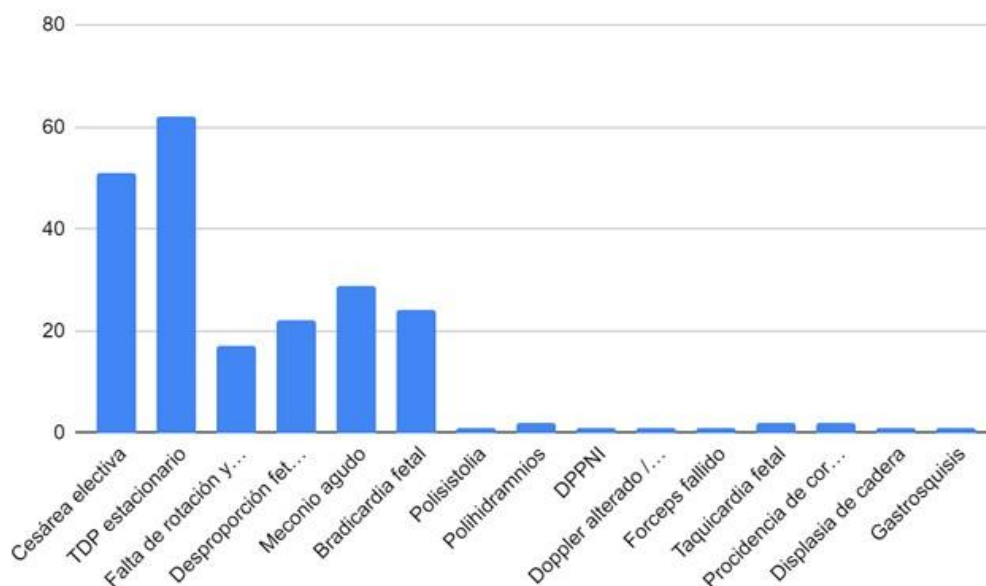


Figura 2. Diagnósticos de cesáreas durante trabajo de parto, desde Agosto de 2022 a Diciembre de 2023 en el Hospital Materno Neonatal “Dr Ramón Carrillo” de Córdoba (n: 237).

En cuanto a las comorbilidades, la gran mayoría no presentaba ninguna, con un porcentaje de 75.53 % (n: 179). Dentro del 24.47% (n: 58) de pacientes que tenían comorbilidades, la que

prevalció fue anemia en un 12.66 % (n: 30), seguida de diabetes con un 5.06 % (n: 12). Un número reducido de pacientes (n: 8) tenía asociación de dos comorbilidades, y entre ellas predominó hipertensión inducida por el embarazo y anemia en un total de 4 pacientes. No se observó relación entre las diferentes comorbilidades y las indicaciones de cesárea durante el trabajo de parto.

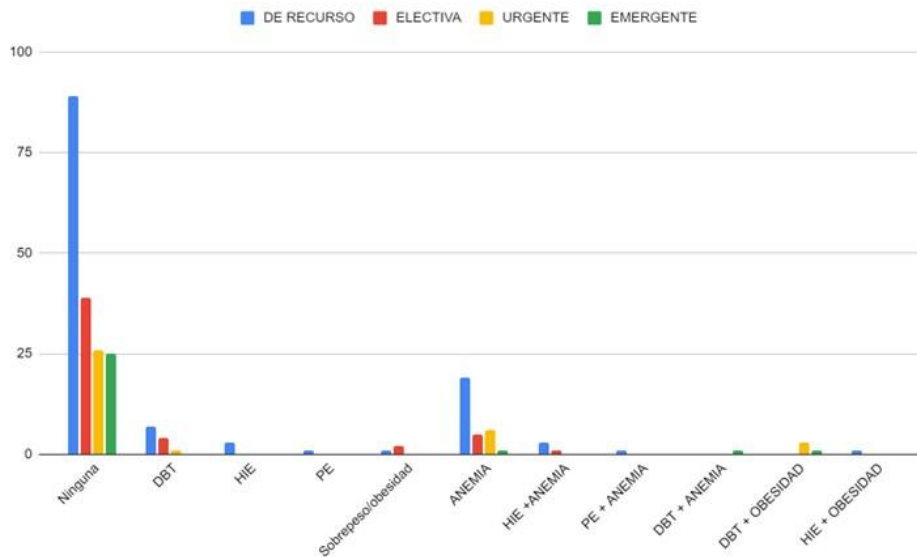


Figura 3. Relación entre comorbilidad e indicación de cesárea, desde Agosto de 2022 a Diciembre de 2023 en el Hospital Materno Neonatal “Dr Ramón Carrillo” de Córdoba (n: 237).

Otro punto a evaluar, son las complicaciones maternas, que sólo se encontraron en un 4.22% (n: 10), teniendo en primer lugar la infección de sitio quirúrgico con un 3.38% (n: 8), y luego atonía uterina en un 0.84% (n: 2). No se evidenció lesión vesical dentro de las complicaciones maternas.



Figura 4. Complicaciones maternas, desde Agosto de 2022 a Diciembre de 2023 en el Hospital Materno Neonatal “Dr Ramón Carrillo” de Córdoba (n: 237).

Discusión

La tasa general de cesáreas observada en nuestro país según el Sistema Informático Perinatal durante el año 2023 es del 44,8%, encontrando valores superiores en la provincia de Córdoba, con un 53,5%, similar a nuestra institución donde se obtuvo un 50,7%⁸.

Según el estudio de Gallo y cols. un 37% fue el valor hallado de cesárea en trabajo de parto, lo que difiere a lo encontrado en nuestro estudio, con un valor del 12%¹.

Se encontraron similitudes en la mediana de edad entre el estudio de Hussein Al et al y nuestras pacientes, con un valor de 26,7 y 24 años respectivamente¹⁸.

En cuanto a la paridad, se observó un predominio de cesáreas en las nulíparas con un 62,8%, valor que condice con lo reportado por Kujabi ML y cols, con 60,9%¹⁹.

En nuestro trabajo, la indicación de cesárea que primó fue la de recurso en un 52,7%, seguida de electiva con un 21,5%. Esto difiere de lo reportado por Hussein Al et al donde prevaleció la indicación de emergencia con un valor de 59,2% y luego cesárea electiva en un 40,8%. En nuestra institución, la cesárea electiva por la paciente se programa durante los controles obstétricos por lo que en su gran mayoría no inician el trabajo de parto, circunstancia que puede influir en la diferencia observada entre los porcentajes¹⁸.

A su vez, en dicho estudio, documentaron cesárea previa y sufrimiento fetal como las principales indicaciones de cesárea (22,3% y 22,1%), respectivamente. En discordancia con lo encontrado en nuestra institución que fue trabajo de parto estacionario con un 26,1% y cesárea electiva en segundo lugar con 21,5%¹⁸.

Respecto a las comorbilidades halladas en este trabajo, el 24,4% de las pacientes tenía consignada alguna, prevaleciendo anemia en un 12,6% y luego diabetes con un 5,0%. En el estudio de Ashraf F y cols el valor fue muy inferior, con un 5,1%, entre ellas anemia, edema y subfertilidad²⁰.

Akhter et al reportaron diversas complicaciones postoperatorias, en un 4% infección de la herida e infecciones del tracto urinario, luego le sigue fiebre puerperal y hemorragia post parto, ambas con 3%. Coincidente con nuestros resultados, teniendo en primer lugar infección del sitio quirúrgico con un 3,3% y posteriormente con un 0,84% atonía uterina²¹.

Cabe destacar el incremento en el número de cesáreas durante los últimos años, influenciado por sus diversas causas, que varían de acuerdo al lugar analizado, como así también las terminologías y/o diagnósticos sobre las indicaciones de finalización que dificultan un análisis más certero. De todas formas, quedan en evidencia tasas superiores al 10-15% de lo recomendado por la OMS en países en desarrollo.

Conclusión

Los hallazgos del estudio mostraron que la indicación de cesárea que prevaleció fue la de recurso, y dentro de ella principalmente el trabajo de parto estacionario. A continuación se encuentra cesárea electiva.

Las complicaciones halladas fueron muy poco frecuentes, pero de todas maneras se debe tener en cuenta su influencia en la morbilidad materna.

Las indicaciones de cesárea en trabajo de parto deberían ser un objetivo de análisis en cada región, por el impacto que genera en cada paciente y en sus posteriores embarazos. Es una oportunidad para dilucidar la correcta indicación médica, como así también las debidas a peticiones maternas y limitar el incremento innecesario. Aún así, se necesitan más datos para evaluar correctamente su incidencia en la población.

Bibliografía

1. Gallo A, Escudero C, Caratti M, Paredes O. Aplicación del modelo de clasificación de Robson en la práctica de la operación cesárea. FASGO.
2. Da Silva Charvalho P, Hansson Bittar M, Vladic Stjernholm Y. Indicaciones para aumentar el parto por cesárea. Salud reproductiva. 2019. 16(1).
3. Gurung P, Malla S, Lama S, Malla A, Singh A. Cesárea durante la segunda etapa del parto en un centro terciario. J Consejo de Responsabilidad Sanitaria de Nepal. 2017. 15(2):178–81.
4. Burke C, Allen R. Complicaciones del parto por cesárea: recomendaciones clínicas para la prevención y el tratamiento. MCN Am J Matern Child Nurs. 2020; 45(2):92–9.
5. Korenč M, Štern K, Verdenik I, Lučovnik M. Clasificación de las cesáreas primarias en el trabajo de parto y su utilidad para el análisis de los datos perinatales eslovenos. Zdr Varst. 2019. 58(2):78–83.
6. Ramasauskaite D, Nassar A, Ubom AE, Nicholson W, el Comité de Hemorragia Posparto y Parto de FIGO. Recomendaciones de buenas prácticas de la FIGO para el parto por cesárea a petición materna: desafíos para el personal médico y las familias. Int J Gynaecol Obstet. 2023 ;163(S2):10–20.
7. Perner MS, Ortigoza A, Trotta A, Yamada G, Braverman Bronstein A, Friche AA, et al. Cesáreas y desigualdades sociales en 305 ciudades de América Latina. SSM Salud Popular. 2022;19(101239):101239.
8. Ministerio de Salud de la Nación. Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) Indicadores básicos sobre la Atención Perinatal. República Argentina.
9. Fescina R, Schwarcz R, Duverges C. Obstetricia. 7ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Ateneo; 2016. Cap 7. 204
10. Organización Panamericana de la Salud. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. Washington, D.C. 2018.
11. Fundación medicina fetal barcelona. Cesárea. Medicinafetalbarcelona.org.
12. Aguilera E, Alcántara G, Mónica M, Orrigo C, Siufi C, Coordinadora. Aguilera, Enrique. Recomendaciones para el manejo de la persona gestante con diabetes gestacional.
13. De P, Nación LA, Cristina D, De F, Ambiente Y, Juan DR, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Gob.ar.
14. Fundación medicina fetal barcelona. Obesidad y cirugía bariátrica. Medicinafetalbarcelona.org.
15. Fundación medicina fetal barcelona. Anemia durante la gestación y puerperio. Medicinafetalbarcelona.org.

16. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario. Quien.int. Organización Mundial de la Salud; 20 de agosto de 2021.
 17. Grabarz A, Ghesquière L, Debarge V, Ramdane N, Delporte V, Bodart S, et al. Complicaciones de la cesárea según grado de urgencia durante el parto. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 ;256:320–5.
 18. Hussein AI, Kurtay S, Omar AA, Yusuf AA, Mohamud RYH. Análisis de la tasa, las indicaciones y la mortalidad materna asociada a las cesáreas en un hospital de tercer nivel, primer informe de Somalia. *Int J Womens Health.* 2023;15:225–33.
 19. Kujabi ML, Housseine N, Kabanda I, Msumi R, Maembe L, Sangalala M, et al. Momento de la cesárea por parto prolongado en zonas urbanas de Tanzania: Una auditoría basada en criterios. *AJOG Glob Rep.* 2024;4(4):100404.
 20. Ashraf F, Sultana J, Ahmed MM, Mannan K, Fatima M, Chowdhury M, et al. Replanteamiento de las indicaciones para la mejora de las cesáreas evitables: Un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. *Health Sci Rep.* 2025;8(6):e70890.
 21. Akhter R, Latif T, Yasmin H, Dhar S, Jahan UR, Komola NS, et al. Indicación y complicación postoperatoria de la cesárea primaria en mujeres multíparas en un hospital de tercer nivel. *Mymensingh Med J.* 2024;33(3):716–23.
-

1. Residencia de Tocoginecología, Unidad formadora Hospital Materno Neonatal - Hospital Rawson. Córdoba.
2. Médica Especialista en Tocoginecología. Instructor docente de Residencia de Tocoginecología en Hospital Materno Neonatal. Córdoba.
3. Jefe del Departamento de Tocoginecología del Hospital Materno Neonatal. Córdoba.

Malformaciones Arteriovenosas Uterinas: serie de casos Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo, Córdoba, Argentina

Autores:

Herrera, Lara Agustina¹; Corradi, Lucía²; Cejas, Ana Belén³; María Martha Caratti⁴; Obdulio Paredes⁴

Resumen

Objetivo

Aportar un registro de casos de MAVs uterinas, los distintos manejos terapéuticos y realizar una breve revisión bibliográfica sobre el tema.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de tres pacientes que consultan por genitorragia post evento obstétrico a los cuales posteriormente se les diagnosticó las MAVs uterinas.

Discusión

Las MAVs uterinas son una causa poco diagnosticada pero relevante de hemorragia post obstétrica, en mujeres en edad fértil. Su detección temprana es esencial, especialmente ante sangrados persistentes tras eventos obstétricos. La angi resonancia es el método diagnóstico y terapéutico, más preciso pero invasivo, mientras que la ecografía Doppler es la más utilizada. El tratamiento debe adaptarse a cada caso, siendo la embolización una opción segura y conservadora. La detección temprana y el enfoque multidisciplinario son clave para evitar complicaciones.

Palabras Claves

Malformaciones arteriovenosas uterinas; hemorragia uterina post obstétrica; embolización selectiva; doppler; angi resonancia.

Abstract

Objective: To provide a record of uterine AVM cases, the various therapeutic approaches, and conduct a brief literature review

Method: A descriptive observational study was conducted on three patients who presented with post-obstetric genitor bleeding. They were subsequently diagnosed with uterine AVMs.

Discussion: Uterine AVMs are an underdiagnosed but significant cause of post-obstetric hemorrhage in women of childbearing age. Early detection is essential, especially in the case of persistent bleeding following obstetric events. Magnetic resonance angiography is the most accurate but invasive diagnostic and therapeutic method, while Doppler ultrasound is the most commonly used. Treatment should be tailored to each case, with embolization being a safe and conservative option. Early detection and a multidisciplinary approach are key to avoiding complications.

Key Words: Uterine arteriovenous malformations; post-obstetric uterine hemorrhage; selective embolization; doppler; angioresonance.

Introducción

Las malformaciones arteriovenosas uterinas (MAV), son un defecto del sistema vascular, caracterizados por una proliferación anómala de vasos de gran calibre.^(1,2) Se produce una conexión directa entre arterias y venas sin la interposición de capilares, lo que genera un aumento anómalo de la red vascular uterina con dilataciones frágiles susceptibles de ruptura.^(2,3) Es una entidad rara; hasta la fecha se han documentado aproximadamente 300 casos en todo el mundo, de los cuales solo cerca del 5 % han sido confirmados mediante estudio histopatológico.⁽¹⁾

Puede ser de causa congénita como adquirida.^(1,2) Las congénitas se originan por una angiogénesis anormal.^(1,2) Estas estructuras tienen paredes delgadas, entrelazadas con los vasos del miometrio, que pueden invadir tejidos cercanos y asociarse a otras anomalías vasculares en el cuerpo.^(4,5,6)

Las adquiridas, son las más frecuentes.⁽⁶⁾ Suelen presentarse posterior a un procedimiento quirúrgico uterino, por la erosión de los vasos: un legrado, cirugías pélvicas, enfermedad trofoblástica, resectoscopia, una cesárea.^(2,3,4)

Se puede manifestar de manera asintomática o como hemorragias acompañadas de síntomas de dolor abdominal o pélvico, hipotensión, anemia y ser resistente al tratamiento hormonal.^(1,2,3) Ésta última, forma parte dentro de las malformaciones no clasificadas, en el acrónimo de PALM COEIN, de FASGO.⁽²⁾ Constituye el 1-2% de las hemorragias genitales e intraperitoneales, y un porcentaje menor de las postparto.^(1,2,7) Afecta, a mujeres en edad reproductiva y en menor proporción, a menopáusicas.^(1,2) Su relevancia radica en la fertilidad futura.^(1,7) El embarazo juega un rol clave en su desarrollo, ya que pueden surgir cuando los senos venosos se incorporan en cicatrices del miometrio tras la necrosis de las vellosidades coriónicas.⁽⁸⁾

Se menciona como diagnóstico diferencial, el hemangioma uterino, y algunas enfermedades trofoblásticas, por sus características similares al Doppler como el flujo turbulento.^(1,2)

Como métodos de diagnóstico, la angiografía es el gold standard, aunque es invasivo.⁽¹⁾ El ultrasonido transvaginal con doppler color, ha ganado popularidad por ser un método menos invasivo, accesible y efectivo para la detección temprana.⁽⁷⁾ Otros son, la histeroscopia, la tomografía computada y la resonancia magnética.⁽²⁾

En el ultrasonido, se observan zonas hipoecoicas o anecoicas, dentro del espesor del miometrio.⁽²⁾ Al Doppler, hipervascularización con flujo turbulento y de alta velocidad.^(1,2,4) La angiografía, permite tanto el diagnóstico como el tratamiento mediante la embolización

selectiva de las arterias dilatadas.^(2,4,5) La resonancia magnética ayuda a evaluar estructuras pélvicas y relaciones anatómicas.⁽⁵⁾

El tratamiento depende del deseo de fertilidad, síntomas, estado clínico, y características de la lesión.⁽³⁾ Incluye opciones como embolización, ligadura de arterias uterinas o histerectomía.^(3,6,9) Tradicionalmente se elegía la histerectomía, pero con la introducción de la embolización arterial, como alternativa menos invasiva, ésta se ha convertido en el tratamiento de elección.^(1,2)

La embolización se prioriza en pacientes con deseo de gestación.^(3,4) Aunque es segura y efectiva, puede requerir sesiones repetidas y conlleva riesgos obstétricos en embarazos futuros, finalización por cesárea, parto pretérmino y hemorragia posparto.^(2,4,9) La histerectomía, es el tratamiento definitivo para pacientes postmenopáusicas, sin deseo genésico, con fallos en embolización o ante inestabilidad hemodinámica.^(2,4-6) Como medida intermedia ante hemorragias agudas, puede utilizarse el taponamiento con sonda Foley. ⁽⁴⁾

A continuación se presentan tres casos clínicos, del Hospital Materno Neonatal Dr Ramón Carrillo, Córdoba Argentina, del 2023 al 2025 con distintos enfoques terapéuticos, a fin de aportar un registro de casos con diagnóstico de MAV uterinas.

Caso Clínico 1

Paciente de 22 años, primigesta primípara, sin patologías previas conocidas, ingresa derivada a nuestra institución, a los 35 días de puerperio alejado de cesárea por podálico, con diagnóstico de hemorragia post parto tardío, de menos de 24 horas de evolución. Al examen físico se constata hipotensión y palidez mucocutánea. Escasa genitorragia que responde a uterotónicos (20 UI de oxitocina). Ecografía transvaginal sin particularidades. Se realizó transfusión de sangre, y se da de alta con hierro vía oral.

A los 15 días reingresa nuevamente derivada, por SUA abundante de menos de 12 horas de evolución más síndrome anémico. En el lugar desde donde se la deriva, se le realizó uterotónicos (metilergonovina y carbetocina, ácido tranexámico), corticoides y 2000 cc de fluidos. Sin respuesta. Ecografía transvaginal con doppler color informa: fina lámina de líquido en el fondo de saco y a nivel de para ovario bilateral, con un espesor endocervical de 8 mm sin doppler. Angioresonancia: imagen compatible con pseudoaneurisma. Se realiza embolización selectiva de arteria uterina derecha debido a impresión diagnóstica de MAVs. Alta con anticonceptivos orales.

A los 20 días reingresa con el mismo diagnóstico. Se la transfunde y se coloca sonda Foley en cavidad uterina, hasta que se realiza embolización de arteria uterina izquierda. Paciente, no presentó nuevo episodio de sangrado.



Imagen 1: Angiorresonancia de abdomen y pelvis con contraste (caso1). Se visualiza ovillo vascular con marcado llenado en fase arterial (A), identificando estructuras vasculares anómalas de ambas arterias hipogástricas (flechas). Fase venosa (B), se observa el drenaje venoso aumentado. Hallazgos que sugieren una MAV uterina.

Caso Clínico 2

Paciente de 22 años multigesta secundípara (G6 IVE 1 PN 1 Ab2 CS1) consulta por síndrome febril asociado a sangrado uterino anormal prolongado de 20 días de evolución post interrupción voluntaria del embarazo medicamentoso de 10 semanas.

Ecografía transvaginal: endometrio de 14.4 mm heterogéneo, con marcado aumento de la vascularización miometrial en pared posterior y región endometrial, sugestivo de endometritis, miometritis, MAVs. Se realiza aspirado manual endouterino, más antibioticoterapia, y se da de alta.

Re ingresa al 5to día, por SUA agudo y abundante de menos de 12 horas más síndrome anémico. Ecografía transvaginal: endometrio de 9 mm, miometrio heterogéneo, con persistencia en pared posterior del útero y a nivel del fondo, pérdida de plano mio-endometrial con hipervascularización al doppler. Se realiza histeroscopia diagnóstica, sin hallazgos.

Al tercer día de internación, nuevo episodio de genitorragia moderada, con respuesta parcial a uterotónicos (carbetocin y misoprostol). La resonancia magnética de pelvis c/cte informa a nivel del sector fúndico posterior, pérdida de la zona de unión, estructuras serpentiginosas que atraviesan el espesor del miometrio, intenso realce al contraste. Se decide embolización de ambas arterias uterinas. La paciente evoluciona asintomática

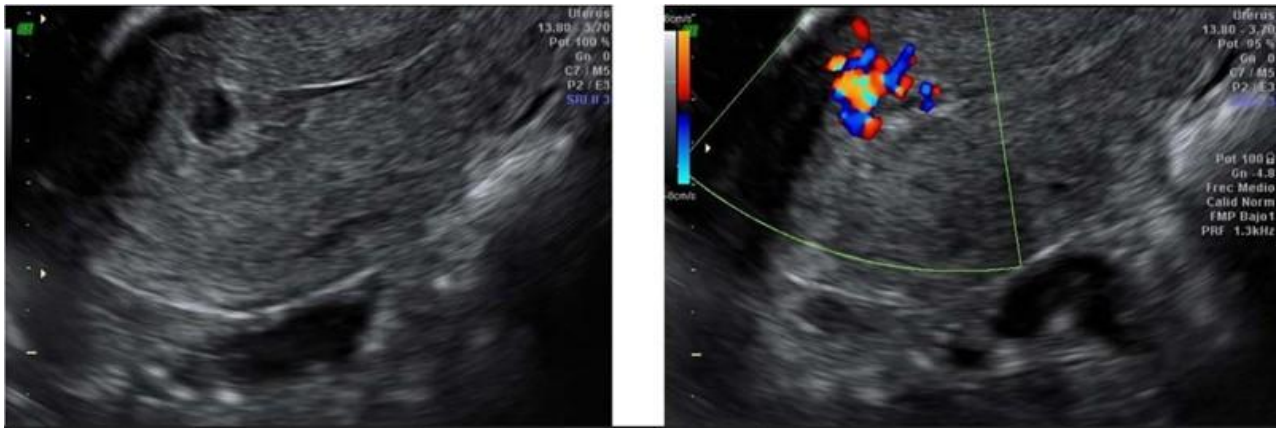


Imagen 2: Ecografía transvaginal, donde se visualiza ovillo vascular con aspecto econegativo en el espesor del miometrio en modo B y con marcada vascularización con el Doppler. Sugestivo de MAV uterina

Caso Clínico 3

Paciente de 37 años, gran multigesta múltipara, G5 PN2 CS3, cursando día 18 de puerperio tardío de cesárea más ligadura tubaria; consulta por sangrado uterino anormal intermitente y abundante de menos de 12 horas de evolución.

Al exámen físico, palidez generalizada, escasa genitorragia. Ecografía transvaginal: colección de 58 x 39 mm en el istmo cervical, posiblemente hematocolpos. Se realiza aspirado uterino junto con uterotónicos. La ecografía de control: miometrio congestivo con aumento de la vascularización y un contenido de 39 x 32 mm en el istmo, que involucra la cavidad endometrial. La resonancia magnética de pelvis con contraste: a nivel del sector lateral izquierdo, área serpiginosa que atraviesa el miometrio con colección hemática en cavidad endometrial y un área de 44 x 29 mm entre la cicatriz de la cesárea y el labio anterior del cuello del útero. La genitorragia se autolimita, y se da de alta con controles.

Conclusión

Las malformaciones arteriovenosas uterinas son una causa importante de hemorragia uterina post obstétrica, subdiagnosticada, que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva. Su diagnóstico y tratamiento oportuno, son clave para la salud reproductiva. Debe sospecharse ante sangrados persistentes o recurrentes sin causa aparente tras eventos obstétricos. La angioresonancia es el estándar para el diagnóstico y tratamiento, al visualizar el vaso anómalo, siendo un método invasivo. La ecografía Doppler es la herramienta de primera línea, que permite diferenciar estas lesiones de otras causas de sangrado uterino. El tratamiento debe individualizarse según la severidad del sangrado, la estabilidad hemodinámica de la paciente y su deseo de fertilidad futura, siendo la embolización selectiva una opción segura y conservadora. Esta serie de casos, destaca la importancia del reconocimiento precoz y el abordaje multidisciplinario para evitar complicaciones graves.

Bibliografía

1. Delgadillo N, Rodríguez A. Malformación arteriovenosa uterina como causa de sangrado posparto, reporte de un caso. *Ginecología y obstetricia de México* 2017 [citado el 21 de junio de 2024]; 85(2):102–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000200102#B7
 2. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 86. Nieto Editores; 2021. Revista científica [Internet] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000300007
 3. Malformación arteriovenosa uterina [Internet]. Centro Médico ABC. ABC Medical Center; 2023. Disponible en: <https://centromedicoabc.com/padecimientos/malformacion-arteriovenosa-uterina/>
 4. *Ginecología y Obstetricia de México* [Internet]. *Ginecología y Obstetricia de México*. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/malformacion-arteriovenosa-uterina-como-causa-de-hemorragia-puerperal-tardia>
 5. py. [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742016000200081
 6. com. Revista electrónica. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2004/05001/postpartum_uterine_arteriovenous_fistula.17.aspx
 7. Usuario S. Malformación Arteriovenosa Uterina: Estrategias Diagnósticas y Terapéuticas [Internet]. FASGO. [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/138-revista-fasgo/n-18-2023/2825-malformacion-arteriovenosa-uterina-estrategias-diagnosticas-y-terapeuticas>
 8. Kelly SM, Belli AM, Campbell S. Arteriovenous malformation of the uterus associated with secondary postpartum hemorrhage. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2003;21(6):602–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.148>
 9. *Ginecología y Obstetricia de México* [Internet]. *Ginecología y Obstetricia de México*. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/malformacion-arteriovenosa-posterior-a-la-retencion-de-productos-de-la-concepcion>
-

1. **Investigador Principal:** Residente de Tocoginecología - Unidad Formadora: Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo - Hospital Rawson; Ministerio de Salud, Córdoba, Argentina.
2. **Tutor:** Médica especialista en tocoginecología. Servicio de Obstetricia y coordinadora de Capacitación y Docencia. Instructor Docente. Hospital Materno Neonatal Dr Ramón Carrillo; Ministerio de Salud, Córdoba, Argentina.
3. Médica especialista en tocoginecología. Jefa de Residentes de Obstetricia de la Unidad Formadora: Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo. Ministerio de Salud, Córdoba, Argentina
4. **Jefe del Servicio:** Especialistas en Tocoginecología. Jefatura Tocoginecología, Hospital Materno Neonatal, Dr. Ramón Carrillo - Ministerio de Salud, Córdoba, Argentina.

Frecuencia de Malformaciones Congénitas en el Hospital de Día de Medicina Materno Fetal del Hospital Público Materno Infantil de Salta. Periodo enero 2023 a diciembre 2024

Autores:

Dra. Finetti Emilia¹, Dra. Argüello Ana Paula², Dra. Paredes Noelia³, Dra. Méndez Macarena⁴, Dr. Campos Emanuel⁵, Dr. Rizzotti Carlos Humberto⁶.

Resumen

Objetivo

Describir las características de las malformaciones congénitas (MC) asistidas prenatalmente en el Hospital de Día Medicina Materno Fetal del Hospital Público Materno Infantil periodo 2023- 2024.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. La población incluyó a 1211 pacientes que fueron asistidas en el Hospital de Día Materno Fetal. Los datos fueron recolectados del registro de historias clínicas, procesados en EXCEL y analizados a través del software en línea Rmedic.

Resultados

La muestra estudiada con diagnóstico de MC fue de 108 pacientes, que corresponde a un 8.9% de las consultas al servicio. En orden de frecuencia se agruparon en: MC renales 34.2%, del sistema nervioso 31,4% y de la pared abdominal 12%. La media de edad gestacional al momento de la primera consulta en este servicio fue de 28.6 semanas. Los casos de MC asistidos corresponden a la región capital con un 47.2%. Del total de nacidos vivos el 15% falleció antes del egreso. El 41.6% del total de los casos (45) requirieron intervención quirúrgica, el 84.4% (38) fueron intervenidos y el 15.5% (7) se encuentran en plan quirúrgico.

Conclusiones

La frecuencia de las MC asistida es mayor a la reportada en un hospital de Lima Perú en el año 2018. Las más frecuentes fueron las renales en comparación con el Hospital de Sotero en Chile donde predominaron las cardiovasculares. La mayoría de las pacientes tenía menos de 35 años, similar al Hospital Clínico de la Universidad de Chile. La cirugía como parte de la terapia neonatal se encuentra disponible en nuestro hospital para los casos que requieran.

Palabras Clave: malformaciones congénitas, servicios de salud fetal, hospital público.

Abstract

Objective: To describe the characteristics of prenatally assisted congenital malformations (CM) at the Maternal-Fetal Medicine Day Hospital of the Public Maternal and Child Hospital during the 2023–2024 period.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study. The population included 1,211 patients who received care at the Maternal-Fetal Day Hospital. Data were collected from medical records, processed in Excel, and analyzed using the online software Rmedic.

Results: The sample diagnosed with CM consisted of 108 patients, representing 8.9% of consultations at the service. By frequency, they were grouped as follows: renal CM (34.2%), nervous system CM (31.4%), and abdominal wall CM (12%). The average gestational age at the time of the first consultation was 28.6 weeks. Assisted CM cases corresponded to the capital region in 47.2% of cases. Among live births, 15% died before discharge. Surgical intervention was required in 41.6% of cases (45 patients); of these, 84.4% (38) underwent surgery, and 15.5% (7) are scheduled for surgical intervention.

Conclusions: The frequency of assisted CM is higher than that reported in a hospital in Lima, Peru in 2018. Renal malformations were the most frequent, in contrast to the Sotero Hospital in Chile, where cardiovascular malformations predominated. Most patients were under 35 years old, similar to findings at the Clinical Hospital of the University of Chile. Neonatal surgery is available at our hospital for cases that require it.

Keywords: congenital malformations, fetal health services, public hospital.

Introducción

Las malformaciones congénitas corresponden a alteraciones de la forma o estructura de un órgano o parte de la anatomía, como resultado de un desarrollo intrínsecamente anormal, ya sea desde la concepción o desde muy temprano en la embriogénesis¹.

Según su gravedad, las malformaciones congénitas (MC) se clasifican en mayores o menores. Las primeras tienen un impacto importante en la salud del individuo. Las otras no tienen repercusiones en la salud ni defectos físicos importantes².

La interrelación entre los factores genéticos y ambientales se considera causante de estas malformaciones. Muchos de estos defectos pueden, desde hace un tiempo, ser previstos genéticamente e incluso diagnosticados en el período intrauterino con vistas a la interrupción precoz del embarazo o al tratamiento oportuno para evitar la muerte del niño y las posibles secuelas³.

En la Argentina, representan la segunda causa de muerte en el período infantil después de las secundarias a afecciones originadas en el período perinatal. Su prevalencia global se sitúa en torno al 2-3%. La tasa es mayor en los casos de fetos muertos o abortos espontáneos, y si se tienen en cuenta las patologías de detección más tardía⁴.

En el año 2023, la Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC) examinó 211.126 nacimientos, sobre un total de 495.296 nacimientos del país. Del total de nacimientos examinados, 3.874 recién nacidos presentaron anomalías congénitas estructurales mayores,

lo que representa una prevalencia de 1,83 por cada 100 nacimientos (IC 95%: 1,78-1,89). Las anomalías específicas más frecuentes fueron: las fisuras de labio con o sin paladar hendido, gastroquisis, hidrocefalia, talipes equinovarus, espina bífida, polidactilia postaxial, malformación anorrectal, hernia diafragmática, atresia de esófago, y quistes renales. Se detalla la prevalencia de 8 síndromes: displasia tanatofórica, costillas cortas-polidactilia, acondroplasia, osteogénesis imperfecta, displasia campomélica, trisomía 13, trisomía 18, síndrome de Down⁵.

Cuando se evalúa a un feto con una malformación congénita, el primer paso es determinar si se trata de una malformación aislada o no, ya que el hallazgo de malformaciones múltiples aumenta la probabilidad de que se trate de una etiología genética, y de esto dependerá el pronóstico y el riesgo de recurrencia⁶. En segundo lugar, se sugiere que, ante la presencia de cualquier antecedente personal o familiar de malformaciones congénitas o enfermedades genéticas, exposiciones ambientales maternas o paternas, resultados positivos de estudios de tamizaje o hallazgos ecográficos, se derive a un especialista en genética médica. Además, se debe informar sobre la posibilidad de interrupción legal del embarazo, sin soslayar la importancia de obtener un diagnóstico etiológico certero previo y la necesidad de una autopsia posterior, realizada por un especialista con experiencia en patología perinatal, respetando las creencias y decisiones de los pacientes y sin emitir juicios de valor⁴.

Uno de los objetivos del control prenatal es la detección de las anomalías congénitas. La información requerida para el diagnóstico y manejo de una anomalía demanda el abordaje de varias disciplinas: embriología, obstetricia, genética, anatomía, neonatología, cirugía pediátrica, patología y teratología. El estudio postmortem aporta información valiosa para la clasificación del tipo de malformación⁵.

En base a lo anterior descrito, el presente estudio presenta como objetivo principal:

- Describir las características de las malformaciones congénitas (MC) asistidas prenatalmente en el Hospital de Día Medicina Materno Fetal del Hospital Público Materno Infantil periodo 2023-2024.

Objetivos Específicos:

- Analizar las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en ese periodo.
- Investigar la morbilidad y mortalidad perinatales asociadas a los casos de malformaciones congénitas.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población incluyó a 1211 pacientes que fueron asistidas en el Hospital de día materno fetal del Hospital Materno Infantil durante el período 2023 – 2024. Los datos fueron recolectados del registro de historias clínicas, volcados en un cuestionario realizado en Google forms, procesados en EXCEL y analizados a través del software en línea Rmedic.

Criterios de Inclusión

- Malformación asistida y seguida por nuestro servicio antes del nacimiento.

Criterios de Exclusión

- Partos domiciliarios.
- Partos locales sin seguimiento en nuestro hospital.

Muestreo

Secuencial: se ingresaron a todas las pacientes que fueron atendidas en hospital de día de medicina materno fetal, cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron ningún criterio de exclusión.

Metodología de Estudio

Los datos recolectados fueron proporcionados por el análisis de historias clínicas y sistema informático perinatal. Se volcaron en un formulario de Google forms, se procesaron en Excel y se analizaron a través del *software* en línea Rmedic.

VARIABLES A ANALIZAR

- Tipo de malformación congénita: malformación diagnosticada en el servicio de Hospital de Día de Medicina Materno Fetal. Se dividen en: renales, del sistema nervioso, pared abdominal, cardiovasculares, cara, digestivas, otros.
- Edad materna: tiempo que ha vivido la paciente desde su nacimiento hasta la fecha de atención en el servicio de salud fetal, expresado en años.
- Procedencia: Para estudiar el lugar de procedencia de las pacientes, se consideró la división de la provincia de Salta en cuatro zonas sanitarias, establecida para la organización de los sistemas de salud: Capital, Norte, Oeste y Sur. También, al ser un centro de referencia en el Norte argentino, se consideró a las consultas correspondientes a pacientes de otras provincias como "otras regiones".
- Trimestre de la primera consulta: se consideró dividir las semanas de gestación por trimestres de embarazo, siendo el primer trimestre desde la primera semana hasta las 13,6 semanas, el segundo desde las 14-28 semanas y el tercero desde la semana 28.
- Nivel de instrucción: primario, secundario, universitario. Completo/incompleto.
- Comorbilidades maternas asociadas: diabetes, hipertensión arterial, epilepsia, hipotiroidismo, infecciones previas, enfermedades autoinmunitarias, TORCHS, etc.
- Peso de recién nacidos: bajo peso (menor a 2500g), normopeso (2500g-4000g), alto peso (mayor a 4000g).

- Edad gestacional al momento del parto: edad gestacional que cursaba la paciente al momento del parto, expresado en semanas.
- Inicio del parto: espontáneo, inducido, cesárea electiva.
- Nacimiento: vivo, muerto.
- Sexo del RN.
- APGAR: examen que se realiza al primer y quinto minuto de vida del recién nacido y determina su adaptación a la vida extrauterina. Normal (7-10 puntos), depresión moderada (4-6 puntos), depresión severa (<3 puntos).
- Diagnóstico postnatal: diagnóstico que determinó el servicio de neonatología post parto.
- Requerimiento de intervención quirúrgica: recién nacidos con malformaciones que debieron resolverse con procedimientos quirúrgicos.
- Recién nacidos con acceso a cirugía: si, no, en plan quirúrgico.
- Egreso del recién nacido: vivo, muerto.

Consideraciones Éticas

En el presente trabajo de investigación se ajusta a la RM 1480/2011 (investigación en seres humanos). Para proteger la identificación de la población de estudio, se codificó la información de los datos recolectados. Debido a que los datos fueron obtenidos del sistema informático perinatal se contó 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 la unidad de gestión del conocimiento de la institución.

Resultados

Durante el periodo estudiado 1211 pacientes fueron asistidas en el hospital de día medicina materno fetal, de las cuales 108 de ellas presentaron diagnóstico de malformaciones congénitas correspondiente a un 8.9% (Tabla N°1)

Tabla N°1: Total de Malformaciones congénitas en hospital de día materno fetal, periodo 2023 - 2024.

Año	Total de pacientes	Fetos con malformaciones	%
2023	577	56	9.7%
2024	634	52	8.2%
Total	1211	108	8.9%

Respecto a las características de las malformaciones, se observó que las anomalías renales constituyeron el grupo más frecuente 34.2%, seguidas por las del sistema nervioso 31.4% y las de la pared abdominal 12.03% (ver Tabla 2).

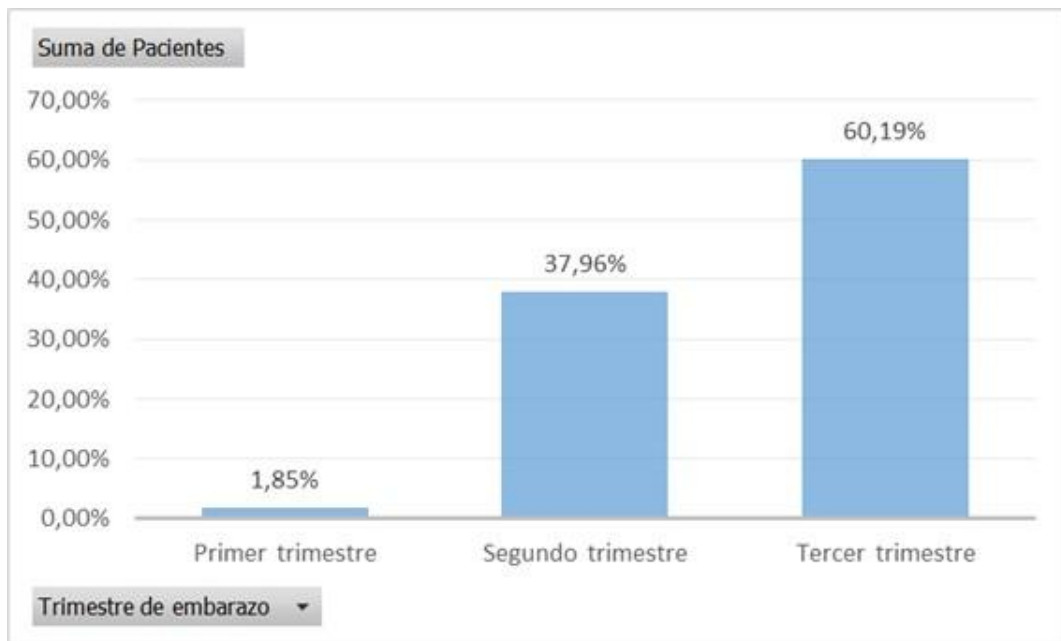
Tabla 2: Tipo de malformaciones congénitas frecuentes en hospital de día materno fetal, periodo 2023 - 2024.

Malformación	FA	%
Renal	37	34.4
Sistema Nervioso	34	31.4
Pared Abdominal	13	12.03
Cardiovascular	11	10.18
Cara	11	10.18
Otros	10	9.2
Digestivas	5	4.2

Tabla 3: Edad materna al momento del diagnóstico y procedencia de las pacientes asistidas en el Hospital de día Materno Fetal..

Zonas Sanitarias	Pacientes	%
Capital	51	47,2%
Norte	25	23,1%
Oeste	17	15,7%
Sur	14	12,9%
Otras	1	0,9%
Edad materna		
Menor de 35 años	97	89,8%
Desde 35 años	11	10,1%

En cuanto a la edad gestacional al momento del diagnóstico, 65 pacientes (60,9%) consultaron por primera vez en el tercer trimestre, en segundo lugar 41 (37,96%) en el segundo trimestre y solo 2 pacientes (1,85%) consultaron en el 3er trimestre. (Gráfico N°1).



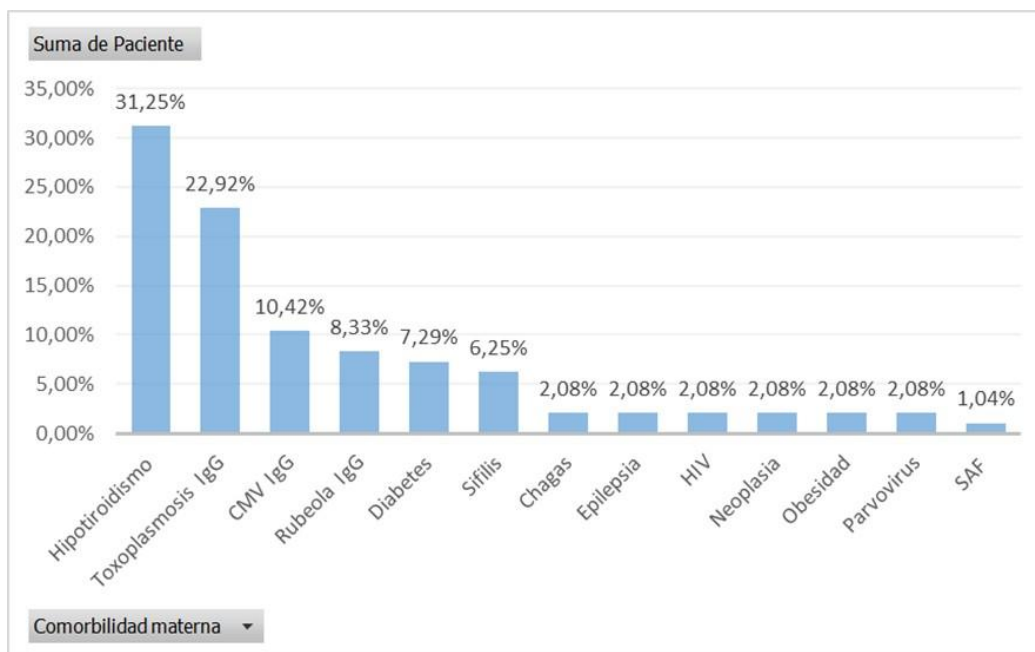
En relación al nivel de instrucción de las pacientes, la mayoría presenta secundario completo. (Gráfico 2).

Gráfico N°2: Nivel de instrucción de las pacientes en hospital de día materno fetal, periodo 2023 - 2024.



En cuanto a las morbilidades maternas de las pacientes asistidas, 32 no presentaban patología asociada. Entre las patologías identificadas, el hipotiroidismo ocupó el segundo lugar en frecuencia. En tercer lugar, se registró la toxoplasmosis crónica con IgG positiva. (Gráfico N°4).

Gráfico N°3: Comorbilidades maternas asociadas de las pacientes en hospital de día materno fetal, periodo 2023 - 2024.



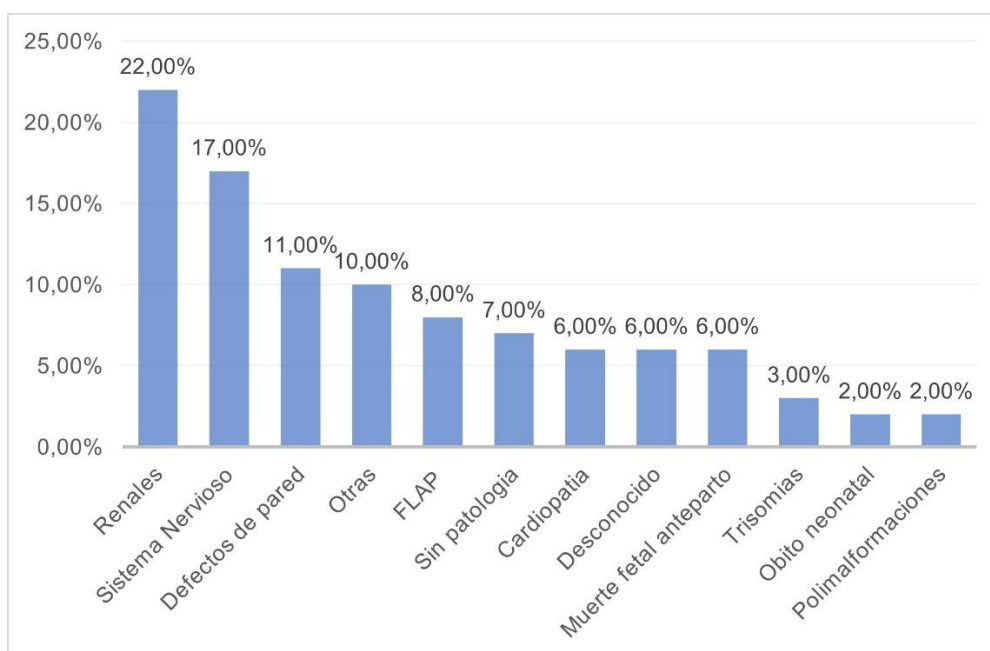
Del total de fetos y neonatos analizados en nuestro estudio, 99 recibieron asistencia integral en nuestro hospital desde el diagnóstico hasta el nacimiento. Cabe señalar que los 9 casos restantes, a pesar de haber tenido control prenatal en nuestra institución, no pudieron ser incluidos en el análisis postnatal debido a que sus nacimientos ocurrieron en otras instituciones.

Considerando lo anteriormente expuesto, para la valoración de la morbimortalidad del feto y recién nacido a continuación se detallarán los resultados de los nacimientos llevados a cabo en nuestra institución.

Tabla N°4: Sexo y peso de los recién nacidos.

Sexo del RN	Número	%
Femenino	46	46,4%
Masculino	50	50,5%
Indefinido	3	3,03%
Peso del RN		
Menor a 2500g.	20	20,2%
2500g-4000g.	75	75,7%
Mayor a 4000g.	4	4,04%

Gráfico N°5: Diagnóstico Postnatal (n=99)



Se puede observar el predominio de malformaciones renales (22%), seguidas de malformaciones del sistema nervioso (17%) y los defectos de pared abdominal (11%).

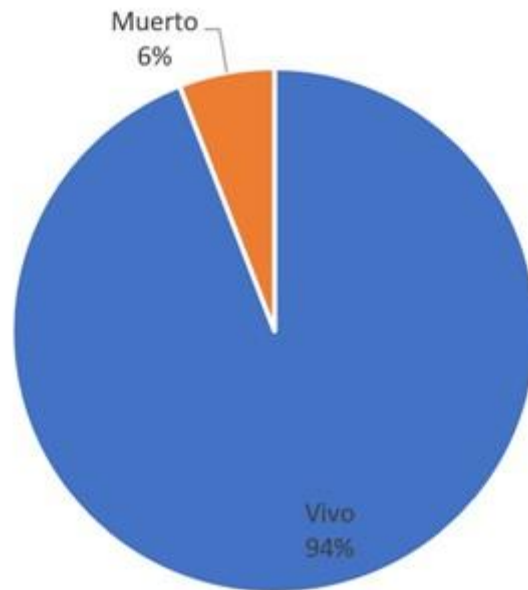
Tabla N°5: Apgar al 1° y 5° minuto de vida del recién nacido.

Se pone en evidencia que el mayor porcentaje de recién nacidos tuvieron un Apgar vigoroso al primer (78,7%) y quinto minuto de vida (86,8%).

Apgar al 1° minuto de vida	Número	%
Vigoroso	78	78,7%
Deprimido moderado	8	8,08%
Deprimido severo	13	13,1%
Apgar al 5° minuto de vida		
Vigoroso	86	86,8%
Deprimido moderado	5	5,05%
Deprimido severo	8	8,08%

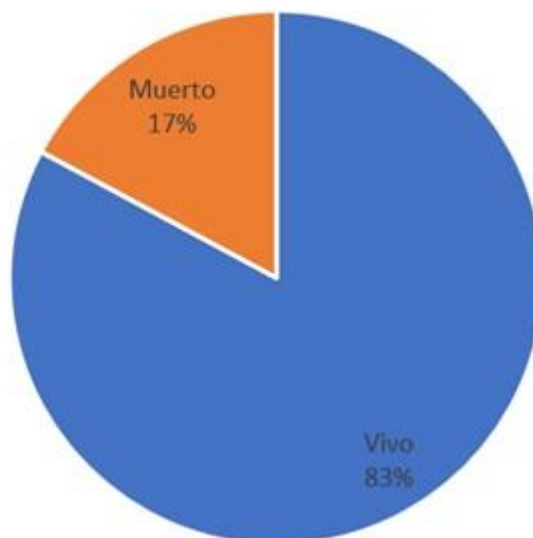
En cuanto a los nacimientos, el porcentaje de recién nacidos vivos fue de un 94% mientras que los recién nacidos fallecidos tuvieron una frecuencia de 6%.

Gráfico N°6: Nacidos vivos y muertos con malformaciones.



Teniendo en cuenta los egresos hospitalarios, el 83% de los recién nacidos egresaron con vida, mientras que el porcentaje de fallecidos al egreso fue de un 17%.

Gráfico N°7: Egreso del recién nacido con malformaciones.



En cuanto a los recién nacidos fallecidos, el diagnóstico que se presentó con más frecuencia fue el de cardiopatía fetal (35,2%) seguido de la agenesia renal (17,6%).

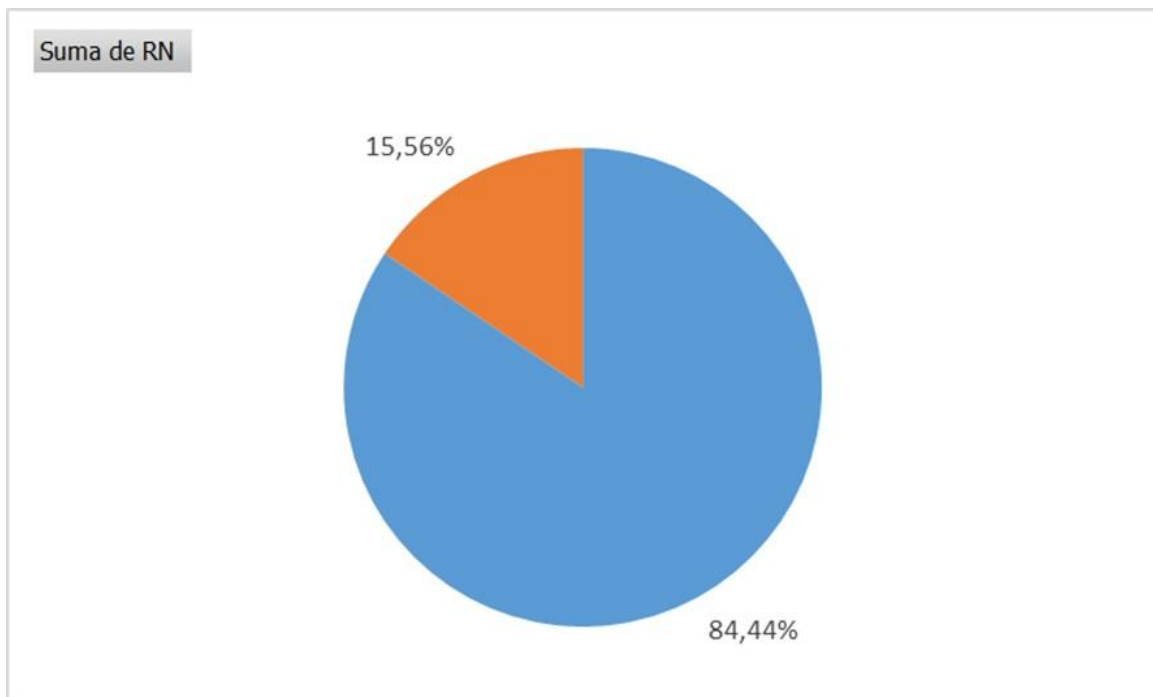
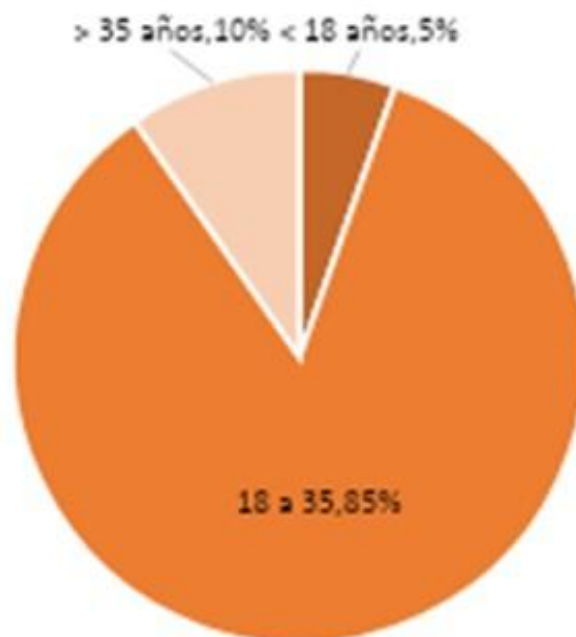


Gráfico N°8: Recién nacidos que requirieron intervención quirúrgica

Del total de recién nacidos, el 45,4% precisó de algún tipo de intervención quirúrgica, mientras que en un 54,5% no fue necesario.



En relación con los neonatos que precisaron manejo quirúrgico, se registró un 84,4% de intervenciones realizadas. Mientras que el 15,5% de los casos estaban pendientes de intervención quirúrgica y figuraban en el plan de tratamiento al concluir la recopilación de datos.

Discusión:

El presente estudio ofrece una caracterización epidemiológica de las malformaciones congénitas diagnosticadas en el Hospital de Día de Medicina Materno Fetal de Salta durante el período 2023–2024. Las malformaciones congénitas representan una de las principales causas de morbimortalidad perinatal en Argentina. La frecuencia de malformaciones congénitas alcanzó un valor de 8,9% sobre el total de pacientes asistidas en el servicio. Los resultados se encuentran por encima de los valores reportados a nivel regional y nacional, como es el caso del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Perú, que registró un valor de 1,9%⁸. Esta diferencia podría explicarse por el perfil específico del hospital de día de Medicina Materno Fetal, que concentra derivaciones de casos sospechosos o confirmados de malformaciones, a diferencia de centros perinatales generales donde la población es más heterogénea.

En cuanto a la distribución por tipo de MC, las anomalías renales fueron las más frecuentes (34,2%), seguidas de las del sistema nervioso (31,4%) y de la pared abdominal (12,03%). A diferencia de un estudio realizado en el Hospital Sotero del Rio en Chile, donde predominaron las anomalías cardiovasculares¹. A su vez, también difieren en parte de los patrones descritos por RENAC, donde las fisuras de labio con o sin paladar hendido, gastrosquisis, hidrocefalia y defectos del tubo neural estuvieron por encima de las demás.

Desde el punto de vista sociodemográfico, se destaca que el 89,8% de las gestantes tenía menos de 35 años, similar a un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde el porcentaje de estas pacientes fue de un 81,6%⁹. Lo cual se aleja del perfil de riesgo tradicionalmente atribuido a edades avanzadas. Esto sugiere que las malformaciones congénitas pueden manifestarse independientemente de este factor, y que otros elementos como el acceso a controles prenatales oportunos, condiciones nutricionales o infecciones maternas podrían tener un rol importante.

El lugar de procedencia de las pacientes marcó un predominio de gestantes originarias de la Zona Capital (47,2%), seguido de otras zonas como el Norte (23,1%) y el Oeste (15,7%). Este resultado refleja el fenómeno de centralización en el acceso a servicios de diagnóstico fetal avanzado, marcando una disparidad geográfica que podría obstaculizar el diagnóstico temprano en otras zonas de la provincia.

En cuanto a las comorbilidades maternas, el mayor porcentaje de pacientes no presentó ningún tipo de patología (32,3%) mientras que de las que sí, el diagnóstico de hipotiroidismo fue el más frecuente (31,2%) lo que destaca su carácter endémico en la provincia seguido de la Toxoplasmosis crónica (22,9%). Respecto a malformaciones congénitas, en un estudio realizado en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos de Ciudad de México, sólo se reportó un recién nacido, hijo de madre hipotiroidea en tratamiento con levotiroxina, que tuvo atresia esofágica¹⁰. Si bien no hay evidencias fuertes entre la relación del hipotiroidismo y las malformaciones congénitas, se sabe que el aporte de T4 materna al feto es fundamental para garantizar un desarrollo neuronal normal desde las etapas tempranas del embarazo.

El diagnóstico de MC predominó en recién nacidos de sexo masculino, con un valor de 50,5% sobre 46,4% de sexo femenino y 3,03% que no lograron ser definidos. Estos resultados fueron similares a los de un estudio realizado en el Municipio Marianao - La Habana, Cuba¹¹. Por su parte, el peso de los recién nacidos denota una gran diferencia entre los mismos. Donde la mayoría, es decir 75,7% de los nacimientos registraron valores normales mientras que 20,2%

tuvieron bajo y, en su minoría, 4,04% de recién nacidos con peso mayor a lo normal. Esto difiere de un estudio de casos y controles realizado en tres ciudades colombianas que afirma que los pacientes con malformaciones congénitas nacen prematuramente y con bajo peso para la edad de gestación. A pesar de ser un resultado positivo, no se debe dejar de lado que las MC continúan siendo causa de comorbilidades, en muchos casos, con requerimiento de intervenciones invasivas.

El servicio de neonatología registró que, de los recién nacidos de las pacientes estudiadas, predominaron las malformaciones renales con un 22% seguido de las del sistema nervioso (17%) y los defectos de pared abdominal (11%). Esto demuestra la similitud con el diagnóstico pre natal realizado en el servicio del Hospital de Día Medicina Materno Fetal, dando posibilidad al enfoque multidisciplinario de estas patologías con el objetivo de mejorar los resultados perinatales.

Las MC son una de las causas principales de mortalidad infantil en nuestro país. Sin embargo, la supervivencia actual con calidad de vida futura óptima han mejorado a lo largo de los años. Este estudio registró un 4% de recién nacidos fallecidos anteparto y un 17% de fallecidos al egreso hospitalario, la causa más frecuente de fallecimientos fue por cardiopatías congénitas (35,29%) seguida de la agenesia renal (17,65%). Un análisis de los criterios de reductibilidad de mortalidad infantil por MC en Argentina concluye que las cardiopatías congénitas (CC) son la principal MC generadora de mortalidad infantil y neonatal por su relativa mayor frecuencia y su más alta mortalidad específica, mientras que la supervivencia actual para la mayoría de las MC extracardíacas es mayor a 90% si se presentan aisladas y no asociadas a enfermedades genéticas u otras MC graves¹². Teniendo en cuenta estos resultados, el porcentaje de recién nacidos fallecidos en nuestra institución es un número que podría mejorarse con acciones como el diagnóstico prenatal precoz, la opción de ILE en MC incompatibles con la vida y la derivación oportuna a centros de mayor complejidad en los casos que sea necesario.

Los resultados perinatales revelan que la mayoría de los neonatos fueron asistidos integralmente desde el diagnóstico hasta el nacimiento, lo cual favoreció la planificación quirúrgica. De los recién nacidos registrados en el servicio, 45,4% tuvieron la necesidad de una intervención, 84,4% de ellos lograron acceder y 15,5% casos se encuentran pendientes. A su vez, estos resultados evidencian la carga quirúrgica neonatal y morbilidad que implican este tipo de patologías.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio revelan que las malformaciones congénitas (MC) representan una preocupación significativa en la población materno-fetal asistida en el Hospital de Día de Medicina Materno Fetal de Salta, con una prevalencia del 8.9% entre las pacientes atendidas en el período 2023-2024. La predominancia de malformaciones renales y del sistema nervioso sugiere que estas categorías podrían ser focos importantes para futuras investigaciones sobre factores de riesgo específicos en la región. La alta proporción de diagnósticos realizados en el tercer trimestre de gestación podría indicar desafíos en la detección temprana o en el acceso oportuno a los servicios de diagnóstico prenatal, lo que subraya la necesidad de fortalecer las estrategias de cribado en etapas más tempranas del embarazo.

Si bien la mayoría de las madres eran menores de 35 años, la presencia de comorbilidades como el hipotiroidismo y la toxoplasmosis crónica resalta la importancia de un control

prenatal integral que aborde estas condiciones maternas, dado su potencial impacto en el desarrollo fetal.

El número de fallecimientos post-nacimiento (17%) entre los recién nacidos con MC sugiere la severidad de algunas de las malformaciones detectadas o la complejidad de su manejo postnatal, a pesar de la disponibilidad de intervención quirúrgica en el hospital. Esto enfatiza la importancia de optimizar los protocolos de atención neonatal y la coordinación entre los diferentes servicios para mejorar los resultados perinatales en esta población vulnerable. Finalmente, la concentración de pacientes de la Zona Capital podría indicar diferencias en el acceso a la atención especializada en otras áreas de la provincia, sugiriendo la necesidad de evaluar y expandir la cobertura de estos servicios.

Bibliografía

1. Vargas Paula, Mergudich Tania, Martinovic Carolina, Córdova Víctor, Valdés Rafael, Luna Daniela et al . Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas y alteraciones cromosómicas: resultado de la experiencia CIMAF - Hospital Dr. Sótero Del Río. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Ago [citado 2025 Jul 28]; 85(4): 358-365. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000400358&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400358>.
2. Barbero, P. *Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas en recién nacidos registrados en 2016 en la República Argentina*. Reporte anual RENAC (2017).
3. Fernández, D. Y. Incidencia de las malformaciones congénitas mayores en el recién nacido. *Revista cubana de Pediatría*. (2006)
4. Ricci, D. M. Asesoramiento genético en malformaciones fetales. Programa *de actualización en ginecología y obstetricia*. Panamericana (2015).
5. Aiello, D. H. *Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas registradas durante 2023 en la República Argentina*. RENAC. (2024)
6. Palermo, D. M. (s.f.). *Métodos para la detección de patologías o malformaciones fetales*. Buenos Aires: Panamericana.
7. Vélez, J. E. Malformaciones congénitas: correlación, diagnóstico ecográfico y clínico. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol 55 No 3. (2004).
8. Félix, D. Ayala P. Guevara Ríos E. Carranza Asmat C. (et al.) Factores asociados a malformaciones congénitas – Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista Perú Investigación Materno Perinatal (2019).
9. Nazer H Julio, Cifuentes O Lucía, Águila R Alfredo, Ureta L Pilar, Bello P María Piedad, Correa C Francisca et al . Edad materna y malformaciones congénitas: Un registro de 35 años. 1970-2005. Rev. méd. Chile [Internet]. 2007 Nov [citado 2025 Ago 01] ; 135(11): 1463-1469. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001100014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001100014>

10. Berrones, Miguel Ángel Serrano. "Alteraciones de tiroides y embarazo: resultados perinatales." *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 18.3 (2013): 200-205.
 11. Acosta Batista Carlos, Mullings Pérez Rosali. Caracterización de malformaciones congénitas en recién nacidos vivos. Medisur [Internet]. 2015 Jun [citado 2025 Jul 28]; 13(3): 375-382. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300007&lng=es.
 12. de Sarasqueta Pedro. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematuridad en la Argentina: análisis de los criterios de reducibilidad. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2006 Abr [citado 2025 Jul 28]; 104(2): 153-158. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000200012&lng=es.
-

1. Residente 1er año
2. Residente 2do año
3. Instructora
4. Jefa de Residentes
5. Gestión del Conocimiento
6. RUG Obstetricia

Prevalencia de la Anticoncepción Inmediata en el Post Evento Obstétrico en el Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” Durante el año 2023 y 2024

Autores:
Mortara Maria Milagros¹

Condensación:

Estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptiva sobre la prevalencia de la anticoncepción inmediata en el post evento obstétrico en el nuevo hospital rio cuarto durante los año 2023 y 2024, analizando las siguientes variables: edad, paridad y metodo anticonceptivo elegido al momento del alta institucional.

Palabras Claves: Anticoncepción, Anticoncepción inmediata en el post evento obstétrico (AIPEO), puerperio inmediato, LARC, Anticoncepción Quirúrgica

Resumen

La Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPEO) es de importancia ya que la anticoncepción inmediata en el post evento obstétrico disminuye el embarazo no deseado y la morbimortalidad materno infantil.

Los objetivos son: Evaluar la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en el post evento obstétrico inmediato durante el 2023 y 2024; y la relación entre edad y paridad de las personas con capacidad de gestar (PCG) con respecto al método elegido.

Esta es una investigación retrospectiva, cuantitativa y descriptiva donde se analizaron las variables: los métodos anticonceptivos (MAC) elegidos al momento del alta institucional, edad materna, y antecedentes obstétricos de las (PCG) que fueron atendidas en su parto o puerperio inmediato en el Nuevo Hospital de Río Cuarto durante el periodo previamente mencionado. El estudio abarcó una muestra de 1824 PCG y los datos fueron recolectados en tablas realizadas en hojas de cálculo de Google Drive.

Se obtuvo como resultado que los MAC más elegidos fueron: Hormonal (43,7%) y

Salpingectomía (27,6%). También se obtuvo como resultado que las PCG eligen la anticoncepción quirúrgica a partir de la tercera gesta, por encima de los otros MAC.

Abstract

Immediate Contraception Post-Obstetric Event (AIPEO, per its Spanish acronym) is relevant because it reduces unintended pregnancy as well as maternal and infant morbidity and mortality.

The objectives of this study are to assess the prevalence of contraceptive method use in the immediate post-obstetric event in 2023-2024, and to examine the relationship between age and parity of persons capable of becoming pregnant (PCGs, per its Spanish acronym) and the method chosen.

This retrospective, quantitative, and descriptive study analyzed the following variables: contraceptive methods (MACs, per its Spanish acronym) chosen at hospital discharge, maternal age, and the reproductive history of PCGs who received care during childbirth or the immediate post-partum period at the Nuevo Hospital de Río Cuarto during the stated period. The study sample consisted of 1824 PCGs, and the data were collected using Google Sheets.

The results show that the most frequently chosen MACs were hormonal contraceptives (43.7%) and tubectomy (27.6%). The findings also indicate that PCGs tend to opt for surgical contraception over other MACs from the third pregnancy onward.

Introducción

Se define Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstetrico (AIPEO) como “una estrategia para ampliar y mejorar el acceso a metodos anticonceptivos luego de una cesárea, parto o aborto, poniendo énfasis en los dispositivos de larga duración”, según Guía Nacional de AIPEO¹. En el mismo, se tiene como objetivo brindar consejería en salud sexual y reproductiva para que la persona con capacidad de gestar pueda elegir un método anticonceptivo antes del alta institucional, luego del evento obstétrico; ya que puede ser el único o último contacto de la persona con capacidad de gestar (PCG) con el sistema de salud.

La importancia de la planificación familiar post evento obstétrico yace en la evidencia de la reducción de los embarazos no intencionales y los intervalos intergenésicos cortos. Teniendo como consecuencia, la disminución de la morbi-mortalidad materno-neonatal.

Existen diferentes métodos anticonceptivos (MAC) y se los puede clasificar de diferentes formas. Una de ellas es según su tiempo de duración. Existen los métodos anticonceptivos de Larga Duración Reversibles (LARC) : son aquellos que duran entre 3 a 10 años y que tras su suspensión se retorna a la fertilidad rápidamente teniendo como ventaja su baja tasa de falla intrínseca. ejemplos son: Dispositivo intrauterino de cobre (DIU), Sistema intrauterino hormonal e implante subdérmico.

Continuando con la clasificación según su durabilidad, existen los anticonceptivos de de corta duración y reversibles (SARC)³, alguno ejemplos de ellos son: anticonceptivos orales (ACO), anticonceptivos inyectables (ACI), anillos vaginal y parches.

Retomando con los LARC, ampliaremos sobre cada uno de ellos.

El DIU T de cobre⁴ consiste en un dispositivo intrauterino que contiene un filamento de cobre, produciendo un efecto local en la cavidad uterina, generando un ambiente no apto para la implantación. Tiene una duración de 5 a 10 años, según la cantidad de cobre que contenga. Se puede colocar en el postalumbramiento, intra cesárea y hasta 48 horas posparto (Criterio de Elegibilidad de la OMS: 1)⁵; luego, se recomienda esperar 6 semanas. Este método tiene una efectividad alta, ya que con su uso correcto: <1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso y con el uso habitual: entre 1 y 3 embarazos cada 100 mujeres por año de uso, según Guía Nacional de Anticoncepción.

El implante subdérmico⁷ es un LARC que contiene solo progesterona. Su duración varía de 3 a 7 años, según el tipo de implante. Sus mecanismo de acción son la anovulación y la modificación de moco cervical. Tiene un índice de seguridad de un 99,5%⁸, ya que no depende de la usuaria.

El DIU de Levonorgestrel⁹ es un LARC que consiste en la liberación local (intrauterino) de levonorgestrel, teniendo como efecto la modificación del moco cervical y evita la proliferación del endometrio. Tiene una duración de 5 años.

En esta institución disponemos principalmente de DIU e implantes subdérmicos. Este último está dirigido a la población adolescente, (pacientes menores de 24 años) como forma de redireccionar los recursos cuando son escasos.

Desde la perspectiva legal, la consejería, acceso y decisión de la paciente en elegir un MAC está contemplada por Código Civil Y Comercial y leyes. El artículo número 26 del Código Civil y Comercial¹⁰, contempla que a partir de los 13 hasta los 16 años, la PCG tiene la autonomía para elegir y acceder al método anticonceptivo reversible que considere sin que implique un riesgo grave para su salud o vida; y a partir de los 16 años tiene la autonomía de tomar decisiones sobre cualquier métodos anticonceptivos, incluyendo los que requieren de alguna práctica invasiva (por ejemplo: AQ).

El acceso a los métodos anticonceptivos está contemplado en nuestro país por la Ley 25.673¹¹ y 26.130¹². La Ley 25.673 promulga la creación de un programa nacional que garantice el acceso a métodos anticonceptivos que la persona elija, tanto en el sistema de salud público como en el privado. Por otro lado, la Ley 26.130 promulga el acceso gratuito y de manera autónoma a la anticoncepción quirúrgica a partir de la mayoría de edad y solo con la firma y por escrito del consentimiento luego haber sido informado sobre el método.

Fundamentación

Estudiar los métodos anticonceptivos elegidos por las PCG en el AIPEO es de gran importancia ya que muestra la calidad de servicio brindado. La consejería anticonceptiva es un espacio importante de respetar ya que, como se ha nombrado previamente, la anticoncepción inmediata post evento obstétrico tiene beneficios en la salud materno fetal. Como institución nos interpela este tema, ya que se asiste en el nacimiento y/o puerperio inmediato a PCG oriunda de Río Cuarto y del interior de la provincia de Córdoba. Las PCG deberían poder acceder a la información necesaria para la elección de un MAC en su puerperio inmediato, ya que de no ser así, en muchos casos las pacientes no vuelven a tener contacto con el sistema de salud y por lo tanto sus derechos quedan vulnerados, considerando así, el momento del alta institucional como una oportunidad única para brindar consejería en salud sexual y reproductiva.

Antecedentes

A nivel internacional, según publicación realizada por Hospital El Carmen – Huancayo en 2022¹³ el anticonceptivo inyectable fue el más utilizado en el puerperio inmediato. En el noreste de Mexico, según publicación realizada por la Universidad Autónoma de Nuevo Leon que abarcó el período 2016 - 2022¹⁴, el método más elegido postevento obstetrico (incluyendo aborto) fue DIU T de cobre.

A nivel Nacional, según publicación realizada en revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, titulada "LARC post evento obstétrico inmediato en Salud Pública: expectativa versus realidad"¹⁵. Al momento del alta, sólo 8,5% eligió un LARC como MAC, 5% (no 520)", Dispositivos Intrauterinos (DIU) y 3,5% (no 362) implante subdérmico).

A nivel local, no se cuenta con datos oficiales. Se estima que en el Servicio de Tocoginecología del Nuevo Hospital de Río Cuarto se atienden un aproximado de 1300 nacimientos anuales, actualmente dicha institución abarca todos los nacimientos en el sector público de Río Cuarto y derivaciones del interior de la Provincia de Córdoba.

Hipótesis

La hipótesis planteada en este trabajo es que existe una relación entre la paridad y el método a elección, es decir, luego de tres gestas las PCG eligen la anticoncepción quirúrgica (AQ) independientemente de la edad materna. También, que la anticoncepción quirúrgica tiene mayor prevalencia que el resto de métodos anticonceptivos a la hora de ser elegidos por PCG en AIPEO.

Otra hipótesis es que la calidad de servicio está relacionado con el porcentaje de PCG que se retira de la institución con MAC en mano.

Objetivos de la Investigación

Evaluar la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos deen el post evento obstétrico inmediato en el periodo mencionado; y la relación entre edad y paridad de las personas con capacidad de gestar con respecto al método elegido.

Materiales y Métodos

Esta es una investigación retrospectiva, cuantitativa y descriptiva, a partir del análisis de las historias clínicas de las PCG que fueron atendidas en el Servicio de Tocoginecología del el Nuevo Hospital de Río Cuarto "San Antonio de Padua" en el periodo del 01 de Enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2024, inclusive. Durante el periodo indicado se obtuvo una muestra de 1824 PCG.

Variables

Las variables seleccionadas para relacionar, fueron las siguientes:

- Edad de la PCG al momento del evento obstétrico registrado
- Paridad de la PCG, incluyendo el último evento obstétrico
- Vía de parto
- MAC al momento del egreso.

Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluye en dicha investigación a todas las PCG que hayan sido atendidas en el parto o postparto inmediato (en caso de parto domiciliario o fuera de la institución) y que dicho evento haya sido registrado en libro de nacimiento de la institución durante el periodo previamente aclarado. Excluyendo aquellas mujeres que sufrieron un aborto, se entiende como tal a las pérdidas de embarazos con una edad gestacional menos a 20 semanas o feto que pese menos de 500gr.

Instrumentos de recolección de datos:

Los datos fueron recolectados en tablas de cálculo creada en Google Sheet , que se adjuntan en anexos, en las cuales se agrupa de forma mensual el número de nacimiento, ordenados por orden de nacimiento y con los antecedentes (descritos como variables) de la PCG.

Presentación y análisis e interpretación de datos

Para realizar este análisis, se recopiló la información en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se utilizó el software estadístico InfoStat.

Las variables analizadas se incluyeron y ordenaron en la base de datos EXCEL. Para las variables cualitativas calcularon las frecuencias absolutas y porcentuales, y se realizaron los siguientes cruces de variables: MAC egreso con los tramos de edad materna y con el número de gestas. Para evaluar la asociación se aplicó la prueba de Chi- cuadrado. El nivel de significancia será del 5% con un intervalo de confianza del 95 % y un valor $p < 0.05$. Los resultados se presentan en forma de gráficos o tablas según corresponda

Los datos fueron presentados y analizados mediante el programa Excel. preguntar método estadístico. p valor

Consideraciones Éticas

Al tratarse de un estudio retrospectivo el mismo fué evaluado y aprobado por el Comité de Capacitación, Docencia e Investigación del Nuevo Hospital Río Cuarto. Así mismo, al tratarse de un estudio de recolección de datos desde la Historia Clínica, la utilización de los datos se regirá bajo los parámetros impuestos por la Ley 25.326 de protección de datos personales.

Resultados

En este estudio se incluyeron 1824 personas con capacidad de gestar que fueron atendidas en su puerperio inmediato en el Servicio de Tocoginecología del Nuevo Hospital de Río Cuarto "San Antonio de Padua". El rango etario de las mismas, la edad media fue de 26,3 años (DE=6,3), comprendidas entre los 13 y 48 años como máximo. El 84,8% del total se encontró dentro del rango entre 18 y 35 años (Figura 1). Mientras que el 9,8% tenían más de 35 años.

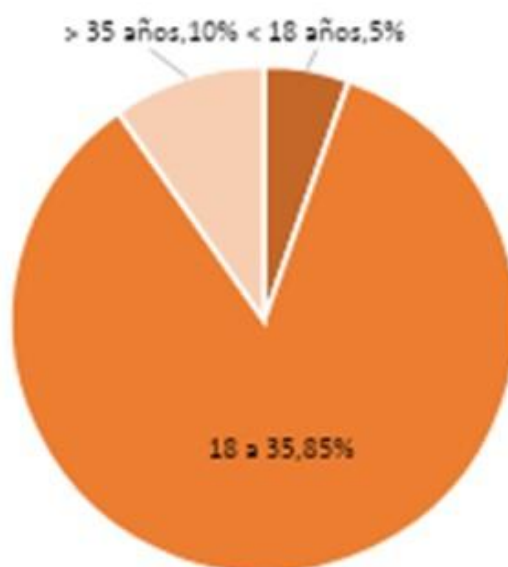


Figura 1: Distribución de madres según rango etario (n=1824).

En cuanto al número de gestas y paras, la mayoría de estas mujeres tuvieron una gesta 35,7% y una para 39,1% (Tabla I). Siguieron en orden de importancia el grupo de dos y tres gestas. Además, el 19,7% tuvo más de 3 gestas.

Tabla I: Distribución de mujeres según cantidad de gestas y paras (n=1824).

Cantidad	Gestas		Paras	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Ninguna	--	--	2	0,1%
1	652	35,7%	713	39,1%
2	485	26,6%	512	28,1%
3	322	17,7%	321	17,6%
4	201	11,0%	162	8,9%
5	75	4,1%	54	3,0%
6	52	2,9%	34	1,9%
7 o más	32	1,8%	20	1,1%
Sin dato	5	0,3%	8	0,4%

El 66,3% de los partos fueron por vía cesárea (Figura 2), y 33,6% por parto normal o vaginal.

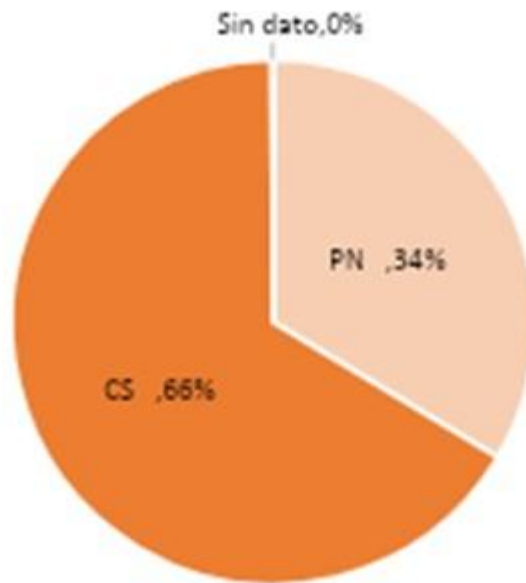


Figura 2: Distribución de madres según vía (n=1824).

En cuanto al método anticonceptivo (MAC) utilizado por estas mujeres al egreso, se observó que el 43,7% eligió el método hormonal (Figura 3). Un 27,6% prefiere la salpingectomía y un 7,3% el DIU. El resto de los métodos se eligieron en menores proporciones.

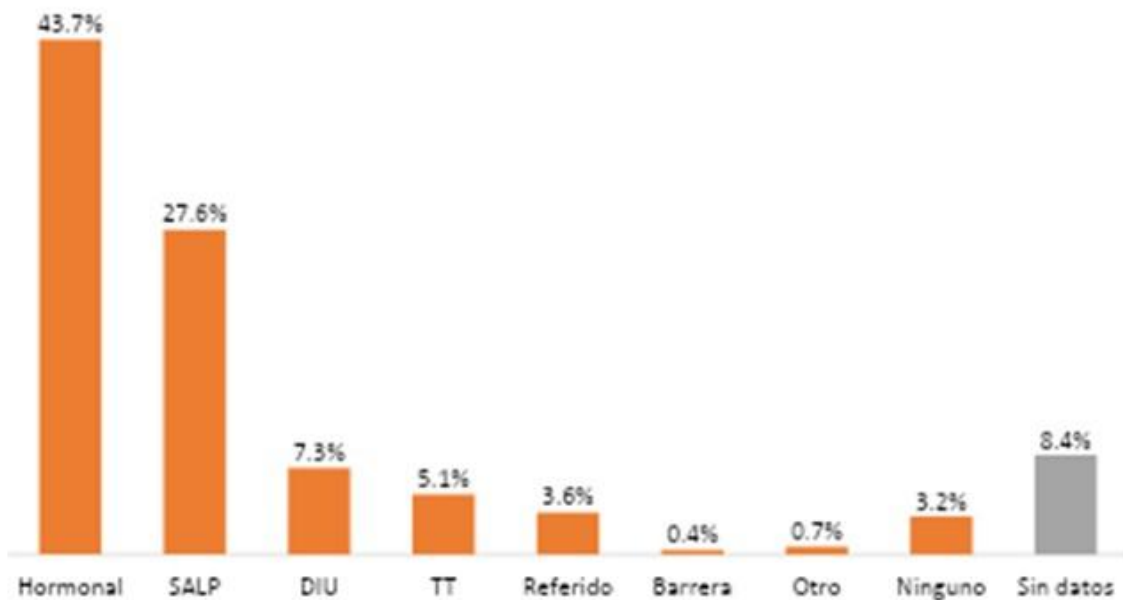


Figura 3: Porcentaje de madres según MAC egreso (n=1824).

Entre los métodos hormonales, los más elegidos fueron: anticonceptivo oral de lactancia MAC (ACOL), anticonceptivo inyectable (ACI) y el implante.

Al comparar los métodos elegidos según los tramos de edad, se puede concluir que la gran mayoría de las pacientes menores de 18 años eligieron los métodos hormonales, con casi el 80% de estas mujeres (Tabla II). En relación a las mayores de 35 años, el 48,3% fue por una salpingectomía, el 21,3% por método hormonal y el 13,5% por transección tubaria (TT). La diferencia entre las distribuciones fue estadísticamente significativa ($p=0,0001$).

Tabla II: MAC egreso según tramo de edad materna.

MAC EGRESO	< 18 años (n=99)		18 a 35 (n=1547)		> 35 años (n=178)	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Hormonal	78	78,8%	681	44,0%	38	21,3%
Salpingectomía	--	--	417	27,0%	86	48,3%
DIU	1	1,0%	125	8,1%	8	4,5%
TT	2	2,0%	67	4,3%	24	13,5%
Referido	8	8,1%	53	3,4%	4	2,2%
Barrera	0	0,0%	7	0,5%	0	0,0%
Otro	1	1,0%	8	0,5%	3	1,7%
Sin dato	--	--	136	8,8%	12	6,7%
Ninguno	3	3,0%	53	3,4%	3	1,7%

Al evaluar el método anticonceptivo elegido por las pacientes con más de 3 gestas, se observó que el 59,2% eligió la salpingectomía y el 8,6% la transección tubaria (TT), es decir alguno de los métodos quirúrgicos (Figura 4). Este resultado fue estadísticamente significativo ($p=0,0001$).

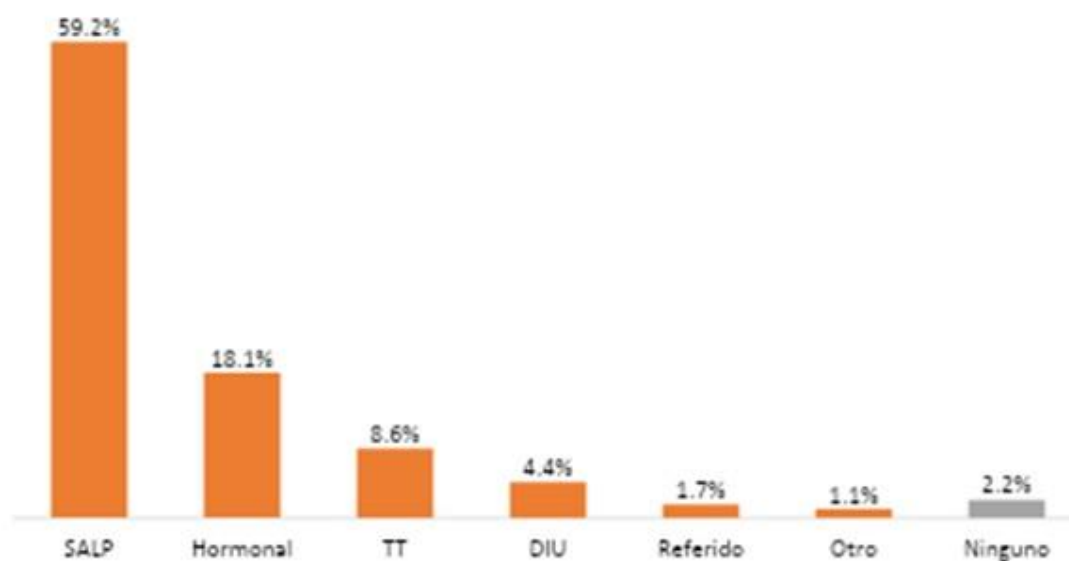


Figura 4: Porcentaje de madres con más de 3 gestas según MAC egreso.

Discusión

Es realmente esperanzador pensar en los potenciales resultados que se podrían obtener si se realiza y pone en práctica un protocolo de AIPEO. Partiendo de la base de la falta de registros previos sobre AIPEO, tanto en la ciudad de Río Cuarto como en la provincia de Córdoba, y teniendo en cuenta que en la institución NHRC no se utiliza ningún protocolo oficial, como así tampoco no se realiza coordinación alguna con sector municipal y consultorio externo.

También es importante remarcar con respecto a los MAC hormonal, su elección está sujeta a la disponibilidad o stock en la institución al momento del alta nosocomial. Esto representaría un punto de partida para una futura investigación sobre la influencia de la disponibilidad de MAC de la institución, a la hora de elegirlo. Es decir, si es el deseo el motivo de la elección de la PCG o si está sesgada por la disponibilidad de los mismos en la institución.

Conclusión

Considerando los datos obtenidos del muestreo en el presente trabajo, sobre la prevalencia de la anticoncepción inmediata en el post evento obstétrico (AIPEO) realizado en el NHRC durante el periodo 2023 - 2024, podemos arribar a la siguiente conclusión.

Se confirma estadísticamente la hipótesis planteada: que las PCG eligen la AQ a partir de la tercera gesta, por encima de los otros MAC. Ya que más del 60% de las PCG eligió un AQ.

Con los resultados obtenidos se puede inferir que el nivel de la atención médica brindada por el Servicio de Tocoginecología del Nuevo Hospital Río Cuarto a la PCG ha sido satisfactoria. Solo el 3.2% se retiró de alta institucional sin ningún MAC y en el 8.3% no se obtuvieron datos. Es decir que, el 88.4% de las PCG se retiraron de la institución con un MAC elegido. Considerando esto una fortaleza que ayuda a garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva de las PCG.

En cuanto a LARC no se ha podido arribar a un resultado significativo; debido a que en la variable "MAC de egreso: hormonal" el resultado "sin datos" registró un alto porcentaje.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las doctoras: Ortega Isabel, Debiasi Sofia y De Pauli Sofia por su constante apoyo y guía a lo largo de este proyecto. Su compromiso y su disposición para compartir conocimientos ha sido la base para el desarrollo de este estudio.

También quiero agradecer al Dr La Falce Federico, jefe de Servicio de Tocoginecología del Nuevo Hospital Río Cuarto, por su liderazgo y por darme el lugar para llevar a cabo mi formación en el servicio.

Anexos

CANT		Nº	APELLIDO	EDAD	G	P	N	CS	AB	VIA	MAC EGRESO	hormonal
PN	0	1										
CS	0	2										
TT	0	3										
HORMONAL	0	4										
S/D	0	5										
NINGUNO	0	6										
DIU	0	7										
OTRO	0	8										
BARRERA	0	9										
SALP	0	10										
NATURAL	0	11										
ACI	0	12										
ACO	0	13										
ACOL	0	14										
IMPLANTE X1	0	15										
IMPLANTE X2	0	16										
SD	0	17										

Bibliografía

1. **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (2021). *Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud*. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Página 8
2. **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (2021). *Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud*. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Página 39.
3. **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (2021). *Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud*. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Página 72.

4. **Ministerio de Salud de la Nación** (2021) *Métodos anticonceptivos. Guía para profesionales de la salud*. Página 153.
 5. **Organización Mundial de la Salud**.(2015)*Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*.5ta edición. Página 11.
 6. **Ministerio de Salud de la Nación** (2021) *Métodos anticonceptivos. Guía para profesionales de la salud*. Página 156.
 7. **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (2021). *Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud*. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Página 54.
 8. **Ministerio de Salud de la Nación** (2021) *Métodos anticonceptivos. Guía para profesionales de la salud*. Página 136.
 9. **Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (2021). *Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud*. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Página 65.
 10. Argentina. **Código Civil y Comercial de la Nación Argentina**. Buenos Aires: Infoleg; 2014 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa>
 11. Argentina. **Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina; 2002 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/79831/texto>
 12. Argentina. **Ley 26.130. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica**. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina; 2006 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26130-119260/actualizacion>
 13. Landa Pardavé, Gladys Rodriguez Pascual, Vijayra (2025) *Prevalencia y uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico en pacientes atendidas en el Hospital El Carmen – Huancayo 2022*. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Recuperado de <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/5107>
 14. Esquivel Martin, María Celeste (2024) *Caracterización epidemiológica de la anticoncepción post evento obstétrico en un hospital del noreste de México*. Especialidad thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/28560/>
 15. Burgos, N., Pasquale, J. (2024) *LARCS post evento obstétrico inmediato en Salud Pública: expectativa versus realidad*. Revista AMAdA volumen 20 N° 2 - 2024.
1. Médica Jefa de Residente de Tocoginecología. Servicio de Tocoginecología. Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”. Río Cuarto, Córdoba - Argentina.

I Consenso Argentino sobre el Uso de Testosterona en Mujeres Postmenopáusicas

Autores:

Valente, Silvina; Carpintero, Pablo; Fernández, Gladys; Belardo, Alejandra; Capandeghi, Claudia; Caro, Rita; Franchina, María; Freijedo, Valeria; Fusaro, David; Gómez Giglio, Fabián; Hudson, Adriel; Leiderman, Susana; Litterio, Gustavo; López, Mariana; Marega, Olga; Martin, Lucila; Martino, Mabel; Mocarbel, Yamile; Molina, Rosana; Ortiz, Graciela; Pesado, Analia; Peyrallo, Claudia; Pilnik, Susana; Pradier, Silvina; Rey, Claudia; Rodríguez Vidal, Doris; Sayegh, Fabiana; Shayo, Sandra; Sigal, Mariela; Tutzer, Marta.

Introducción

Este consenso nacional tiene como objetivo constituirse en una herramienta científica que dé respuesta a las crecientes demandas de las mujeres en el consultorio, así como brindar respaldo a los profesionales de la salud frente al uso de testosterona en mujeres postmenopáusicas.

La historia del uso de la testosterona en mujeres se remonta a la década de 1930, cuando comenzó a explorarse su utilidad en patologías ginecológicas como las “menorragias” (hoy denominadas sangrado uterino anormal, SUA), mastitis crónica y síntomas de disfunción sexual. Estudios posteriores observaron mejorías en el deseo sexual, el bienestar general y la calidad de vida. A lo largo del tiempo, esta molécula fue evaluada en diversos contextos clínicos, desde el tratamiento de tumores uterinos hasta su papel en la función sexual durante la menopausia. A pesar de su uso histórico, su prescripción continúa siendo controvertida por la falta de productos específicamente aprobados para mujeres y la escasez de datos de seguridad a largo plazo.

Desde una perspectiva fisiológica, la testosterona es producida en mujeres principalmente por los ovarios y las glándulas suprarrenales, y sus niveles disminuyen progresivamente con la edad. Este declive hormonal se relaciona con cambios en el deseo sexual, la energía, el estado de ánimo y la composición corporal. Además, la terapia hormonal estrogénica puede reducir aún más su disponibilidad biológica al aumentar la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG).

En función de la creciente necesidad de abordar con rigurosidad científica el uso de testosterona en mujeres y ante la aparición de consensos y guías internacionales —como el *Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women* (2019) [1] y la *Clinical Practice Guideline* publicada por la ISSWSH en 2021 [2]— se convocó en Argentina una reunión científica interdisciplinaria con el objetivo de desarrollar un consenso clínico nacional adaptado al contexto local. Para tal fin, se constituyó un panel de profesionales argentinos con reconocida trayectoria académica y clínica en el campo de la salud femenina, la sexualidad y la endocrinología, quienes se abocaron al análisis crítico de la evidencia científica disponible hasta el momento, con el propósito de ofrecer lineamientos claros, actualizados y contextualizados para la práctica médica en nuestro país.

Método

Diseño del consenso: Se conformó un panel multidisciplinario de 30 especialistas (de las áreas de ginecología, endocrinología, sexología, medicina interna, entre otros) con experiencia en salud de la mujer, asegurando representación federal y multidisciplinaria.

La metodología seguida para elaborar las recomendaciones combinó la formulación de preguntas clínicas mediante el modelo PICO (del inglés: Patient, Intervention, Comparison, Outcome) con un proceso de consenso formal tipo Delphi.

Búsqueda de evidencia: A partir de las preguntas disparadoras PICO definidas (centradas en la indicación de testosterona en mujeres posmenopáusicas, eficacia en disfunción sexual, seguridad y monitoreo, entre otras), se realizó una revisión sistemática de la literatura. Se consideraron metaanálisis recientes, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios observacionales pertinentes. En particular, se tomó en cuenta el metaanálisis global y revisión sistemática más completo disponible que evalúa la eficacia y seguridad de la terapia con testosterona en mujeres posmenopáusicas con deseo sexual hipoactivo [3]. También se revisaron publicaciones sobre seguridad a largo plazo y alternativas terapéuticas [4][5]. Asimismo, se integró la evidencia de una revisión sistemática reciente sobre el uso de testosterona en la postmenopausia [6].

Proceso de consenso: Con la evidencia recopilada, el panel elaboró un borrador de recomendaciones. Cada recomendación fue debatida y ajustada en rondas sucesivas de votación anónima tipo Delphi. Se definió un nivel de acuerdo de al menos 80% para considerar una recomendación como aprobada. Cuando no se alcanzó el consenso en la primera ronda, se discutieron las divergencias y se sometió a nuevas rondas de votación. Este proceso iterativo garantizó que las recomendaciones finales contaran con amplio respaldo de los expertos. Todas las recomendaciones de esta guía lograron consenso (mayoritariamente unanimidad) tras un máximo de dos rondas Delphi.

Clasificación de evidencia: Para graduar la solidez de las recomendaciones, se adoptó un sistema de niveles de evidencia y grados de recomendación basado en escalas aceptadas internacionalmente (similar al sistema SIGN). Cada afirmación sobre beneficio o riesgo está acompañada de un nivel de evidencia (p. ej., I, II, III o Insuficiente) según la calidad de los estudios disponibles, y un grado de recomendación (A, B, C, D u Opinión de expertos) según la fortaleza del apoyo científico. (Véase sección "Niveles de evidencia" más adelante para detalles). Esta clasificación se alineó con la utilizada por el consenso global de 2019 (Davis et al., 2019) para facilitar la comparación internacional [1].

Justificación del Consenso

El desarrollo de este consenso nacional se fundamenta en diversas razones de carácter clínico, científico y ético que responden a una necesidad creciente en el ámbito de la salud de la mujer:

- En primer lugar, se observa un incremento sostenido —y en muchos casos excesivo— del marketing dirigido a mujeres, que apela al ideal de una “juventud eterna” y promueve intervenciones hormonales sin el debido respaldo científico. Esta tendencia

genera expectativas poco realistas y, en ocasiones, promueve prácticas no avaladas por la evidencia científica.

- En segundo lugar, persiste una importante carencia de datos robustos sobre la eficacia y la seguridad del tratamiento con testosterona en mujeres, particularmente a largo plazo. A pesar de los avances recientes, los estudios disponibles presentan limitaciones metodológicas o duración insuficiente para establecer conclusiones definitivas en ciertos escenarios clínicos.
- Asimismo, se considera esencial ofrecer a la población una voz profesional y científica que contrarreste los discursos comerciales e ideológicos que circulan especialmente a través de redes sociales. Estos discursos tienden a simplificar o distorsionar los conceptos de salud, sexualidad y envejecimiento, y pueden derivar en intervenciones inapropiadas o innecesarias.
- Finalmente, este consenso busca sentar las bases para una prescripción médica responsable, basada en la mejor evidencia científica disponible, libre de sesgos comerciales y enmarcada dentro de un modelo de atención centrado en la persona. Lejos de posturas dogmáticas, se promueve una mirada crítica, contextualizada y alineada con las buenas prácticas de salud pública.

Desarrollo del Consenso

1. Diagnóstico y evaluación clínica

1.1. Principios generales

- El diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD) es **clínico**, no bioquímico. Debe realizarse en un marco biopsicosocial que incluya historia sexual, factores personales, de pareja y culturales, comorbilidades y fármacos o sustancias que puedan impactar en el deseo. *Nivel de Evidencia (NE) 1; Grado de Recomendación (GR) A*. Se destaca que no debe utilizarse la medición de testosterona para diagnosticar HSDD, ya que la presencia o ausencia de HSDD no se correlaciona con niveles séricos de testosterona [2].
- Los profesionales pueden apoyarse en cuestionarios validados en español, como el FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) o el cuestionario DESEA, entre otros, siempre que reciban formación para su correcta administración e interpretación. Estas herramientas pueden aportar información estructurada pero **no constituyen un diagnóstico por sí solas**, el cual sigue siendo clínico e integral.
- Otra herramienta útil para que el profesional aborde problemáticas o disfunciones sexuales es el modelo PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions,

Intensive Therapy) y su versión extendida EX-PLISSIT, que facilitan una intervención escalonada y la derivación oportuna según la complejidad del caso. Su uso puede servir de apoyo en el manejo inicial de dificultades sexuales (*NE 2; GR B; Opinión de expertos*). El modelo PLISSIT, descrito originalmente por Annon en 1974 y posteriormente ampliado, es una estrategia validada para atender necesidades de salud sexual en la práctica clínica [7].

1.2. Evaluación previa al inicio de terapia con testosterona

- **Testosterona total basal (pretratamiento).**
- **Objetivo:** Determinar los niveles séricos de testosterona antes de iniciar la terapia, principalmente para evitar iniciar o mantener tratamiento en pacientes con valores basales **suprafisiológicos**. En tales casos, se debe descartar la causa del hiperandrogenismo antes de considerar terapia androgénica. Por otra parte, valores bajos de testosterona **NO constituyen en sí mismos una indicación** de tratamiento; el diagnóstico de HSDD es clínico y no debe basarse únicamente en un resultado bioquímico (*NE 1; GR A*). Es decir, una testosterona baja aislada no “confirma” un diagnóstico ni obliga a tratar si la paciente no presenta el cuadro clínico, del mismo modo que una testosterona normal no descarta HSDD [2].
- En resumen, el diagnóstico de HSDD es **clínico**; la cuantificación aislada de testosterona total no establece por sí sola la presencia del trastorno (*NE 1; GR A*) [1].
- **Control ginecológico vigente:** Antes de iniciar la terapia, asegurar que la paciente tenga sus estudios de tamizaje ginecológico al día, según las recomendaciones nacionales. Esto incluye mantener la pesquisa mamaria y cervical acorde a la edad. Idealmente, al inicio del tratamiento, contar con una mamografía normal realizada dentro de los últimos 12 meses y una citología cervical dentro de los últimos 24 meses (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*).
- **Laboratorio general reciente (≤ 12 meses):** Se sugiere haber evaluado hemograma, glucemia, función renal, hepatograma y perfil lipídico en el último año, como parte del estado general de salud de la paciente (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*).

2. Beneficios y consideraciones terapéuticas

2.1. Beneficio clínico principal

- En mujeres posmenopáusicas con HSDD, la terapia con testosterona ha demostrado **mejorar el deseo sexual** (especialmente el deseo espontáneo), **augmentar la frecuencia de encuentros sexuales satisfactorios** y **reducir el malestar** asociado a la disfunción. Se trata de un efecto clínicamente relevante, aunque de magnitud moderada, consistente a través de ensayos controlados y metaanálisis (*NE 1; GR A*). En

términos cuantitativos, los estudios reportan aproximadamente **un evento sexual satisfactorio adicional por mes** en promedio sobre el efecto placebo, junto con mejoras en las subescalas de deseo sexual, excitación, placer y capacidad de respuesta sexual, y disminución de la angustia relacionada con la actividad sexual [3].

- Se ha observado que una **testosterona total basal más elevada** y/o un **SHBG elevado** (p. ej., en mujeres bajo terapia estrogénica oral) se asocian a menor probabilidad de beneficio clínico con la terapia androgénica. Esto debería discutirse con la paciente antes de iniciar el tratamiento, manejando expectativas en caso de que sus parámetros sugieran una menor respuesta (**NE 2; GR B**). Por ello, se recomienda medir SHBG y testosterona total basal para individualizar el plan: las mujeres con SHBG muy alta podrían experimentar respuestas atenuadas [2].

2.2. Áreas sin beneficio demostrado

- **Excitación sexual y orgasmo** (considerados como dominios aislados): La terapia con testosterona no ha mostrado un beneficio consistente en la mejora de la excitación sexual ni de la función orgásmica cuando estos síntomas se presentan de manera aislada, sin deseo hipoactivo concomitante (**NE 1; GR A**). En otras palabras, no existe evidencia sólida para utilizar testosterona con el objetivo exclusivo de tratar un trastorno de excitación sexual o una anorgasmia primaria; las recomendaciones internacionales enfatizan que la indicación con respaldo científico se limita al HSDD posmenopáusico, y **no debe extrapolarse** a otros subtipos de disfunción sexual femenina [1].
- **Calidad de vida global y bienestar general**: No se ha encontrado evidencia de que la terapia con testosterona mejore la percepción global de calidad de vida ni el bienestar general de las mujeres posmenopáusicas con HSDD, más allá del efecto específico sobre la esfera sexual (**NE 1; GR A**). Los ensayos clínicos reportan que las puntuaciones de bienestar general no difieren significativamente entre grupos tratados con testosterona y placebo [1].
- **Estado de ánimo (síntomas depresivos)**: La administración de testosterona en mujeres posmenopáusicas no ha demostrado una mejoría clínicamente relevante del estado de ánimo ni en síntomas de depresión cuando se evalúan de forma objetiva (**NE 1; GR B**). Los metaanálisis disponibles no muestran diferencias significativas en escalas de depresión entre testosterona y placebo, por lo que no se recomienda su uso con el fin primordial de tratar síntomas depresivos [1].
- **Función cognitiva**: La evidencia sobre efectos cognitivos de la testosterona en mujeres es insuficiente. Hasta el momento, los estudios no permiten concluir que la terapia hormonal con andrógenos mejore el rendimiento cognitivo ni prevenga el deterioro cognitivo en la postmenopausia (**NE 4; GR D – Evidencia insuficiente**). Son necesarios más estudios al respecto, y actualmente **no se respalda** su uso con este • **Densidad**

mineral ósea (columna lumbar y cadera): Los datos disponibles no muestran beneficios de la testosterona sobre la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas. Los ensayos controlados de 12 meses no hallaron diferencias significativas en la densidad ósea de columna, cadera total ni cuello femoral entre grupos tratados y no tratados (*NE 1; GR A*) [1]. Por lo tanto, la testosterona no debería ser utilizada con el objetivo de mejorar la salud ósea.

- **Composición corporal y fuerza muscular:** La evidencia clínica no revela **cambios significativos en la masa muscular magra, la masa grasa corporal ni la fuerza muscular** con dosis fisiológicas de testosterona en mujeres posmenopáusicas (*NE 1; GR A*). Los estudios, con número limitado de participantes para estos desenlaces, no han mostrado diferencias importantes en comparación con placebo [3]. En consecuencia, la testosterona no debe ser indicada con la finalidad de modificar la composición corporal o aumentar la fuerza en esta población.

2.3. Indicaciones para terapia sistémica con testosterona

- **Única indicación con evidencia:** La **mujer posmenopáusica** (menopausia natural o inducida quirúrgicamente) con diagnóstico clínico confirmado de HSDD —luego de haber optimizado o abordado otros factores biopsicosociales contribuyentes y de haber recibido consejería en salud sexual— es la única situación donde la terapia sistémica con testosterona ha demostrado ser efectiva y está respaldada por la evidencia científica (*NE 1; GR A*) [1]. No se dispone de evidencia sólida que respalde su uso en mujeres premenopáusicas con bajo deseo ni en otros contextos fuera del descrito.
- Es imprescindible la **decisión compartida** con la paciente y la obtención de un **consentimiento informado** antes de iniciar el tratamiento, dado que se trata de un uso *off-label* (fuera de indicación aprobada) de testosterona. Se debe informar claramente sobre los beneficios esperables, los posibles riesgos o efectos adversos y el plan de monitoreo durante la terapia (*NE 1; GR A*). Este paso es fundamental por razones éticas y legales; las guías internacionales enfatizan discutir el carácter no aprobado del tratamiento, equilibrando la información sobre eficacia y seguridad disponible, y documentar el consentimiento de la paciente [2].

2.4. Contraindicaciones

- **Hiperandrogenismo clínico activo:** Presencia de signos de androgenización como hirsutismo importante, acné severo o alopecia androgénica en actividad. En estos casos, se debe **diferir** o evitar el inicio de testosterona hasta completar el estudio etiológico de dichos signos (por ejemplo, descartar síndrome de ovario poliquístico, tumores productores de andrógenos, hiperplasia suprarrenal no clásica, etc.) y/o hasta lograr la estabilización del cuadro. Igualmente, la terapia está contraindicada en

presencia de **hiperandrogenismo funcionalmente significativo**. (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*). • **Enfermedad hepática severa o activa**: Dado que los andrógenos se metabolizan en el hígado, no se recomienda iniciar testosterona en mujeres con hepatopatía grave descompensada o hepatitis activa. Se sugiere posponer el tratamiento hasta que la función hepática esté estabilizada, para evitar complicaciones. (*NE 4; GR D*).

- **Sangrado genital inexplicado**: Ante una mujer con hemorragia uterina anómala de causa no esclarecida, se debe **postergar** cualquier terapia hormonal (incluida la testosterona) hasta completar los estudios diagnósticos pertinentes (p. ej., evaluación endometrial) y resolver la causa del sangrado. (*NE 4; GR D*).
- **Cáncer hormono-dependiente (mama, endometrio, ovario)**: Las pacientes con cáncer de mama, endometrio u otros tumores sensibles a hormonas representan una población especial. Los ensayos clínicos de testosterona en HSDD excluyeron a mujeres con antecedente de cáncer de mama, por lo que no se dispone de datos de seguridad en este contexto. En general, se **desaconseja** el uso de testosterona en mujeres con cáncer de mama activo o antecedente de cáncer hormonodependiente, salvo quizá en circunstancias excepcionales y tras evaluación estricta. Si se considerara, debe ser una decisión conjunta e interdisciplinaria con el equipo de oncología, sopesando muy cuidadosamente riesgos y beneficios (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*).
- **Riesgo cardiovascular alto o enfermedad cardiovascular establecida, trombofilia u obesidad severa**: Estas condiciones predisponen a eventos adversos y en su mayoría las pacientes fueron excluidas de los ensayos clínicos de testosterona. Por ende, la evidencia de seguridad no es directamente extrapolable a este grupo. Se recomienda optimizar el perfil de riesgo cardiovascular (control de factores como hipertensión, dislipemia, diabetes, peso) **antes** de considerar la terapia con testosterona, o evitarla si el riesgo no es modificable (*NE 4; GR B–D – Opinión de expertos*).
- **Policitemia o hemocromatosis (o antecedentes de estas)**: Los andrógenos pueden estimular la eritropoyesis; por ello, en mujeres con policitemia vera, hemocromatosis o tendencia a hematocritos elevados, se aconseja evitar la terapia con testosterona o extremar la precaución, ya que podría agravar dichas condiciones (*NE 4; GR D*).
- **Insuficiencia hepática o renal no controlada**: Situaciones de falla hepática o renal avanzadas pueden alterar el metabolismo y excreción de hormonas. Se recomienda no iniciar testosterona hasta lograr la estabilización o mejoría de la función de estos órganos (*NE 4; GR D*).

2.5. Precauciones

- **Uso concomitante de medicación antiandrogénica:** En mujeres que estén recibiendo fármacos antiandrógenos (por ejemplo, espironolactona, finasteride, acetato de ciproterona, entre otros) se debe revisar la indicación de dichos fármacos y las posibles interacciones antes de añadir testosterona. Podrían antagonizar parcialmente el efecto buscado o indicar una condición subyacente (como hirsutismo) donde la testosterona estaría contraindicada. (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*).
- **No extrapolar la evidencia:** Las conclusiones sobre eficacia y seguridad de la terapia con testosterona en mujeres **no deben extrapolarse** a otras poblaciones o condiciones no estudiadas. En particular, no se recomienda aplicar estas evidencias a varones (cisgénero o transgénero), a otras disfunciones sexuales femeninas (distintas del HSDD) ni a mujeres fuera del rango etario posmenopáusico, ya que no hay datos que apoyen su uso en esos contextos (*NE 1; GR A*). La única indicación aprobada por consenso internacional es HSDD en posmenopausia; no existe respaldo científico para usar testosterona en trastornos como la falta aislada de excitación, anorgasmia, etc., o en mujeres premenopáusicas con bajo deseo fuera de protocolos de investigación [1].

3. Esquema terapéutico, dosis y formulaciones

3.1. Dosis y formulaciones recomendadas

- **Principio general de dosificación:** Se recomienda utilizar aproximadamente **una décima parte de la dosis masculina** cuando se empleen formulaciones transdérmicas diseñadas para varones (*NE 1; GR A*). Este principio deriva de la diferencia en los niveles fisiológicos de testosterona entre hombres y mujeres. Dosis del orden de 5–10 mg diarios de testosterona transdérmica producen concentraciones plasmáticas en el rango premenopáusico en la mayoría de las mujeres, evitando concentraciones suprafisiológicas [1].
- **Uso off-label de gel masculino al 1% (50 mg/día en 5 g):** En ausencia de productos comerciales específicos para mujeres, es práctica común utilizar geles transdérmicos masculinos ajustando la dosis. Por ejemplo, el gel de testosterona al 1% indicado en hombres a razón de 5 g (50 mg) diarios puede usarse en la mujer en dosis de **0,5 g diarios**, lo que aporta aproximadamente 5 mg de testosterona por día (*NE 1; GR A*). Esta dosis suele ser suficiente para alcanzar niveles en rango femenino normal y ha sido la utilizada en numerosos ensayos clínicos en mujeres [1]. Sin embargo, hasta la fecha no se han publicado estudios farmacocinéticos en mujeres con estas formulaciones.
- **Crema transdérmica al 1% (formulación femenina):** Existe una preparación de crema de testosterona al 1% **aprobada en Australia** específicamente para mujeres

(AndrofemeR), con dosis de 5 mg diarios, pero al momento de este consenso no está disponible en otros países. Esta formulación ha mostrado eficacia similar y un perfil de seguridad adecuado en estudios australianos (*NE 1; GR A*) [2]. Su existencia refuerza el principio de dosificación reducida mencionado, pero dada su falta de acceso en Argentina, se recurre a las formulaciones para varones ajustadas en dosis. **3.2.**

Sugerencias sobre formulaciones

- Se recomienda **evitar las formulaciones orales** de testosterona en mujeres. Los preparados orales (ej. comprimidos de undecanoato de testosterona) se asocian con un **impacto adverso en el perfil lipídico** (disminución del colesterol HDL e incremento del LDL) y con mayor variabilidad en los niveles hormonales debido al efecto de primer paso hepático (*NE 1; GR A*) [1]. Las vías no orales (transdérmica, principalmente) ofrecen una liberación más estable y evitan en gran medida estos efectos negativos sobre las fracciones lipídicas.
- No se recomiendan las **inyecciones intramusculares** ni los **implantes subdérmicos** (“pellets”) de testosterona en mujeres. Estas vías de administración, comúnmente usadas en varones, tienden a producir niveles plasmáticos **suprafisiológicos** inmediatamente post-dosis, con fluctuaciones marcadas difíciles de controlar. Además, no existen datos suficientes de seguridad a largo plazo en mujeres con estas presentaciones. Por ende, se debe privilegiar la vía transdérmica diaria y evitar las formulaciones depot en este contexto (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*) [1].
- Los **preparados magistrales “bioidénticos” no estandarizados** deben evitarse por varias razones: alta variabilidad en la concentración real del principio activo, falta de control de calidad farmacéutica y ausencia de evidencia robusta sobre su eficacia y seguridad. El panel desalienta su uso, recomendando en cambio recurrir a formulaciones aprobadas (aunque sea de forma off-label) que aseguren contenido confiable de testosterona (*NE 4; GR D*) [1]. En caso de no contar con un producto aprobado disponible, y solo como último recurso, se utilizara una preparación magistral.

3.3. Evaluación de la respuesta clínica

- El beneficio clínico de la terapia suele comenzar a observarse hacia las **12 semanas** de tratamiento continuo. Muchas pacientes reportan alguna mejoría alrededor de las 4–8 semanas, pero los efectos máximos sobre el deseo sexual y la frecuencia de encuentros satisfactorios típicamente se alcanzan alrededor de los 3 meses de uso. Esta latencia esperable debe explicarse a la paciente para evitar expectativas irreales de respuesta inmediata (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*).

- Si **no se documenta una mejoría clínica significativa a los 6 meses** (por ejemplo, en el deseo sexual, en la frecuencia de encuentros satisfactorios o en la reducción del malestar sexual), se recomienda suspender el tratamiento por falta de eficacia y reevaluar causas subyacentes del bajo deseo u otras intervenciones terapéuticas. No se justifica mantener una terapia androgénica que no ha dado resultados clínicos en ese período (**NE 1; GR A**) [1]. En tales casos, se deberá reconsiderar el diagnóstico, optimizar factores psicosexuales y evaluar alternativas terapéuticas no hormonales (p. ej., terapia sexual especializada).

4. Duración terapéutica y seguridad

4.1. Duración terapéutica segura

- Los datos de seguridad provenientes de ensayos clínicos controlados respaldan la **seguridad del tratamiento con testosterona hasta 12 meses** de uso continuo. En los ensayos de 6 a 12 meses de duración, no se han observado diferencias en la incidencia de eventos adversos serios entre los grupos tratados con testosterona (en dosis fisiológicas) y los grupos placebo (**NE 1; GR A**) [4]. De hecho, un metaanálisis amplio no encontró aumento de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares ni otros eventos mayores en este periodo.
- Datos de estudios **observacionales** y de **extensiones abiertas** de ensayos clínicos sugieren que el perfil de seguridad se mantendría hasta los 24 meses de terapia. Algunos seguimientos abiertos de 2 años no han reportado señales de alarma específicas, aunque estas evidencias tienen menor nivel de rigor (rango **NE 2-4; GR B-D**, dependiendo del estudio). En consecuencia, **podría considerarse seguro hasta 2 años** de uso en mujeres seleccionadas, con la debida cautela (**NE 2-4; GR B-D**). Cabe aclarar que **no existen datos de seguridad más allá de 24 meses** de tratamiento; las autoridades y consensos internacionales advierten que faltan estudios de mayor duración, por lo cual no se puede garantizar la seguridad a largo plazo más allá de ese período [1].
- Dado lo anterior, se recomienda **re-evaluar periódicamente la necesidad y eficacia** del tratamiento en cada paciente. No se aconseja prolongar la terapia con testosterona más allá de los 24 meses sin una reconsideración cuidadosa del caso. En la práctica, muchos expertos sugieren limitar a 24 meses la duración máxima continua y, llegado ese punto, suspenderla para reevaluar la evolución. Siempre se debe acompañar la intervención médica con medidas de apoyo (como terapia sexual) que apunten a mejorar la condición de base (**GR A-B**). Esta recomendación se basa en que, si bien no se han visto efectos adversos serios en 2 años, la **seguridad a más largo plazo no está establecida**, y se desconoce si la prolongación indefinida podría conllevar riesgos acumulativos [1].

4.2. Seguridad de acuerdo a la vía de administración

- Con la administración **transdérmica** de testosterona, manteniendo niveles plasmáticos dentro del rango fisiológico femenino, **no se han observado efectos adversos consistentes** sobre el perfil lipídico, el riesgo cardiovascular ni el riesgo oncológico (mamario o endometrial) en el corto y mediano plazo, según los datos agrupados de los ensayos clínicos disponibles (**NE 1; GR A**). En particular, los estudios muestran que la testosterona **oral** sí afecta negativamente al colesterol (baja el HDL y puede elevar el LDL), pero la testosterona **no oral (transdérmica)** no produce cambios significativos en los lípidos ni en otros parámetros metabólicos a corto plazo [3]. Asimismo, no se han reportado aumentos de presión arterial, glucemia o HbA1c atribuibles a la testosterona transdérmica en las poblaciones estudiadas [1]. En cuanto a riesgo de cáncer de mama, los datos a 6–12 meses no evidenciaron incremento en la incidencia de cáncer de mama ni cambios en la densidad mamográfica con niveles fisiológicos en rango premenopáusico de testosterona [1].

4.3. Monitoreo de efectos secundarios no deseados

- Durante el tratamiento, se debe vigilar la aparición de **signos de exceso androgénico** en la paciente. Entre los posibles efectos están el acné (especialmente en cara, pecho o espalda), el incremento no deseado del vello corporal o facial (hirsutismo), la acentuación de calvicie de patrón androgénico (alopecia), **cambios en la voz** (engrosamiento o ronquera) y **clitoromegalia**. Estos últimos dos efectos (voz más grave y aumento del tamaño del clítoris) no se han reportado como comunes en los estudios con niveles fisiológicos en rango premenopáusico de testosterona, pero son potencialmente irreversibles y por ello ameritan especial atención (**NE 2–4; GR B–D**). En los ensayos clínicos, el perfil de efectos adversos androgénicos fue generalmente leve: se observaron **ligeras alzas en acné y crecimiento de vello** en un porcentaje de mujeres, **sin evidenciarse casos de virilización franca (alopecia significativa, clitoromegalia o voz grave) con dosis adecuadas** [1]. No obstante, el monitoreo periódico permite detectar tempranamente cualquier signo de androgenización; si estos ocurren, se debe reevaluar la dosis y considerar suspender el tratamiento para evitar su progresión.

5. Seguimiento y monitoreo

5.1. Seguimiento clínico

- En el seguimiento, el objetivo primario será corroborar la **mejoría del deseo e interés sexual** de la paciente. Una vez iniciada la terapia, se espera evidenciar un aumento en la libido y la reanudación o incremento de fantasías, pensamientos y motivación sexual, así como una reducción de la angustia asociada al bajo deseo (**NE 1; GR A**).

Estas mejorías subjetivas deben ser evaluadas en cada control clínico mediante la entrevista, idealmente comparando con la situación basal [3].

- Para apoyar la evaluación, se pueden utilizar herramientas estandarizadas de resultado. Instrumentos como el **FSFI (Female Sexual Function Index)** –que evalúa varios dominios de la función sexual femenina incluyendo deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor– y el **FSDS-R (Female Sexual Distress Scale, versión revisada)** –que mide el malestar asociado a la disfunción sexual– resultan útiles para establecer la línea de base y monitorear el cambio clínico con el tratamiento. Ninguno de estos cuestionarios cubre *todos* los aspectos de la función sexual ni sustituye la entrevista clínica, pero proveen métricas cuantitativas complementarias (**NE 2; GR B**). Es importante que el profesional esté familiarizado con su administración e interpretación. El uso de estas escalas validadas permite objetivar la evolución y respaldar las percepciones clínicas, aunque siempre integrando los hallazgos al contexto biopsicosocial de la paciente [8].
- Si no se objetiva un **beneficio clínico claro a los 6 meses** de tratamiento (es decir, si la paciente no reporta mejoras significativas en su deseo sexual o una disminución de la angustia, y esto se confirma con evaluaciones clínicas y/o instrumentos), se debe **suspender el tratamiento** y reconsiderar el diagnóstico. En esa instancia, es necesario reevaluar factores contribuyentes (por ejemplo, problemas vinculares, trastornos del estado de ánimo, efectos de medicación concomitante) y explorar la necesidad de intervenciones adicionales de tipo psicológica o sexológica (**NE 1; GR A**) [1]. La discontinuación evita exponer a la paciente a un fármaco sin provecho y brinda la oportunidad de reencausar el abordaje terapéutico.

5.2. Seguimiento bioquímico

- **Testosterona total plasmática:** Se recomienda repetir la medición de testosterona total entre las **3 y 6 semanas** de iniciado el tratamiento. El objetivo de este control temprano es verificar los niveles alcanzados y ajustar la dosis para asegurar que la concentración se mantenga dentro del límite superior del rango fisiológico premenopáusico, sin excederlo (**NE 2; GR B**). Posteriormente, se sugiere controlar la testosterona total cada **4–6 meses durante el primer año** de tratamiento y, si todo se mantiene estable, espaciarlos a cada **6–12 meses** en años sucesivos. Estas mediciones seriadas ayudan a detectar cualquier elevación inadvertida por encima del rango objetivo y a confirmar la adherencia al tratamiento [1].
- No existe un **“rango objetivo” único absoluto de testosterona plasmática** para todas las mujeres en tratamiento. A diferencia de otras hormonas de reemplazo, en testosterona femenina no se define un valor diana preciso, sino que el monitoreo busca evitar concentraciones suprafisiológicas y asegurar que la dosis sea la menor necesaria para lograr efecto clínico (**NE 1–2; GR A–B**). Las guías señalan que los

niveles deben interpretarse siempre en conjunto con la respuesta clínica: si la paciente mejora y sus valores se mantienen dentro del rango premenopáusico alto, el objetivo está logrado; si los niveles estuvieran por encima de rango, se debe reducir la dosis incluso si no hay síntomas adversos manifiestos [2]. En resumen, la medición periódica es una guía de seguridad, no un indicador de eficacia, la cual se evalúa principalmente por la evolución clínica.

5.3. Laboratorio y controles generales de salud

- **Panel metabólico y general:** Se aconseja repetir hemograma, hepatograma y perfil lipídico aproximadamente a los **6 meses** de iniciado el tratamiento y luego **anualmente** mientras se mantenga la terapia, siempre que los resultados previos hayan sido normales (**NE 2-4; GR B-D**). Si alguno de estos parámetros estuviera alterado al inicio o sufriera cambios durante el tratamiento, la frecuencia de control deberá individualizarse. Esta recomendación surge de consideraciones teóricas y prudenciales: aunque la testosterona transdérmica no mostró afectar significativamente estas variables en el corto plazo, es buena práctica en medicina monitorear periódicamente el estado general de la paciente bajo cualquier terapia prolongada [2].
- **Controles ginecológicos periódicos:** Se debe continuar el seguimiento mastológico y ginecológico de rutina conforme a las guías de tamizaje nacionales según la edad y el riesgo individual de cada paciente. Iniciar terapia con testosterona no exime ni modifica las recomendaciones de tamizaje, por lo que se indica mantener, por ejemplo, la **mamografía anual** a partir de la edad establecida o antes en poblaciones de riesgo elevado, así como los controles ginecológicos periódicos (examen pélvico, PAP/VPH según corresponda) (**NE 4; GR D**). Es importante **asegurar que estos controles estén actualizados antes de comenzar la terapia**; por ejemplo, confirmando una mamografía reciente normal previo al inicio, dado que la presencia de una lesión mamaria subclínica sería una contraindicación para el tratamiento. Aunque la testosterona no ha mostrado aumentar el riesgo de cáncer de mama en el corto plazo [1], se insiste en **no descuidar las medidas de prevención y detección temprana** ya establecidas para la salud femenina [2].

6. Recomendaciones de uso y límites de indicación

- **Poblaciones y situaciones no recomendadas:** Hasta el momento, **no se recomienda** el uso de testosterona en mujeres **premenopáusicas** con HSDD (ni en otros subtipos de disfunción sexual femenina, como trastorno aislado de la excitación, anorgasmia primaria o trastornos de dolor sexual), salvo dentro de protocolos formales de investigación clínica. La evidencia sobre eficacia y seguridad en mujeres premenopáusicas es insuficiente o contradictoria, y no existen aprobaciones

regulatorias en ese grupo. Del mismo modo, la terapia androgénica en mujeres jóvenes o en disfunciones distintas del HSDD generalizado no cuenta con respaldo científico actualmente (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*). Este consenso se alinea con la postura internacional de limitar la testosterona a mujeres posmenopáusicas con HSDD, dado que **no hay datos que apoyen su uso para otros fines** [1].

- Se promueve un **seguimiento multidisciplinario** de las pacientes bajo terapia con testosterona. Idealmente, el manejo debería ser coordinado entre la unidad de climaterio/endocrinología y profesionales de salud sexual/psicología, de forma tal de brindar una atención integral. Asimismo, en pacientes con comorbilidades relevantes (p. ej., enfermedad cardiovascular significativa) o con antecedentes de cáncer hormono-dependiente en remisión, se aconseja **interconsulta con cardiología u oncología** respectivamente, antes y durante el tratamiento, para evaluar riesgos particulares. Este abordaje colaborativo mejora la seguridad y efectividad de la intervención (*NE 4; GR D – Opinión de expertos*).

7. Niveles de evidencia y grados de recomendación (Anexo 1)

Nivel de evidencia – Descripción:

- **1++:** Meta-análisis (MA) o revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos de alta calidad, o ensayos clínicos de alta calidad con muy bajo riesgo de sesgo.
- **1+:** MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con bajo riesgo de sesgo.
- **1-:** MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
- **2++:** RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con muy bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer relación causal.
- **2+:** Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con probabilidad moderada de relación causal.
- **2-:** Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y significativa posibilidad de que la relación no sea causal.
- **3:** Estudios no analíticos, como informes o series de casos.
- **4:** Opinión de expertos y experiencia clínica de autoridades reconocidas.

Grado de Recomendación – Descripción:

- **A:** Al menos un MA, RS o ensayo clínico calificado como 1++ directamente aplicable a la población diana; o un conjunto de evidencia consistente de estudios 1+.
- **B:** Evidencia consistente derivada de estudios 2++ directamente aplicables a la población diana; o evidencia extrapolada de estudios 1++ o 1+.
- **C:** Evidencia derivada de estudios 2+ directamente aplicables y consistente; o evidencia extrapolada de estudios 2++.

- **D:** Evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios 2+.
- **Op. Exp.:** Recomendación basada en la opinión de expertos (cuando la evidencia científica es insuficiente).

Bibliografía

1. **Davis, S. R., Baber, R., Panay, N., et al. (2019).** Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *104*(10), 4660–4666. DOI: 10.1210/jc.2019-01603
2. **Parish, S. J., Simon, J. A., Davis, S. R., et al. (2021).** International Society for the Study of Women’s Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Climacteric*, *24*(6), 533–550. DOI: 10.1080/13697137.2021.1891773
3. **Islam, R. M., Bell, R. J., Green, S., Page, M. J., & Davis, S. R. (2019).** Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, *7*(10), 754–766. DOI: 10.1016/S2213-8587(19)30189-5
4. **Achilli, C., Pundir, J., Ramanathan, P. B., Sabatini, L., Hamoda, H., & Panay, N. (2017).** Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, *107*(2), 475–482.e15. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.028
5. **Elraiyah, T., Sonbol, M. B., Wang, Z., et al. (2014).** The benefits and harms of systemic testosterone therapy in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *99*(10), 3543–3550. DOI: 10.1210/jc.2014-2262
6. **Ribera Torres, L., Anglès-Acedo, S., López-Chardi, L., Mension Coll, E., & Castelo-Branco, C. (2024).** Systemic testosterone for the treatment of female sexual interest and arousal disorder (FSIAD) in the postmenopause. *Gynecological Endocrinology*, *40*(1), e2364220. DOI: 10.1080/09513590.2024.2364220
7. **Taylor, B., & Davis, S. (2006).** Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, *21*(11), 35–40. DOI: 10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6380
8. **Clayton, A. H., Goldstein, I., Kim, N. N., et al. (2018).** The International Society for the Study of Women’s Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clinic Proceedings*, *93*(4), 467–487. DOI: 10.1016/j.mayocp.2017.11.002

Reequilibrando la narrativa sobre la THM

El impulso de la menopausia continúa tras el "unboxing" de la FDA.

Resumen del Artículo

Autores:

Rossella E. Nappi, Seng Bing Ang, Steven R. Goldstein, Pauline Maki, Nick Panay & Wendy Wolfman (2026) Rebalancing the narrative on MHT – the menopause momentum continues following FDA 'unboxing', *Climacteric*, 29:1, 1-3, DOI:10.1080/13697137.2026.2620977

Luego de más de 20 años, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) retira la advertencia del "recuadro negro" (black-box warnings) para la terapia hormonal de la menopausia (THM). La advertencia del recuadro negro señalaba mayores riesgos de eventos cardiovasculares, tromboembólicos y cáncer de mama y demencia. Este cambio relevante para el enfoque clínico de la THM, marca un nuevo hito comparable al Women's Health Initiative (WHI) en los EE. UU en el 2002 actualizando los riesgos y beneficios de la THM. A su vez, permite ofrecer una mejor calidad de vida a las mujeres que transiten esta etapa.

Las sociedades científicas de excelencia basadas en el estudio del climaterio, manifiestan su compromiso por la educación profesional y la población objetivo, basada en la evidencia científica para la toma de decisiones conjuntas del binomio médico- paciente.

Durante estas décadas, se han revisado los resultados del WHI, observando un beneficio en las pacientes en la ventana de oportunidad terapéutica, idealmente el rango etario entre 45 y 55 años (perimenopausia) y menos de 10 años de menopausia con sintomatología vasomotora, síndrome genitourinario de la menopausia o alteración de la salud ósea. No se recomienda la prescripción de THM como tratamiento antiaging, ya que este efecto no ha sido aún validado internacionalmente, lo mismo que el uso de Testosterona, está aprobado exclusivamente para trastorno de deseo sexual hipoactivo. El efecto cardioprotector y neuroprotector siguen en controversias salvo en los casos de insuficiencia ovárica prematura. Las sociedades científicas celebran la eliminación de estas advertencias de los productos de estrógeno vaginal, dada la evidencia confiable en la literatura médica y científica de que los niveles sistémicos de estrógeno resultantes de las vías de administración vaginal y los riesgos asociados son insignificantes.

En conclusión, se espera que el tiempo y nuevos estudios científicos, junto con el abordaje multidisciplinario, permitan aclarar las incertidumbres aún existentes sobre los posibles beneficios adicionales de la THM. No obstante, actualmente existe un sólido consenso respecto a su indicación durante la ventana de oportunidad en pacientes sintomáticas y en casos de insuficiencia ovárica prematura, siempre que sea prescrita y supervisada por profesionales con formación académica de calidad, en beneficio de la salud de las mujeres.

Resumido por: Dra. Silvia Schmidt

Medica ginecóloga de Río Grande Tierra del Fuego

Miembro del Comité de Salud Sexual y Reproductiva de FASGO 2026

Especialista en Climaterio AAPEC

Especialista en Ginecología Endocrinológica y Reproductiva SAEGRE

Miembro Comisión directiva AAPEC

Consideraciones en anticoncepción en pacientes adolescentes y adultos jóvenes, Transmasculinos y géneros diversos

Resumen del Artículo

Autores:

Kirsten Das, MD¹. Veronica Gomez Lobo, MD²
Reproduction 2025 January 01;169(1): doi:10.1530/REP-24-0080.

La atención médica en anticoncepción en la población transgénero del espectro masculino y no binario, tanto en adolescentes como adulto joven es muy importante no solo como el brindar información acerca de la misma sino además, para personas de este grupo que se encuentran en busca de amenorrea, que además es parte de lograr su afirmación de género, y mejora su calidad de vida.

Es muy importante como personal de salud, que asisten a este grupo de pacientes, comprender y transmitir que así como en los tratamientos con testosterona se puede lograr estados de amenorrea, esa situación no es sinónimo de anticoncepción.

En este artículo se propone una descripción general de los métodos anticonceptivos disponibles y promueve una decisión compartida entre el usuario del sistema médico y el profesional acerca del mismo y además brinda una oportunidad para la discusión de su salud reproductiva.

Según estudios, entre un 16-31% de población TGD(Transgénero y Género Diverso) cree que la amenorrea lograda en el uso de testosterona significa que tiene una situación de anticoncepción. Así como que también se describió que en pacientes TGD en amenorrea que estuvieron expuestas a espermatozoides tuvieron una tasa de embarazo del 20%. Otro estudio, en relación a este tópico demostró un que un tercio de pacientes TGD bajo tratamiento con testosterona ovulaban.

Es de suma importancia tener dichos conceptos y poder compartírselos en la consulta con dicha población para lograr tener una decisión compartida.

-
1. Eunice Kennedy Schriver National Institute of Child Health and Human Development
Bethesda, Maryland, USA

Resumen realizado por el Dr Fabian Gomez Giglio

Esp Ginecología, Endocrinología Ginecológica y Reproductiva y Medicina Reproductiva.
San Carlos de Bariloche, Rio Negro
Comité de Salud Sexual y Reproductiva de FASGO 2026

La lectura como herramienta de aprendizaje

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 lectura y el conocimiento

"La lectura, que es y ha sido un factor clave en el acceso al conocimiento, parece considerada como un lujo inaceptable en el mundo de la utilidad inmediata; está creciendo el analfabetismo de los alfabetizados aturcidos por la imágenes y los sonidos o fascinados por las ventanas de la red y los servicios de la telefonía móvil."

Gutiérrez de la Torre, J. M. (2005),
"Sociedad lectora y bibliodiversidad",
Revista de Educación. Número extraordinario.

La lectura es parte esencial del proceso de la educación continua y de la investigación científica. También, es una forma de comunicación y transmisión de cultura, valores que representan una sociedad en particular.

Ahora que tanto se habla de calidad de la enseñanza y se perfilan nuevas líneas programáticas, sería bueno que los responsables de fijarlas comprendieran que el arte de leer no es un capítulo más de la educación o de la enseñanza, sino la base de ambas. Todos somos conscientes de que la lectura no es una simple asignatura sino una actividad necesaria que no siempre hay que entender como un placer. Además, coincidimos en que es la principal fuente de conocimiento; nos ayuda a comprender el mundo, a comunicarnos con mayores garantías, a pensar de forma crítica y creativa. En definitiva, nos hace más libres. Y sabemos también que es uno de los inconvenientes que tienen los estudiantes para progresar en el aprendizaje. Sir Bertrand Russell en su ensayo "Useless" knowledge sostiene que aprender curiosidades hace menos desagradables a las cosas desagradables y más agradables las agradables.

Al abordar el tema de la lectura nos encontramos con una realidad bastante evidente: dificultades en la comprensión del texto, falta del hábito de lectura, la no disposición de un tiempo determinado para leer, la carencia de un lugar adecuado, la ausencia de un programa de animación a la lectura, etc. Y todo ello relacionado con la falta de base de los alumnos y alumnas, propiciada por un sistema de enseñanza de mínima, la ausencia (hasta ahora) de medios organizativos y curriculares donde se contemple la lectura como una fuente de información y de entretenimiento, la propia infraestructura de los centros y, por último, la poca formación del profesorado en este tema. La lectura es un proceso comunicativo de interacción entre los textos y el lector que da lugar a la apropiación de determinada información. De esta manera, la lectura y construcción del sentido textual pone en juego una serie de competencias: las cognoscitivas, las gramaticales y las prácticas.

Se entiende como competencia lectora a la capacidad de comprender, utilizar y analizar textos escritos para desarrollar conocimientos. Un aspecto concluyente en ella es la

interpretación. Por esta razón, la lectura no debe ser un simple ejercicio mental, sino que, por el contrario, debe tener un carácter participativo y dinámico. "Requiere de la realización de operaciones mentales como el análisis, la síntesis, la inducción, la deducción y la comparación, para comprender e interpretar la información escrita". El hábito de leer nos brinda información y si sabemos qué hacer con ésta, la transformamos en educación. Cuando leemos, estamos creando hábitos que impactarán positivamente en nuestro quehacer diario: capacidad de reflexión, habilidades de concentración, apertura al análisis crítico, etc., lo cual constituye un espacio de placer y de recreación intelectual.

En nuestra práctica diaria, el médico asistencial tiene la obligación ética ineludible de estar actualizado en los conocimientos que rigen la actividad que practica, sobre todo porque los rápidos cambios en este conocimiento médico hacen que los adquiridos, un tiempo atrás nomás, se encuentren prontamente envejecidos. Pero abocarse a la lectura de la literatura médica tiene motivaciones diferentes a las del médico investigador. Las más frecuentes son la búsqueda de información para resolver un caso clínico específico y su interés en mantenerse actualizado en los temas de su competencia. Sin embargo, es de destacar una y otra vez que un médico actualizado es un médico más eficiente desde el punto de vista académico (investigación, docencia y asistencia).

Lo anterior parecería muy sencillo para un profesional universitario, habituado a estudiar, si el número de publicaciones fuera escaso y de buena calidad. En la actualidad existen alrededor de 25 mil revistas médicas y se publican más de 2 millones de artículos por año (unos 2 mil por día). Por lo que se calcula que un médico para poder leer todo lo que se publica en un año sobre su especialidad necesitaría 19 horas diarias durante los 365 días del año. Lamentablemente muchos de estos artículos son prescindibles y descartables. Esta profusión de publicaciones científicas hace que resulte imposible leerlas en su totalidad y obliga al médico a ser altamente sistemático, metódico y selectivo con el material al cual dedicará su tiempo de lectura, además de exigir una táctica apropiada para la selección del mismo.

También es fundamental la capacidad de valorar en forma crítica la información y ponderar sus méritos conceptuales y metodológicos, ya que de lo contrario puede desperdiciar su tiempo leyendo artículos sin valor o con propuestas potencialmente perjudiciales para la salud de sus pacientes. Leer artículos que no poseen el potencial adecuado como para ofrecer "verdades científicas" consume tiempo y distorsiona los conocimientos.

Para lograr esas habilidades, lo que no es difícil de alcanzar, es fundamental un adecuado conocimiento de los principios que rigen la metodología de la investigación clínica, ya que sin ellos resulta imposible poseer los elementos de juicio que permitan cierta efectividad y economía. Por ello es imprescindible que la adquisición de dichos conocimientos y actitudes se incorporen al currículo de grado y se desarrollen en el posgrado, particularmente en el sistema de Residencias.

Tanto el médico como el paciente se verán beneficiados. El primero, pues leerá mejor, aprovechando su tiempo; el segundo, pues recibirá los cuidados médicos más beneficiosos conocidos y sus dolencias serán mejor interpretadas.

Brevemente, ante un artículo científico, debiéramos determinar si el título del mismo es atractivo y sugiere que lo que sigue será útil. Si es así, continuamos con la lectura del resumen. Este nos debe asegurar la importancia del objetivo de investigación, la adecuación de los métodos, la representatividad de los individuos, la relevancia de los resultados y la aplicabilidad de las conclusiones. Si lo anterior convence, entonces se deberá leer

concienzudamente material y/o pacientes y métodos. Sección que se considera el corazón de un artículo científico y donde debe plasmarse con toda minuciosidad temas tales como selección de pacientes y su grupo control, sus criterios de exclusión e inclusión, aleatorización, tamaño de la muestra, aparatología y técnicas usadas, adecuada valoración del desenlace, abordaje bioético, etc. Si los requisitos descritos son metodológicamente correctos, seguramente los resultados se acercaran a la verdad buscada. Entonces, ¡continuemos su lectura!

Desde el punto de vista pedagógico, el acto de leer en sí mismo es indispensable para el desarrollo de las funciones creativas y de la libertad de pensamiento, ya que a través de la lectura podemos identificar conocimientos, establecer relaciones, interrelacionar hechos, generar hipótesis de trabajo, sacar conclusiones y ampliar aún más nuestro rango de referencia. En síntesis, la correcta lectura de la información científica nos tiene que dar la oportunidad como lectores, de poder reflexionar y criticar lo leído. Por ello, hay que recordar la frase de Pedro Laín Entralgo, reconocido escritor español: "La lectura nos regala mucha compañía, libertad para ser de otra manera y ser más". El libro tal como lo conocemos hoy data del siglo XV, pero ya existía desde la antigüedad. En aquel entonces se hacían lecturas en grupos, en donde uno leía en voz alta (lectura pública). A partir del siglo XVIII la lectura se hizo individualizada.

Hoy, con el desarrollo de la tecnología, se hace más visible e importante la lectura. Tenemos el correo electrónico, el nacimiento del e-reading, que ha transformado la lectura tradicional a una lectura digital, cursos en formato e-learning, que ahonda sobre la técnica audiovisual en vez de papel escrito. El médico que se educa sin analizar la consistencia de los conocimientos que incorpora, está lejos de lo que la sociedad espera de él, ya que respuestas no asentadas en sólidas bases científicas pueden poner al paciente en mayor riesgo que el ocasionado por no recibirlas. La lectura crítica de la literatura es un proceso de evaluación que permite al lector formarse una idea del potencial de error en los resultados de un estudio, ya sea por sesgo (error sistemático) o confusión.

Este proceso no entrega una sentencia definitiva sobre la condición de verdad de los resultados, pero nos aproxima indirectamente a ella, señalando hasta qué punto pueden considerarse confiables. El desafío que impone la práctica médica de estar actualizados o de iniciarse en la investigación clínica, pasa por la necesidad de reconocer y responder a los cambios continuos que involucran a los métodos de estudio y tratamiento, conforme la ciencia va generando.

Esta actualización es una actitud global, donde la lectura de temas actualizados es un elemento primordial, y el que con más frecuencia es usado por los médicos para intentar no permanecer ajenos al cambio de los conocimientos. Por lo tanto, el análisis crítico o discusión analítica, es la herramienta por excelencia para intentar discriminar la calidad de la información y seleccionar lo más pertinente.

Por último, compartimos una frase del gran Claude Bernard, la cual está bien relacionada con este tema: *"En la ciencia, la palabra crítica no es sinónimo de menosprecio; sólo significa buscar la verdad, separando lo cierto de lo falso y distinguiendo lo bueno de lo malo"*

After Hours

Reflexiones Sobre la Muerte Materna

Autor:

Dr. Luis Daniel Flores - FRCOG
Director de Publicaciones de FASGO

Es una de las experiencias más solitarias y devastadoras que un ser humano puede atravesar en su vida laboral. La profundidad de este sentimiento es algo que rara vez se cuenta fuera de los pasillos de un hospital. Para un obstetra, la muerte de una madre no es solo una "mala noticia"; es un terremoto existencial que toca las fibras más íntimas de su identidad

Una tragedia de esta magnitud actúa como un espejo oscuro: te obliga a mirar partes de ti mismo que no conocías y a reconstruir tu identidad sobre una base mucho más real y menos idealizada.

Aprender a conocerse tras una pérdida así implica descubrir tres verdades fundamentales sobre uno mismo:

1. Descubrir tu propia fragilidad (El fin de la omnipotencia)

Muchos médicos entran a la obstetricia con un complejo de "salvadores". Creen que si estudian lo suficiente y actúan rápido, pueden vencer a la muerte.

La lección: Te conoces como un ser humano, no como un dios. Aprendes que tus manos tienen límites.

El cambio: Pasas de una confianza ciega en tu técnica a una humildad profunda. Te das cuenta de que eres un instrumento, pero no el dueño del destino.

2. Conocer tus "mecanismos de defensa"

Ante el trauma, el médico descubre cómo reacciona su mente para sobrevivir. Algunos se vuelven fríos y distantes (para no sufrir más), otros se vuelven obsesivos.

La lección: Observas cómo manejas la culpa. ¿Te castigas sin piedad o buscas entender qué pasó?

El crecimiento: Aprender a conocerse aquí significa identificar cuándo el miedo te está paralizando. Si logras atravesar el dolor sin volverte cínico, descubres una resiliencia que no sabías que tenías.

3. La redefinición de tu vocación

Después de que una madre muere en tus manos, la pregunta "¿Por qué hago esto?" resuena con una fuerza brutal.

La lección: Conoces el peso real de tu responsabilidad. Ya no es una frase en un libro; es el peso de una vida.

El resultado: Si decides seguir siendo obstetra después de haber tocado ese fondo, tu vocación ya no nace del entusiasmo juvenil, sino de un compromiso consciente. Sabes que el camino tiene espinas y, aun así, eliges caminarlo.

¿Cómo se hace este proceso de autoconocimiento?

Para un médico, aprender a conocerse requiere silencio y honestidad:

Aceptar la sombra: Reconocer que sientes miedo, que tienes ganas de renunciar y que el dolor te ha cambiado.

Integrar la pérdida: No intentar "olvidar" a la paciente, sino llevarla contigo como una maestra que te enseñó el valor de la vida.

La compasión hacia uno mismo: Descubrir que para cuidar a otros, primero debes aprender a perdonarte a ti mismo por ser humano.

"Solo cuando te has roto por completo, puedes ver de qué material estás hecho realmente."

Este autoconocimiento te convierte en un médico diferente: menos arrogante, más presente y mucho más empático con el dolor ajeno, porque ahora ese dolor también es tuyo.

¿Sientes que este proceso de "romperse para conocerse" es algo que te resuena personalmente o te gustaría explorar cómo sanar esa herida?**.

Aquí te describo las dimensiones de ese dolor:

1. La ruptura de la "Promesa de Vida"

El obstetra es el único médico que trabaja, en teoría, con personas sanas que esperan un evento feliz. Cuando una madre muere, se rompe un pacto implícito con la naturaleza.

- El contraste cruel: El médico siente el peso del silencio absoluto en una sala que debería estar llena de llantos de bebé y alegría. Ese silencio es "ensordecedor" y puede perseguir al profesional durante años.
- Sentirse un "traidor": Aunque no haya habido negligencia, el médico siente que "traicionó" la confianza de esa familia que le entregó lo más preciado.

2. Una herida en la identidad profesional

Para muchos médicos, su valor como personas está unido a su capacidad de salvar vidas.

- La pérdida de la inocencia: Un obstetra joven puede creer que con estudio y esfuerzo puede evitar cualquier tragedia. Esta pérdida le quita esa seguridad para siempre. A partir de ahí, cada parto se vive con un hilo de miedo.

- El síndrome de la "Segunda Víctima": El dolor es tan profundo que el médico puede experimentar síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): pesadillas, flashbacks del momento de la hemorragia o el paro cardíaco, y una ansiedad constante al entrar de nuevo a un quirófano.

3. El duelo por "La Madre Ideal"

4. La soledad del "Héroe Caído"

La sociedad (y a veces los mismos hospitales) esperan que el médico sea fuerte y siga con el siguiente paciente.

- El llanto escondido: Muchos obstetras lloran a solas en los baños o en sus autos antes de irse a casa, porque sienten que no tienen permiso de mostrar su vulnerabilidad ante los demás.
- El aislamiento: Sienten que nadie que no haya estado ahí, con las manos manchadas de sangre intentando salvar esa vida, puede entender realmente la magnitud del vacío que queda.

"Es un dolor que no se va, solo se acomoda. Te acompaña en cada parto futuro, susurrándote al oído que la vida es frágil. Te hace un médico más triste, pero infinitamente más humano."

Esta es quizás la lección más profunda de todas

Dr. Luis Daniel Flores FRCOG
Director de Publicaciones de FASGO

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
Fornaris

**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

**Imágenes en
Obstetricia**
Interpretación e
Indicaciones.



Director
Dr. José Ochoa

**Curso de
Diversidad y
Embarazo**



Directora
Dra. Olga Marega

**Curso de
Ginecología
Oncológica**



Director
Dr. Gonzalo Franco

Dolor pelviano crónico.
Nuevos conceptos
sobre diagnóstico y
tratamiento



Director
Dr. Alejandro
González

**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

Asfixia Intrauterina



Director
Dr. Roberto
Votta

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

**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>