

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Diciembre 2023

Año MMXXIII

## GEMMA 2023





Revista de Formación  
Continuada. Fundada en 1936  
por el Sr. F. García Sicilia y el  
Dr. F. Luque Beltrán.  
Es propiedad de los  
profesores Bajo Arenas  
y Cruz y Hermida.

editorial  
**SELENE**

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

**DIRIGIDA A:**  
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

**EDICIÓN PUBLICIDAD**  
91 639 59 65

**INDEXADA EN:**  
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,  
Embase Alerts, Sedbase

**SUSCRIPCIONES**  
91 639 59 65

**CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:**  
Calle Jérez, 21  
28231 Las Rozas  
Madrid

**TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL**

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios validos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

**Correl electrónico:**  
[mpazle@tokoginecologiapractica.com](mailto:mpazle@tokoginecologiapractica.com)

**PUBLICACIÓN AUTORIZADA**  
como soporte válido:  
Ref. SVR núm 117-R-CM

**Periodicidad:**  
6 números al año

**ISSNO:** 0040-8867

**Disponible en Internet:**  
[www.tokoginepractica.com](http://www.tokoginepractica.com)

**DEPÓSITO LEGAL:** M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

# TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

**DIRECTOR HONORÍFICO**

Cruz y Hermida, J

**DIRECTOR**

Bajo Arenas, J.M

**DIRECTOR CIENTÍFICO**

Huertas Fernández, M.A

**EDITORES**

Palacios Gil-Antuñano, S  
Mendoza Ladrón de Guevara, N

**SECRETARIOS DE REDACCIÓN**

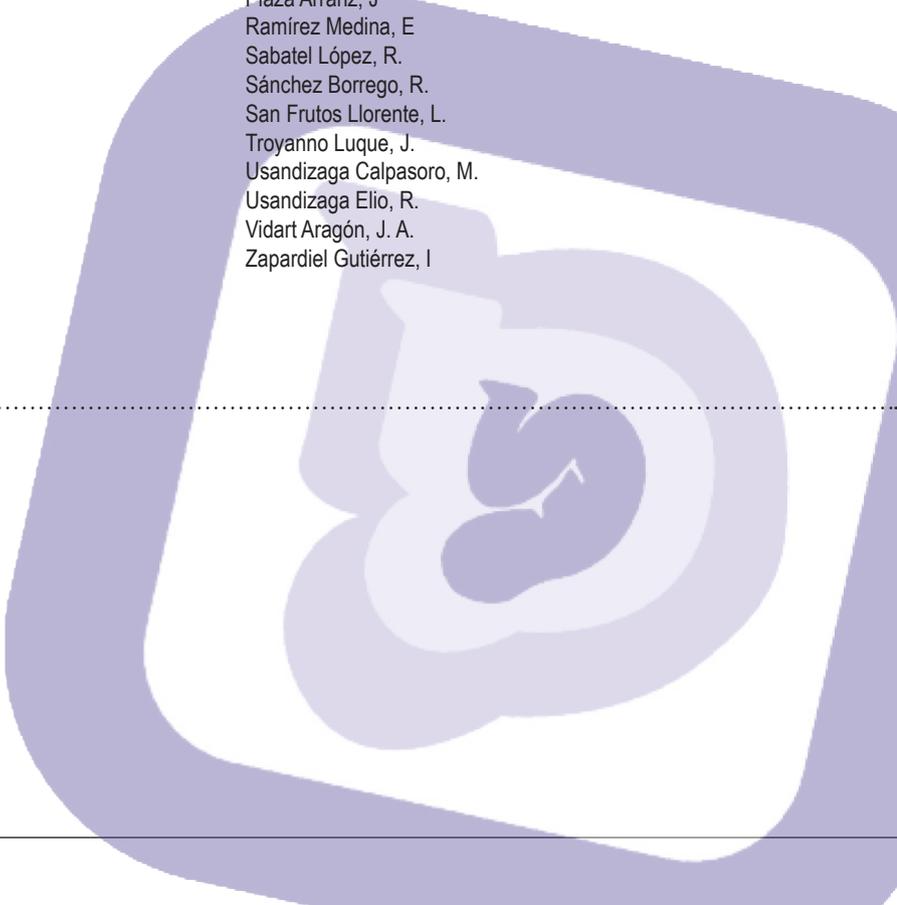
Escribano Tórtola, J.J  
Marcos Fernández, M

---

**COMITE CIENTÍFICO**

Acién Álvarez, P.  
Álvarez de los Heros, J.I.  
Álvaro Navidad, P  
Balagueró Lladó, L.  
Barri Ragué, P. N.  
Barrio Fernández, P. del  
Becerro de Bengoa, C.  
Bonilla Musoles, F.  
Bruna Catalan, I.  
Calleja Abu-Amshah, J.  
Castelo-Branco, C.  
Carrasco Rico, S.  
Cortés Bordoy, J.  
Criado Enciso, F.  
Cristóbal García, I.  
Díaz Recasens, J.  
Espuña Pons, M.  
Ferrer Barriendos, J.  
Fuente Pérez, P. de la  
Fuente Ciruela, P. de la  
Fuente Valero, J. de la  
Galindo Izquierdo, A

García Benasach, F  
González González, A.  
Hernández Aguado, J.J.  
Jurado López, A.R  
Lailla Vicens, J. M.  
López García, G.  
Martínez Pérez, O.  
Martínez-Astorquiza, T.  
Miguel Sesmero, J. R. de  
Novo Domínguez, A.  
Pérez-Medina, T.  
Pingarron Santofimia, MC  
Plaza Arranz, J  
Ramírez Medina, E  
Sabatel López, R.  
Sánchez Borrego, R.  
San Frutos Llorente, L.  
Troyanno Luque, J.  
Usandizaga Calpasoro, M.  
Usandizaga Elio, R.  
Vidart Aragón, J. A.  
Zapardiel Gutiérrez, I



Save the date

13<sup>a</sup> Reunión  
científica



**GINEP**  
ginecología  
privada

[www.ginep.es](http://www.ginep.es)

**M**álaga 2024

Hotel NH Málaga  
24 y 25 de octubre



Organizado por:  
**CLÍNICA PALACIOS**  
SALUD DE LA MUJER



# Ablación de miomas uterinos por radiofrecuencia. Indicaciones. Descripción de la técnica. Resultados

Moreno Molinero V

Servicio de Ginecología y Obstetricia. HGU Gregorio Marañón. Madrid

## INTRODUCCIÓN

Los miomas son los tumores sólidos más frecuentes de la pelvis de la mujer.

Alrededor del 70% de las mujeres desarrollan miomas a lo largo de su vida teniendo una incidencia máxima en la 5ª década de la vida.

El 25% son sintomáticos lo que conlleva una causa significativa de morbilidad.

Son la indicación más frecuente de histerectomía.

## PATOGENIA

Los miomas uterinos son tumores monoclonales con origen en el músculo liso miometrial; se trata de fibras musculares con abundante matriz extracelular, rodeadas por una pseudocápsula de tejido conectivo.

Son hormonodependientes (estradiol y progesterona); en ausencia de progesterona y receptores de progesterona, el estradiol no es suficiente para el crecimiento de los miomas.

Suelen tener crecimiento durante la gestación y se estabilizan en la menopausia.

## CLASIFICACIÓN

- Clásica: subserosos, intramurales, transmurales y submucosos.
- FIGO

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- SANGRADO UTERINO ANORMAL: Síntoma más frecuente.

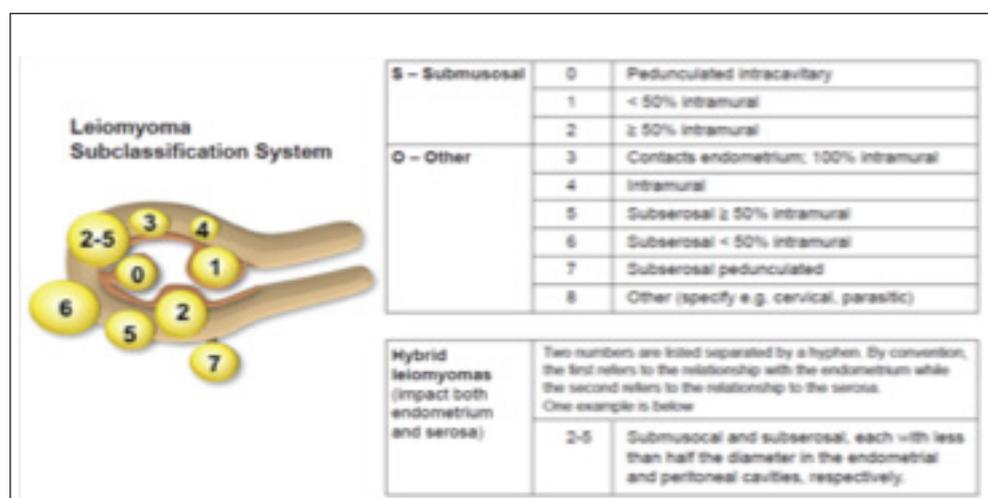
Los patrones de sangrado más frecuentes son las

menorragias y las hipermenorreas (sangrado menstrual abundante)

- PRESIÓN PÉLVICA: Por aumento del tamaño del útero: a nivel urinario, a nivel digestivo, trombosis.
- DOLOR: Dismenorrea, dispareunia, dolor lumbar (por compresión del nervio ciático), dolor abdominopélvico agudo que sucede por:
  - \* “Degeneración roja” (embarazo)
  - \* Miomas torsionados
- EFECTOS SOBRE LA REPRODUCCIÓN
 

Por miomas que distorsionan la cavidad uterina y pueden ocasionar esterilidad y un aumento del doble en la tasa de abortos.

  - EFECTOS DURANTE LA GESTACIÓN
    - \* Por distorsión de la cavidad uterina: placentación anómala, contractilidad alterada, obstrucción canal de parto.
    - \* Riesgo aumentado: estática fetal anómala, cesárea, parto prematuro, RPM, PPOT y DPPNI



## **TRATAMIENTO**

En los últimos años se han intentado utilizar tratamientos farmacológicos y técnicas mínimamente invasivas, intentando evitar la miomectomía e hysterectomía por vía abdominal. La histeroscopia y la miolisis con distintas técnicas son los procedimientos mínimamente invasivos más utilizados.

## **RADIOFRECUENCIA**

Es una técnica mínimamente invasiva, que se realiza de forma ambulatoria y, consiste en aplicar una corriente alterna de alta frecuencia que aumenta la temperatura del mioma 60-90°C provocando la desnaturalización de sus proteínas.

Elimina las células tumorales de forma controlada, produciendo una necrosis coagulativa inducida por calor sin dañar las células sanas adyacentes. Se puede aplicar en una o varias sesiones como alternativa a la cirugía.

El acceso al mioma se realiza por vía vaginal con el paciente en posición de litotomía dorsal y Trendelenburg y bajo control ecográfico continuo y a través de una guía de punción ovárica 15/16G con un electrodo de radiofrecuencia de 17G y longitud de 35cm con un cm de punta activa; gracias a su punta refractiva, se coloca en el centro del mioma, dejando un margen de seguridad de 0,5 cm.

El sistema de refrigeración de circulación del electrodo mantiene la impedancia adecuada en la superficie del electrodo. El radio de ablación es de 1 cm<sup>3</sup>.

El electrodo se introduce en el mioma a través de fondo vaginal posterior, anterior o transcervical.

La radiofrecuencia consigue una disminución del tamaño y los síntomas con una eficacia de reducción en torno al 80%)

El tejido necrótico es reabsorbido consiguiendo reducciones de volumen entorno al 60-80 % a los 9 meses de la intervención.

Se trata de una técnica ambulatoria, bajo sedación y con un tiempo estimado de intervención de 30 min.

Se realiza mediante la técnica « Moving Shot»:

Se trata de una técnica en modo continuo a 100/150 w. Inicialmente se coloca la punta del electrodo a 0,5 cm de la cápsula del mioma.

A medida que aumenta la impedancia, el generador irá ajustando la potencia emitida hasta completar una bola de necrosis de aproximadamente 1 cm de diámetro después

de unos 10 segundos. Una vez completada la primera bola de ablación retiraremos el electrodo 1 cm para continuar la línea de necrosis hasta la parte más proximal de la cápsula. Reposicionaremos de nuevo el electrodo en otro plano de ablación y repetiremos la técnica.

La guía de punción debe dejar cierta holgura al electrodo. Debe haber paralelismo del electrodo y la sonda para no arañar el aislante. Se debe presionar el cuello del útero con la sonda para mejor visión. El suero debe estar muy frío ya que ayuda contra el dolor postoperatorio.

No debemos mover nunca la sonda mientras el electrodo esté dentro del mioma y no liberar energía si no vemos la línea completa del electrodo.

## **INDICACIONES DE RADIOFRECUENCIA**

- Miomas tipo 0-4 de la FIGO de hasta 6 cm (hasta 15 cm si son múltiples) con al menos 0,5 cm de distancia a la serosa.
- Miomas submucosos de tipo II, de difícil acceso por vía histeroscópica
- Miomas intramurales que deforman endometrio
- Mujeres jóvenes, con deseos genésicos diferidos, como prevención secundaria
- Miomas que produzcan fuertes hemorragias, independientemente de su tamaño, en las que la cirugía esté contraindicada o rechazada por la paciente.
- Pacientes con riesgo quirúrgico

## **CONTRAINDICACIONES**

- Miomas pediculados
- Úteros polimiomatosos
- Miomas de más de 10cm

## **CONCLUSIONES**

Según los estudios y resultados actuales podemos concluir que:

- Sin lugar a dudas, la ablación transvaginal por radiofrecuencia de los fibromas uterinos con la técnica Moving Shot parece ser: rápida, fácil, predecible, segura y económica.
- Asegurando a la paciente: una mejor calidad de vida con conservación de su útero, de su fertilidad, con mínimo riesgo quirúrgico y anestésico y con limitadas complicaciones post-tratamiento.



# TEST DE ANTÍGENOS

*para la detección rápida de las*

**VULVOVAGINITIS**

*infecciosas más frecuentes*

Test de antígenos para la detección cualitativa, en muestras de hisopos vaginales, de *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* y *Trichomonas vaginalis*

# LA VAGINITIS INFECCIOSA

La vaginitis infecciosa puede deberse a la infección causada por diferentes agentes, presentando cuadros sintomatológicos característicos, pero muy solapantes entre si.

Es necesario en la práctica clínica un test rápido que identifique el agente/s etiológico/s de la infección para realizar un tratamiento lo más precoz posible.

Nuestro test permite detectar en **menos de 15 minutos** las causas infecciosas más frecuentes de **vulvovaginitis**. Es un test validado clínicamente, con una sensibilidad y **especificidad** media de más del 95% para cada uno de los microorganismos detectados.

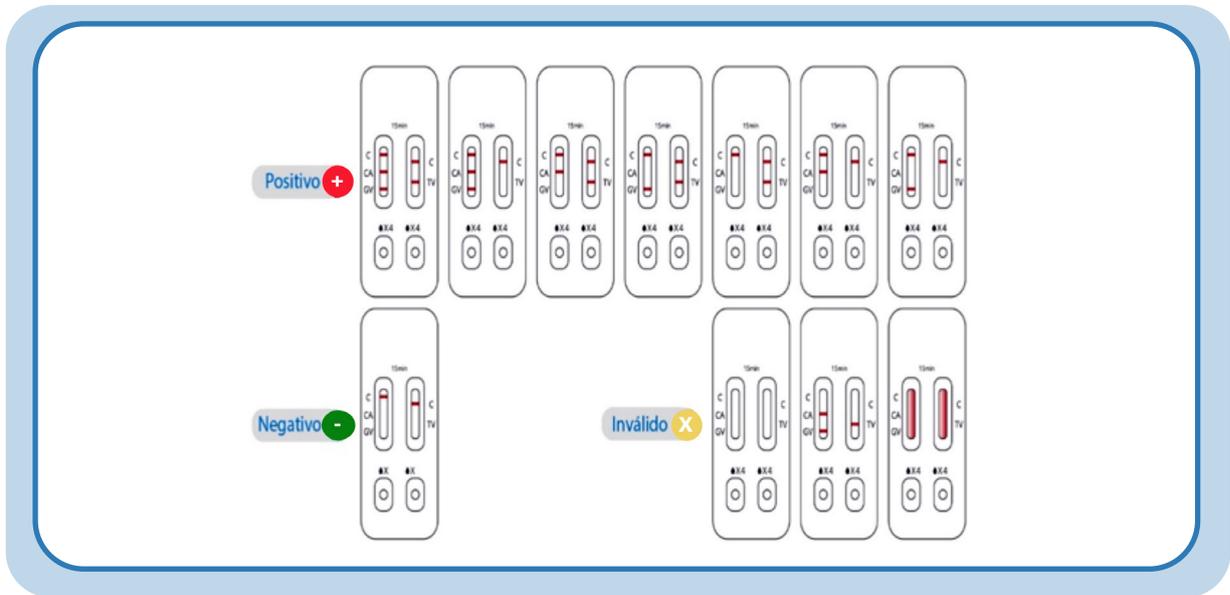
## LA PRUEBA

- Prueba asequible, sencilla y rápida
- Puede realizarse en el lugar en el que se presta la atención
- Facilita el tratamiento etiológico y las decisiones de manejo clínico
- Con sensibilidades y especificidades, semejantes a las obtenidos por otros medios más complejos, caros y más tardíos en la información de resultados.



La prueba puede ser transportada y almacenada a temperatura ambiente entre 2 y 30° C. Lectura de resultados fácil y en 10 -15 minutos.

# LOS RESULTADOS



## VENTAJAS EN CLÍNICA DIARIA

- Permiten instaurar el tratamiento etiológico en la primera consulta
- Tratar a más pacientes, de forma más efectiva
- Interrumpir sin demoras la cadena epidemiológica de transmisión

*La OMS incluye estas pruebas en su estrategia mundial contra la ITS*

## ALTA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA CON SENSIBILIDADES Y ESPECIFICIDADES SUPERIORES AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

	TEST Ag.		DIAG. CLÍNICO	
	S	E	S	E
CANDIDIASIS	90	100	89	97
VAGINOSIS B.	95	95	92	90
TRICOMONAS	100	100	65	95
VAG. NO INFECCIOSAS	100	100	78	95



## ACTUALIZACIÓN EN TROMBOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO

Pintado E

Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Getafe

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) incluye dos entidades: la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). La incidencia de ETV en el embarazo es de 1 por cada 1000 embarazos. Aunque el riesgo absoluto de ETV en la gestante y en el puerperio no es muy alto, el riesgo es cinco veces mayor que en la mujer no gestante.

El 80% de ETV se presenta en forma de TVP. Esta entidad ocurre mayoritariamente anteparto (60%) y en el 80% de los casos ocurre en la región proximal del miembro inferior izquierdo, probablemente por la compresión de la arteria iliaca derecha sobre la vena iliaca izquierda. La distribución es similar en los tres trimestres. El otro 20% se debe al TEP, que a diferencia de la TVP, el 60% ocurre en el postparto, sobre todo en la primera semana. El TEP se considera una de las tres principales causas de muerte materna (20-30%), junto con los estadios hipertensivos del embarazo y la hemorragia postparto.

En el embarazo ocurren muchos cambios que aumentan este riesgo de ETV. Por una parte, para asegurar la hemostasia postparto, tenemos presente los tres componentes de la tríada de Virchow (estasis venoso, hipercoagulabilidad y lesión endotelial). Por otra parte, durante la gestación se produce una disminución de la movilidad por parte de la gestante.

El estasis venoso viene producido por el aumento de la progesterona que actúa como relajante de la musculatura vascular, lo que provoca un aumento de la distensibilidad del vaso y una disminución del tono venoso. A esto hay que sumarle la compresión por el útero grávido, que provoca una disminución del 50% del flujo venoso en tercer trimestre.

El estado de hipercoagulabilidad es secundario al incremento de varios factores de la coagulación (fibrinógeno, factor II, V, VII, VIII, IX, X, XII), a la disminución de la acción de los inhibidores de la coagulación (disminución de proteína S, incremento de la resistencia a la proteína C activada) y a la disminución de la fibrinólisis secundaria a un aumento del inhibidor

de la actividad del plasminógeno 1 y 2, junto con un incremento de la agregación plaquetaria.

Por último, pero no menos importante, existe un cierto grado de lesión vascular en el parto, que aumentará en aquellos casos de parto instrumental y más aún en caso de cesárea.

En 2004 la RCOG creó unas recomendaciones para la trombopprofilaxis en la gestación y puerperio y en los años siguientes dejó de ser la principal causa directa de muerte materna en Reino Unido. No obstante, tenemos mucho margen de mejora, ya que sigue existiendo una inapropiada valoración del riesgo trombotico y por tanto un manejo deficitario en este sentido.

El problema radica en que la evidencia a día de hoy sobre la trombopprofilaxis en la gestación es limitada y de baja calidad. Lo que sí está claro es que se debe valorar el riesgo en cada paciente de forma individualizada. Este riesgo debería valorarse en diferentes situaciones:

- Preconcepcionalmente o durante las primeras semanas de embarazo.
- En la primera visita realizada, sea cual sea la edad gestacional.
- En cada ingreso de la paciente hay que reevaluar el riesgo.
- Si desarrolla algún problema intercurrente durante la gestación (hiperemesis, preeclampsia, CIR...)
- Durante el parto y postparto inmediato.

Existen muchas guías clínicas, nacionales e internacionales, sobre trombopprofilaxis en la gestación y cada una de ellas sigue unos criterios parecidos, pero distintos, para el uso de anticoagulantes. En función de qué criterios tomemos como referencia indicáramos trombopprofilaxis desde un 30% a un 80% de la población gestante.

En lo que coinciden la mayoría de guías es que cada centro hospitalario debería tener su propio protocolo de trombopprofilaxis para disminuir la morbimortalidad de las pacientes. El Hospital Universitario de Getafe

actualizamos en el 2022 nuestro protocolo, junto con el servicio de Hematología.

Tanto la HBPM como la HNF no cruzan la barrera placentaria y se excretan en cantidades insignificantes en la leche materna. Comparada con la HNF, la HBPM presenta menos efectos adversos que ésta (menos riesgo de complicaciones hemorrágicas y de osteoporosis), por lo que se trata del fármaco de elección. La HBPM es segura para el feto y para la madre, independientemente del tiempo de exposición y de la dosis administrada.

En el momento del parto deben respetarse los intervalos de seguridad para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas (12 horas para dosis profilácticas y 24 horas para dosis terapéuticas). Si no se ha respetado el intervalo de seguridad se puede usar sulfato de protamina para neutralizar parcialmente el efecto de la HBPM. Durante el tratamiento con HBPM no es necesario el recuento de plaquetas porque la incidencia de trombopenia es muy bajo. Del mismo modo, no es necesario hacer controles de antifactor Xa. Solamente lo haríamos en casos de dosis terapéuticas en algunos casos especiales como pesos extremos, insuficiencia renal grave, tromboembolismo recurrente o gestantes portadoras de prótesis cardíacas valvulares.

A la hora de valorar el riesgo de tromboprofilaxis es importante diferenciar si la paciente es gestante o puerpera, ya que el propio puerperio en sí se considera un factor de riesgo. Se han descrito incidencias de ETEV tras el parto hasta 5 veces mayores que durante toda la gestación.

## GESTACIÓN

Existen dos situaciones importantes que debemos tener en cuenta a la hora de valorar el riesgo de una gestante: el antecedente de un ETEV y la presencia de una trombofilia.

Los pacientes con antecedente de ETEV tienen un riesgo incrementado de recurrencia en la gestación y sobre todo en el postparto, de hasta un 11%. En los casos en los que el episodio no se asociara a trombofilia y fuera aislado producido por una situación transitoria reversible, no es necesario la profilaxis durante la gestación, pero sí en el puerperio. Sin embargo, si ocurrió en una situación relacionada con un aumento estrogénico, como la toma de anticonceptivos orales combinados, hay que valorar la tromboprofilaxis antes del parto y siempre mantenerla en el postparto. En los casos de ETEV recurrente siempre trataremos en embarazo y puerperio, ajustando dosis en función de si existen más factores de riesgo.

El 50% de las gestantes que tienen un ETEV presentan

una trombofilia. En aquellas trombofilias consideradas de alto riesgo (mutación homocigota factor V Leyden o de protrombina, déficit de proteína C y S, déficits combinados de factores de coagulación o trombofilias asociadas) se recomienda el tratamiento con dosis intermedias o terapéuticas de HBPM durante toda la gestación y puerperio (6-8 semanas)

En todos los casos en los que se diagnostiquen ambas situaciones (antecedente de ETEV y trombofilia) se pautará HBPM durante la gestación y el puerperio a dosis profilácticas, excepto en las trombofilias de alto riesgo en las que se valorará ajustar a dosis intermedias o terapéuticas.

En aquellas gestantes que no presenten ningún antecedente ni sean portadoras de ninguna trombofilia, el riesgo se establecerá mediante la presencia o no de factores de riesgo. Con un factor de riesgo mayor se pautará HBPM. Si solo presentan factores de riesgo menores se pautará HBPM con la presencia de 3 o más factores de riesgo. En aquellas pacientes que tengan un ingreso hospitalario, se pautará HBPM con solo 2 factores de riesgo menores.

## PUERPERIO

En el puerperio vamos a indicar tromboprofilaxis con menos factores de riesgo que en la gestación, por el mayor riesgo trombótico que existe en este período. Hay unas medidas generales que hay que recomendar siempre en el puerperio:

- Promoción de la movilización intraparto y el puerperio precoz.
- Evitar la deshidratación en el parto.
- Evaluación universal del riesgo trombótico en el postparto inmediato.
- A toda paciente que se le indique tratamiento con HBPM hay que recomendarle medias de compresión fuerte.

En el puerperio vamos a clasificar a la paciente en alto riesgo, riesgo intermedio o bajo riesgo. En las pacientes de alto riesgo el tratamiento de HBPM se hará durante al menos 6 semanas. En las pacientes de riesgo intermedio se pondrá HBPM durante 10 días y en las de bajo riesgo trombótico se promoverá la movilización precoz y evitar la deshidratación.

Es importante tener en cuenta la vía del parto, ya que la cesárea tiene el doble de riesgo trombótico que un parto vaginal, y casi cuatro veces más si la cesárea ocurre intraparto. Por eso, en una cesárea intraparto siempre se indicará HBPM en el postparto.

**COVID 19**

Actualmente no es indicación de tromboprofilaxis universal. La decisión de tratar a una mujer gestante con HBPM durante una infección por COVID dependerá de

la sintomatología que presente, de su edad gestacional y de su estado de vacunación. Sin embargo, si la infección ocurre en el puerperio siempre se hará tromboprofilaxis.

## Por qué vivir con incontinencia si hay soluciones

### Ruíz Cámara A

Centro de Urología, Andrología y Medicina Sexual – Instituto Médico Rosselló  
Palma de Mallorca – Madrid

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. Afecta de manera importante la calidad de vida de la persona, hombre o mujer, que la padece. La Sociedad Internacional de Continencia define 3 tipos principales, según la etiología.

**Incontinencia de esfuerzo**, tiene su origen en la pérdida de soporte de la uretra y el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico. Estrechamente relacionado con los partos y la menopausia.

**Incontinencia de urgencia**, intenso deseo de orinar y contracciones patológicas de la vejiga por disfunción neuromuscular.

**Incontinencia mixta**, por la combinación de ambas anteriores.

El suelo pélvico está conformado por un conjunto de estructuras musculares y tejido conectivo que funciona como soporte para los órganos pélvicos y abdominales, así como para controlar la continencia urinaria y fecal.

Se estima que la incontinencia urinaria, en mayor o menor grado, es una patología que afecta a más de 6.000.000 de personas en España. Tiene una prevalencia media estimada del 24% en mujeres, aumentando al 30 y 40% en mujeres de mediana edad y el 7% en hombres.

Se calcula que más de un 15% de la población femenina tiene escapes involuntarios. Cerca del 50% de las mujeres padecerá de incontinencia urinaria según la Organización Mundial de la Salud, en el reporte del 2022.

Existe una gran tendencia a normalizarlo, a no tratarlo y a no buscar ayuda médica. En línea con esta realidad, hay una evidencia histórica de no prevenir los problemas de suelo pélvico por lo que es frecuente que, cuando se acude al especialista, la paciente ya sufre incontinencia moderada o severa.

Debido a la gran afectación que esta patología conlleva en la calidad de vida de la sociedad, tanto de la persona que la padece, como de sus familiares, es de vital importancia tratarlo como tema prioritario en la consulta médica, para

ofrecer una mejor calidad de vida y soluciones avanzadas para resolver las pérdidas.

Existe un tratamiento que está revolucionando el abordaje de las patologías de suelo pélvico, en concreto de la incontinencia, y se basa en una metodología no invasiva, eficaz y de fácil aplicación en nuestras consultas.

### La silla EMSELLA, tecnología HIFEM

Se trata de una tecnología de aplicación no invasiva para tratar el suelo pélvico en caso de incontinencia urinaria u otras patologías, como por ejemplo suelo pélvico hipertónico o dolor vulvar. Trabaja con la tecnología HIFEM (High Intensity Frequency Electro Magnetic Technology) que se traduce a tecnología electromagnética focalizada de alta intensidad. Es un fenómeno que provoca contracciones supra máximas que no es posible realizar con la actividad voluntaria muscular (ejercicios de Kegel). Este tratamiento permite reeducar el funcionamiento del suelo pélvico y en pocas sesiones se logra disminuir o eliminar la incontinencia urinaria en pacientes de todas las edades.

Cada sesión tiene una duración de 28 minutos aproximadamente con la comodidad de que el paciente se encuentra vestido durante la prueba. Cada protocolo consta de 6 sesiones espaciadas en 2 o 3 días de intervalo cada una, en la mayoría de los casos.

Es el único procedimiento que se centra en los músculos del suelo pélvico y mediante la causando una profunda estimulación en el suelo pélvico. este tratamiento es capaz de restablecer toda la musculatura del suelo pélvico, y se ha observado actividad a nivel del sistema nervioso y de los vasos sanguíneos que irrigan el mismo.

Debido a las características que nos brinda este procedimiento, podemos destacar:

- Procedimiento no invasivo
- No requiere tiempo de recuperación

- El paciente permanece sentado y completamente vestido
- No requiere preparación previa
- Restablece el control sobre la vejiga, músculos pélvicos, nervios y los vasos sanguíneos
- Mejorías, generalmente desde la primera sesión
- 28 minutos por sesión
- Protocolo de mínimo 6 sesiones lo cual equivale a dos sesiones cada semana.

Hemos adquirido a lo largo de nuestra experiencia con este tratamiento resultados muy positivos en patologías como son la incontinencia urinaria de esfuerzo, mixta, así como la de urgencia, dolor pélvico crónico, incontinencia fecal, secuelas posparto o pacientes posquirúrgicos de prostatectomía radical, entre otros.

Al constatar las mejorías que han experimentado nuestros pacientes con este tipo de tratamientos nos ha impulsado a realizar el mayor estudio hasta el momento en nuestro país, conjuntamente con el Dr. Santiago Palacios (Madrid) y la colaboración del Dr. Rosselló (Palma de Mallorca).

Actualmente, el estudio cuenta con más de 300 pacientes con incontinencia urinaria, donde hemos obtenido una mejoría de la misma en más de un 80%, según puntuación de resultados de cuestionario de preguntas cerradas que se realiza antes y después del tratamiento.

En muchos casos se ha evitado algún proceder quirúrgico, en grupos de edades de mujeres jóvenes y también hasta mayores de 90 años, aportándoles una mejoría a su calidad de vida y una clara mejoría en su estado de ánimo.

Según la Asociación de Incontinencia Urinaria de España, se reciben una media de 500 llamadas diarias de pacientes con preguntas y cuestionamientos sobre estas

patologías. Seguramente este dato es la punta del iceberg y, por tanto, consideramos que, por su alta incidencia y prevalencia, este tema debe ser de análisis en nuestras consultas. Una sugerencia a nivel atención primaria es la de incluir una pregunta sobre este tema en la anamnesis, así como tener el conocimiento para poder tratar en primera instancia o derivar, a los sitios adecuados, para comenzar a dar solución a esta problemática.

### **¿Qué sucedía antes de que existiera este tipo de tratamientos?**

Muchos pacientes decidían vivir con absorbentes o compresas como medida de contención, pero no de resolución del problema. Si bien existen opciones farmacológicas, un alto porcentaje de pacientes no mejoraban con la medicación. Otro grupo de pacientes, por desconocimiento, no acudían a las valoraciones, así como otros que, se resistían a iniciar tratamiento por el grado de invasividad del tratamiento.

Desde el Instituto Médico Rosselló, como centro pionero en España en urología dentro del ámbito de la medicina privada, nuestro interés es dar a conocer todas las posibilidades de tratamiento, incluyendo las más innovadoras, a todas las ramas de la medicina para abordar la incontinencia desde la multidisciplinariedad.

Cada profesional sanitario es de vital importancia en esta tarea de divulgación, educación y prevención: desde la matrona, al fisioterapeuta, médico de cabecera, así como el urólogo, ginecólogo, o neurólogo. Todos tiene participación importante y trabajan con grupos de pacientes proclives a desarrollar este tipo de patologías. Atenderles desde la escucha activa y la sensibilidad hacia el sufrimiento silencioso que suele ir asociado a la incontinencia, nos posicionará en el mejor lugar para brindarles soluciones eficaces y a medida.

## Controversias en la identificación del recién nacido

Cuadrado Pérez I

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe.

La identificación del recién nacido es un paso prioritario y esencial de la asistencia sanitaria. Las deficiencias en la identificación de los pacientes pueden derivar en diagnósticos erróneos, en la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas, administración de medicamentos o de hemoderivados a pacientes equivocados.

La OMS ha destacado la identificación del recién nacido como una prioridad dentro de las políticas de mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria y señala la responsabilidad por parte del profesional sanitario de verificar la identificación.

Todos los recién nacidos en nuestro país tienen el derecho de ser debidamente identificados en el momento de nacer. Mediante esta identificación se debe garantizar su identidad y la posibilidad de establecer la relación con su madre biológica, no sólo durante la estancia en el centro hospitalario en que se produzca el nacimiento sino también después, ya que es un derecho del niño poder conocer la identidad biológica de su madre.

La identificación del recién nacido es un derecho del niño (otorgado por la legislación vigente) reconocido tanto a nivel nacional como internacional, y un deber de los servicios de salud y, por ende, del profesional sanitario que le atiende. Los pacientes neonatales son una de las poblaciones más vulnerables y por ello, más expuestas a sufrir errores de identificación. Estos errores aumentan considerablemente en caso de gestaciones múltiples.

La identificación ha de realizarse en el lugar del nacimiento del niño, una vez ligado el cordón umbilical antes de cualquier eventual separación madre-hijo y preferiblemente en presencia de ambos progenitores y en caso de que esto no sea posible o que no sea posible la comunicación con la madre por motivos clínicos (p.e por sedación), la identificación del recién nacido se realizará en presencia, como testigo, de un familiar o acompañante autorizado por la madre o en su defecto por un trabajador

sanitario. Es una práctica que se realiza de forma habitual durante el proceso de atención inmediata al recién nacido y que no debe interferir con el establecimiento del vínculo madre-hijo. Debe favorecerse la no separación madre-hijo durante toda la estancia hospitalaria para reforzar la seguridad en la identificación del recién nacido, salvo que lo impida la situación clínica de alguno de ellos.

En las maternidades y en las unidades de neonatología deberá existir uno o varios procedimientos para la adecuada identificación del recién nacido.

Aunque hay muchas iniciativas que garantizan la seguridad del recién nacido, todavía existen lagunas con la implementación y seguimiento de los protocolos de identificación del recién nacido por parte de los profesionales sanitarios.

El sistema de identificación adecuado del recién nacido tiene que cumplir los siguientes requisitos: ser fiable, seguro, inmutable (permanencia a lo largo del tiempo), posibilidad de ser estandarizado, de fácil manejo para los profesionales, posibilidad de realización en el momento del nacimiento, en el paritorio o quirófano antes de la separación de la madre, sin interferencia con el establecimiento del vínculo madre-hijo, rápida resolución frente a dudas de identidad.

En los últimos años ha mejorado la identificación del recién nacido gracias a la generalización del uso de pulseras identificativas con cierre inviolable, fomento de la no separación madre-hijo durante su estancia hospitalaria y a la asignación de un historial clínico a todos los recién nacidos y no sólo a aquellos que requieren ingreso.

Se disponen de **diferentes métodos de identificación**:

- Huellas plantar y/o dactilar
- La pulsera identificativa o brazalete
- Codificador neonatal
- Sistemas biométricos electrónicos
- Dispositivos de radiofrecuencia
- El análisis de ADN o huella genética

**Las huellas dactilares y plantares:** se forman en época fetal alrededor de la semana 16 de gestación. Es útil si la toma es perfecta, permitiendo así localizar en ella los puntos característicos que diferencian a una persona de otra. Tienen la posibilidad de alterarse (intencional, causal o accidentalmente) por cortes, quemaduras, lesiones....lo que las inutiliza para la comparación. La técnica de recogida, para ser de calidad, tiene que ser realizada por personal entrenado y cualificado. Los materiales utilizados (de papel y tinta) deben ser los adecuados y se ha de mantener la cadena de custodia y su almacenamiento en condiciones óptimas para poder leer las huellas con posterioridad, cosa que es muy difícil garantizar. Ninguno de estos dos requisitos es garantizable en nuestro medio siendo frecuentes huellas borrosas con mala tinción por defecto, exceso o movimiento, el soporte también aparece frecuentemente alterado con el uso y archivo. Las realizan en el paritorio profesionales no entrenados en esta técnica que además atienden al mismo tiempo a la mujer y al recién nacido con las dificultades que eso plantea para una buena recogida. Además la toma de las huellas en el recién nacido es más complicada que en el adulto por sus movimientos involuntarios, reflejo palmar, vermis y restos sanguíneos, lo que hace que la impronta palmar resulte borrosa. Además, en algunos casos, la situación clínica del recién nacido obliga a posponer la toma de dichas huellas con el consiguiente riesgo de confusión.

La Academia Americana de Pediatría lo desaconseja como método único de identificación del recién nacido.

**Los brazaletes o pulseras identificativas:** es uno de los métodos más frecuentemente empleados. Contienen el nombre de la madre/m, fecha y hora de nacimiento, sexo del recién nacido y número de historia clínica, colocados con cierre de seguridad en la muñeca de la madre y en el tobillo del recién nacido. Pero tampoco constituye un método confiable de identificación por presentar posibles riesgos de pérdida o cambio de las mismas (pulseras holgadas) o por error en los datos o que estos sean ilegibles. Se consideran actualmente el mejor recurso para la identificación del recién nacido siempre y cuando esté basada en un protocolo de identificación del recién nacido y sea utilizada eficientemente por los profesionales.

Los requisitos que deben cumplir las pulseras identificativas son: tamaño adecuado (prematuros, a términos, macrosómicos...); material: antialérgico, flexible, impermeable y lavable; durabilidad: fácil limpieza, resistente a fluidos corporales, jabones y soluciones a base de alcohol; técnica de impresión y aplicabilidad: generada e impresa electrónicamente, fácil

de leer, espacio suficiente para imprimir, identificadores completos e inequívocos; color: blanco; texto: negro.; identificadores: nombre y apellidos completos, nombre en mayúscula, fecha de nacimiento, número de historia clínica.

Para mejorar las limitaciones se utiliza el **codificador neonatal** cuyo uso se ha generalizado en los últimos años. Consiste en pulsera de la madre y pulsera del recién nacido (ambas con cierre inviolable), pinza de cordón umbilical y pegatinas para la historia clínica y en algunos casos para la documentación civil con un mismo número y con un código de barras idéntico y exclusivo para cada recién nacido. En caso de partos múltiples existirá un codificador diferente para cada neonato.

Este sistema de brazaletes y pinza de cordón con codificador ha supuesto una mejora importante pero tampoco este método es infalible (aunque remota, existe la posibilidad de perder una pulsera holgada o la pinza de cordón si el rn precisa canalización de los vasos umbilicales).

Para disminuir los fallos de la impresión dactilar tradicional y complementar el sistema de codificación neonatal, se han desarrollado **los sistemas biométricos** electrónicos: son módulos electrónicos portátiles que asocian el reconocimiento del código de nacimiento (código de barras), la lectura e impresión digital de las huellas dactilares, tanto de la madre como del recién nacido con el envío de la información a un registro informatizado.

En un estudio policial en el que analizaron sólo 20 muestras, vieron que la impresión dactilar digital no posee suficiente calidad para tener valor identificativo y no apreciar grandes ventajas frente a la impresión dactilar con tintado tradicional.

Algunas instituciones complementan el sistema de identificación neonatal con **dispositivos de radiofrecuencia** colocados en las pulseras de la madre y del recién nacido. Detectan continuamente la localización y la distancia entre ambos durante su estancia hospitalaria. Si dicha distancia supera el límite programado se activa una alarma para avisar al personal sanitario.

Dadas las limitaciones de los métodos descritos y teniendo en cuenta que el **análisis de ADN** es el patrón de oro para identificar inequívocamente a una persona, sería el método de elección para la identificación segura. Son numerosas sociedades pediátricas entre ellas la Asociación Española de Pediatría, las que defienden la utilización de la llamada **huella genética**.

Es una técnica segura, fiable, rápida y fácil. Se mantiene inalterable en el tiempo, es inmutable y único (no hay otro igual) y relativamente resistente a la baja calidad de las muestras siendo válidas algunas aparentemente muy

defectuosas. Se puede custodiar de manera indefinida sin requerimientos especiales y puede ser analizado aun cuando se haya conservado en situaciones muy desfavorables. Es un método adecuado para la estandarización, lo que le otorga credibilidad científica.

Existen varios equipos comerciales para la recogida de las muestras, la mayoría en combinación con codificadores neonatales.

Consiste en el análisis del ADN por medio de la PCR en sangre de cordón. Ofrece una identificación inequívoca por comparación con el ADN de su madre y va a permitir vincularlo con ella siempre que tenga un alelo idéntico al materno. El ADN puede obtenerse de diferentes tejidos o fluidos corporales como la saliva pero una muestra de sangre en papel secante se conserva fácilmente a temperatura ambiente y presenta menos riesgo de contaminación que otras muestras. Para evitar punciones venosas o capilares innecesarias sería válido una muestra de sangre de cordón umbilical, al nacimiento, inmediatamente tras el pinzamiento del cordón umbilical y con el consentimiento materno se recoge una muestra de sangre del extremo placentario del cordón que se deposita en un papel de filtro absorbente correctamente identificado y otra muestra de sangre materna ( de la episiotomía o de la vía periférica) y se introduce en un sobre o envase plastificado sellado que se deposita junto con el historial clínico materno. Las muestras se conservan a temperatura ambiente. Realizar en presencia de la madre y de la persona que acompaña a la madre durante el parto y en ausencia de esta, de un profesional sanitario.

Las muestras son recogidas con el único fin de garantizar y poder comprobar, en caso de duda, la correcta identificación madre-hijo y no podrán ser utilizadas para pruebas de paternidad ni para otro tipo de estudios genéticos ni de investigación clínica.

Actualmente, algunas comunidades autónomas utilizan ya de forma protocolizada la toma de muestra de sangre de cordón como sistema de identificación neonatal.

El tiempo de conservación de las muestras varía de unas instituciones a otras: periodo mínimo de custodia de las muestras en los hospitales es de 1-5 años. Son válidas para su análisis identificativo si se conservan en biobancos de los hospitales hasta 15 años.

El precio de la toma de muestras de huellas en papel y sangre es muy barato. El análisis de ADN tiene un coste superior al del estudio de las huellas dactilares, pero dado la baja incidencia de casos que lo requieren se podría justificar su uso.

La combinación del codificador neonatal (pulsera de la madre y pulsera del recién nacido y pinza de cordón con un mismo número y con un código de barras idéntico y

exclusivo para cada recién nacido) junto con la recogida de una muestra de sangre materna y otra de sangre del cordón umbilical ( para análisis de ADN en caso exclusivamente de duda de identidad) es actualmente el método más confiable de identificación del recién nacido.

Se deben elaborar protocolos de identificación del recién nacido para garantizar la identificación inequívoca del rn durante su estancia hospitalaria y unificar dicho procedimiento a nivel nacional para evitar la variabilidad entre diferentes instituciones y comunidades autónomas

## CONCLUSIONES

La permanencia del recién nacido con su madre o familiar directo desde el nacimiento refuerza la identidad materno-filial. Es tarea del grupo de profesionales sanitarios de asistencia perinatal ( médicos, enfermeras, auxiliares) el cumplimiento de las recomendaciones vigentes y de concienciar a la familia sobre la permanencia de las pruebas de identificación colocadas al nacimiento como seguridad para el neonato. Necesidad de disponer en las unidades de neonatología de protocolos acerca del método de identificación del recién nacido, unificando dicho procedimiento a nivel nacional para evitar la variabilidad entre diferentes instituciones y comunidades autónomas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Patient identification in healthcare organizations: an emerging debate. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):196-200.
2. J. Rodríguez-Alarcón Gómez. El ADN en la identificación del recién nacido. *An Esp Pediatr* 1997;46:322-324.
3. M.<sup>a</sup> Concepción Sanz-Díaz<sup>1</sup> , M.<sup>a</sup> Isabel Espinal-Ramón<sup>2</sup> , Aránzazu Domínguez-Luna<sup>2</sup> , Sara Fernández-Muñoz<sup>2</sup> , Fátima Cardesa-Sabio<sup>3</sup> , Montserrat Hernández-Prieto. La identificación del recién nacido: asignatura pendiente. *Matronas Prof.* 2012; 13(3-4): 66-72.
4. Organización Mundial de la Salud. Soluciones para la seguridad del paciente. Washington/Ginebra: OMS:2007.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidades Neonatales. Estándares y recomendaciones de calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2014.
6. Ester Sanz López, Manuel Sánchez Luna, Segundo Rite Gracia, Isabel Benavente Fernández, José Luis Leante Castellanos, Alejandro Pérez Munuzuri, César W. Ruiz Campillo y María Dolores Sánchez Redondo, en representación del Comité de

- Estándares. Sociedad Espanola de Neonatología. Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2017;87(4):235-235.
7. James E. Gray, MD, Gautham Suresh, MD, Robert Ursprung, MD, William H. Edwards, MD, Julianne Nickerson, MSW, Pat H. Shiono, PhD, Paul Plsek, MS, Donald A. Goldmann, MD, Jeffrey Horbar, MD. Patient Misidentification in the Neonatal Intensive Care Unit: Quantification of Risk. *PEDIATRICS* Volume 117, Number 1, January 2006.
  8. Medicina fetal y neonatología: informe de expertos. Comisión de identificación del recién nacido de la A.E.P. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. *An Esp Pediatr* 1999; 51:512-513.
  9. Carmen Covasa , Brenda Salvatierra , Lic. Valeria Velázquez y Dr. Ernesto R. Alda. Utilización de la pulsera de identificación en el recién nacido. ¿Un método seguro?. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(1):72-80 .
  10. LaDene Gross, RN, MSed. Implementing Barcoding Technology to Promote Newborn Identification Safety.
  11. Ming-Hui OUYANG , Hui Ling HUANG and Shan HUANG. Applying RFID Systems to Improve the Correctness of Newborn Identity Reconfirmation. IOS Press, 2009. doi:10.3233/978-1-60750-024-7-805.
  12. Ian Dobson, MD, Quynh Doan, MDCM, MHSC, FRCPC, and Geoffrey Hung, MD, FRCPC. A systematic review of patient tracking systems for use in the pediatric emergency department *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 44, No. 1, pp. 242–248, 2013. doi:10.1016/j.jemermed.2012.02.017.
  13. S. Besagar et al. “What’s in a name?” Identification of newborn infants at birth using their given names. *Journal of Perinatology* (2022) 42:752–755; <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01270-9>.
  14. Patricia R. McCartney, PhD, RN, FAAN. Newborn Identification and Barcodes . VOLUME 33 | NUMBER 2. March/April 2008.

# Insuficiencia ovárica primaria. Recomendaciones generales. Diagnostico y tratamiento

Hernández Fernández C

Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Getafe

## Definición

Podemos definir la insuficiencia ovárica primaria (IOP) como la pérdida de la función ovárica en una mujer por debajo de los 40 años. Hay que destacar que no es una situación permanente y que hasta en un 20% de los casos se recupera la función ovárica de forma espontánea y hasta un 5-10% de las mujeres con IOP consiguen un embarazo espontáneo.

Su prevalencia en la población es entre el 1-4%, llegando hasta el 13-30% en aquellos casos en los que hay una agregación familiar.

## Etiología

Hasta en un 63% de los casos la IOP tiene una causa desconocida.

El 19% de las IOP se debe a causas genéticas como defectos del cromosoma X (síndrome de Turner) o por alteraciones a nivel génico (síndrome del X frágil). También puede deberse a causas autoinmunes, metabólicas, infecciones sistémicas o exposición a tóxicos.

Hay otro 12 % de los casos que esta patología se produce por causas iatrogénicas; como pueden ser: radioterapia (dosis de 2 Grays produce fallo ovárico), quimioterapia, cualquier cirugía que implique reducción del parénquima ovárico o embolización de la arteria uterina.

## Clínica y Consecuencias

El síntoma más frecuente y por el que más consultas las mujeres con IOP es la amenorrea u oligomenorrea. Junto con la amenorrea, el 85% de estas pacientes presentan síntomas vasomotores acompañantes.

Otra forma relativamente habitual de presentarse la IOP es mediante la esterilidad. Aquí es donde aparece el concepto de FALLO OVÁRICO OCULTO, que realmente es una forma de anticiparse la IOP en mujeres sin alteraciones del ciclo menstrual ni otros síntomas, pero con esterilidad por disminución marcada de su reserva folicular.

Más allá de resolver y paliar los síntomas provocados por la IOP; debemos tener en mente los posibles efectos negativos a largo plazo que puede provocar esta patología. Las principales consecuencias de la IOP serían: disfunción sexual, efectos psicológicos y cognitivos, osteoporosis, enfermedad cardiovascular y disminución de la calidad y esperanza de vida.

## Diagnóstico

Para diagnosticar una insuficiencia ovárica primaria deben cumplirse 3 criterios diagnósticos.

1. MUJER < 40 AÑOS
2. AMENORREA < 3-4 MESES
3. FSH > 40 mUI/mL en 2 determinaciones separadas al menos 1 mes

Es fundamental para realizar un correcto diagnóstico comenzar con una anamnesis personal y familiar exhaustiva. Debemos realizar una exploración detallada y minuciosa que incluya tanto una ecografía ginecológica (valoración del aparato genital interno y recuento folicular) como un examen físico.

Algunas mujeres con IOP expresan niveles inferiores a las 40 mUI/ml establecidos de manera clásica como punto de corte, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunes. Como estas pacientes también tienen que incluirse en el diagnóstico diferencias la ESHRE propone utilizar un nivel de corte de FSH > 25

La densitometría ósea solo deberá realizarse cuando existan factores de riesgo: antecedente de fractura ósea o periodo de insuficiencia ovárica sin tratamiento >1 año. Tampoco estaría recomendado la realización de mamografía de rutina.

## Tratamiento. Consideraciones generales

Es importantísimo ofrecer un tratamiento individualizado, que incluya:

- Tratamiento etiológico en caso de conocer la causa de la IOP
- Soporte emocional personal. La mayoría de las mujeres con IOP, especialmente las más jóvenes o las que no han cumplido su deseo genésico, asimilan mal el diagnóstico.
- Planificar controles y seguimiento
- Debemos preguntar por el deseo genésico de la paciente.
- Hay mujeres que por sus antecedentes personales/familiares tienen contraindicado el uso de THS. Debemos disponer de alternativas para ellas: fitoterapia, SERM, fármacos como la gabapentina/ISRS, hidratantes vaginales...

Debemos recomendar mantener un estilo de vida saludable: ejercicio físico frecuente (especialmente ejercicio de fuerza y resistencia); dieta mediterránea rica en omega 3, calcio y vitamina D; abandonar hábitos tóxicos como el tabaco; y disminuir el consumo de café, alcohol, carnes rojas y grasa animal.

#### Algoritmo terapéutico

El eje central es el deseo genésico de la paciente. Debemos considerar si la IOP está ya establecida (en cuyo caso debemos ofertar a la paciente las diferentes técnicas de TRA disponibles para cumplir el deseo genésico) o si esta va a desarrollarse como consecuencia iatrogénica por circunstancias médicas (deberemos ofertar la preservación de la fertilidad). Una vez sepamos la actitud de la paciente hacia una posible maternidad y tengamos identificada, si existe, la causa para la IOP, debemos ofertar el mejor tratamiento hormonal disponible para la paciente:

- ACHO: El tratamiento de elección para la IOP sin deseo gestacional en pacientes jóvenes debido al riesgo de gestación espontánea. Aportan los estrógenos necesarios y la protección anticonceptiva suficiente. Los preparados con estrógenos naturales tienen un efecto positivo sobre los marcadores cardiovasculares, por lo que son más adecuados.
- THS: Es el tratamiento de elección de IOP y debe iniciarse desde que se realiza el diagnóstico.

#### TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA. INDICACIONES

Síntomas vasomotores: La aparición de síntomas vasomotores es una de las principales razones por las que las mujeres con IOP utilizan la THS. Si bien hay poca evidencia sobre la eficacia de la THS para estos síntomas en mujeres con IOP espontánea, los datos derivados de

los estudios realizados en pacientes con IOP iatrogénica sumados a la amplia experiencia clínica sobre la respuesta de los síntomas vasomotores a la THS sistémica hacen que esta terapia sea ampliamente recomendada.

Síntomas genito-urinarias y función sexual: La deficiencia de estrógeno conduce a la atrofia urogenital. Tanto la THS local como la sistémica parecen ser eficaces para aliviar estos síntomas. Los hidratantes y lubricantes vaginales se pueden usar cuando la THS (tanto local o sistémica esta contraindicada) o si las mujeres aun experimentan estos síntomas a pesar de la dosis adecuada de THS.

Salud ósea: Aproximadamente entre 8-14% de las mujeres con IOP presenta osteoporosis. La evidencia es limitada sobre el efecto de la THS sobre el riesgo de fractura en mujeres con IOP, pero se ha demostrado que el reemplazo de estrógenos tiene efectos beneficiosos sobre la densidad mineral ósea en mujeres con IOP tras ooforectomía, por lo que podemos extrapolar estos datos para nuestra práctica clínica.

Salud cardiovascular: Cada año de menopausia temprana se asocia con un aumento del 3% en el riesgo de ECV. No existen ensayos clínicos aleatorizados sobre el efecto de la THS sobre la función cardiovascular en mujeres con IOP espontánea. Sin embargo, los estudios observacionales han demostrado una disminución en el riesgo de infarto de miocardio, una mejora de la función endotelial y no aumento mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares en aquellas que usan THS.

Esperanza de vida y Calidad de vida: Existe muy poca evidencia que relacione directamente la esperanza y calidad de vida con la administración de THS; pero de todos los datos anteriores podemos extrapolar su beneficio ya que disminuye la mortalidad cardiovascular, disminuye el riesgo de fracturas óseas y mejora los síntomas vasomotores.

Función neurológica: La evidencia sobre el efecto del tratamiento hormonal en la función cognitiva en mujeres con IOP es relativamente débil, con conclusiones que van desde la ausencia de efecto del tratamiento con estrógenos hasta un efecto sustancial y riesgo de deterioro cognitivo/demencia sin tratamiento hormonal.

#### TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA. RIESGOS

Cáncer de mama: Se ha planteado la hipótesis de que el riesgo puede reducirse en mujeres con IOP no tratadas que tienen menos exposición al estrógeno. Solo dos artículos analizaron los efectos de la THS en el tejido mamario (evaluado mediante mamografía) en mujeres con IOP espontánea concluyendo que los períodos de

hipoestrogenismo seguidos de terapia hormonal no dieron lugar a cambios en la densidad mamaria en mujeres con IOP. Se debe informar a las mujeres con IOP que no se ha encontrado que la TRH aumente el riesgo de cáncer de mama antes de la edad de la menopausia natural.

**Cáncer de endometrio/hiperplasia endometrial:** Hasta la fecha, no se ha estudiado el efecto de la THS con estrógeno solo en el endometrio de mujeres con IOP con útero intacto. Sin embargo, debido a que la asociación ha sido bien probada en la menopausia normal, la recomendación es usar la terapia combinada de estrógeno y progestágeno en mujeres con IOP y útero intacto.

**Accidente cerebrovascular:** No hay evidencia sobre el riesgo de accidente cerebrovascular en las mujeres con IOP tratadas con THS, pero podemos extrapolar de la bibliografía publicada sobre THS en mujeres menopáusicas y mujeres en tratamiento con anticoncepción hormonal combinada que estas mujeres presentan un riesgo similar.

**Enfermedad tromboembólica:** Solo se identificó un estudio sobre los riesgos de tromboembolismo y el uso de THS para mujeres con IOP en el cual los autores no identificaron ninguna relación significativa entre la ocurrencia de TEV en relación con el uso de THS en comparación con placebo. La evidencia disponible sobre el riesgo de TEV en usuarias de THS con menopausia a una edad regular ha mostrado un mayor riesgo en el primer año de uso de THS. El mecanismo del TEV no parece ser diferente entre las mujeres con función ovárica normal y las que tienen IOP. Por lo tanto, los factores de riesgo conocidos para el TEV en los usuarios de AOC, como el tabaquismo y la obesidad, también se aplican a las mujeres con IOP que usan AOC

## TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA.

### TIPOS DE TRATAMIENTO

**Vías de administración:** Los estrógenos administrados vía transdérmica evitan el primer paso hepática, consiguen alcanzar niveles plasmáticos mayores con menores dosis y provoca menores cambios corporales. Además, el estrógeno transdérmico no tiene un efecto negativo sobre el IGF-I. Los estrógenos locales son de elección para los síntomas genitourinarios

La administración vaginal de gestágenos consigue alcanzar niveles mayores en útero con dosis menores. También aporta un mejor cumplimiento y control del ciclo que la vía oral. La administración de gestágenos mediante DIU favorece un régimen sin sangrado y aporta fines contraceptivos. Permite además la administración sistémica de estrógenos solos, evitando los efectos adversos de los progestágenos orales.

**Régimen:** Los estrógenos deberán ser administrados en pauta continua pues es la manera que mas ha demostrado

aliviar los síntomas de hipoestrogenismo. Los gestágenos se podrán administrar: pauta continua (más recomendada, pero debe advertirse del riesgo de sangrado intermenstrual) o en pauta cíclica: Es la más fisiológica y de elección en mujeres antes de realización de terapias de reproducción asistida.

**Dosis:** Debemos tener en cuenta que la dosis de estradiol que administremos debe ser lo más fisiológica posible y adaptada a la edad de la mujer, por lo que será mayor que la administrada en la menopausia natural. La dosis de gestágenos dependerá de la dosis de estrógenos y el régimen elegido:

**Duración:** Se deberá comenzar de manera precoz para maximizar el pico de masa ósea y minimizar riesgo cardiovascular. La mantendremos mínimo hasta la edad de menopausia natural y posteriormente valoraremos riesgos, beneficios y sintomatología de cada paciente.

### BIBLIOGRAFIA

1. Webber L, Davies M, Anderson R, Bartlett J, Braat D, Cartwright B, et al. ESHRE Guideline: management of woman with premature ovarian insufficiency. *Human Reproduction*. 2016;0(0):1-12.
2. Torrealday S, Pal L. Premature Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015;44(3):543-57.
3. Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Cancelo MJ, Calvo A, Checa MA, Cortés J, Elorriaga MA, Díaz T, JV, Lete I, Lobo P, Martínez-Astorquiza T, Nieto A, Olalla MA, Pérez-Campos E, Porqueras R, Quereda F, Salamanca A, De La Viuda E. Position of the Spanish Menopause Society regarding the management of Perimenopause. *Maturitas* 2013 Mar; 74(3):283-290.
4. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Ro cca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas* 2010; 65:161-6.
5. Canals de Ros, Marta. Capítulo 3. Insuficiencia ovárica primaria. Manual Básico de menopausia. Grupo de Jóvenes Expertos de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. 2020.
6. Juliá MD, Díaz B, Fontes J, Galliano D, Gallo JL, García A, Llana P, Munnamy M, Sosa M, Roca B, Tomás J, Guinot M, Mendoza N, Pellicer A, Sánchez Borrego R. Menopausia Precoz. *MenoGuía AEEM*. Primera edición: Mayo 2014. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2014. ISBN: 978-84-940319-9-1.
7. Absolom K, Eiser C, Turner L, Ledger W, Ross R, Davies H, Coleman R, Hancock B, Snowden J, Greenfield D, Late Effects Group S. Ovarian failure

- following cancer treatment: current management and quality of life. *Hum Reprod* 2008;23: 2506-2512.
8. Piccioni P, Scirpa P, D'Emilio I, Sora F, Scarciglia M, Laurenti L, De Matteis S, Sica S, Leone G, Chiusolo P. Hormonal replacement therapy after stem cell transplantation. *Maturitas* 2004;49: 327-333.
  9. Madalinska JB, van Beurden M, Bleiker EM, Valdimarsdottir HB, Hollenstein J, Massuger LF, Gaarenstroom KN, Mourits MJ, Verheijen RH, van Dorst EB, van der Putten H, van der Velden K, Boonstra H, Aaronson NK. The impact of hormone replacement therapy on menopausal symptoms in younger high-risk women after prophylactic salpingo-oophorectomy. *J Clin Oncol* 2006;24: 3576-3582.
  10. Cauley JA, Robbins J, Chen Z, Cummings SR, Jackson RD, LaCroix AZ, LeBoff M, Lewis CE, McGowan J, Neuner J, Pettinger M, Stefanick ML, Wactawski-Wende J, Watts NB, Women's Health Initiative I. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA* 2003;290: 1729-1738.
  11. Crofton PM, Evans N, Bath LE, Warner P, Whitehead TJ, Critchley HO, Kelnar CJ, Wallace WH. Physiological versus standard sex steroid replacement in young women with premature ovarian failure: effects on bone mass acquisition and turnover. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2010;73: 707-714.
  12. Atsma F, Bartelink ML, Grobbee DE, van der Schouw YT. Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: a meta-analysis. *Menopause* 2006;13: 265-279.
  13. Mondul AM, Rodriguez C, Jacobs EJ, Calle EE. Age at natural menopause and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2005;162: 1089-1097.
  14. Rivera CM, Grossardt BR, Rhodes DJ, Brown RD, Jr., Roger VL, Melton LJ, 3rd, Rocca WA. Increased cardiovascular mortality after early bilateral oophorectomy. *Menopause* 2009;16: 15-23.
  15. Barrett-Connor E. Menopause, atherosclerosis, and coronary artery disease. *Curr Opin Pharmacol* 2013;13: 186-191.
  16. Canonico M, Plu-Bureau G, O'Sullivan MJ, Stefanick ML, Cochrane B, Scarabin PY, Manson JE. Age at menopause, reproductive history, and venous thromboembolism risk among postmenopausal women: the Women's Health Initiative Hormone Therapy clinical trials. *Menopause* 2014;21: 214-220.
  17. Wu X, Cai H, Kallianpur A, Li H, Yang G, Gao J, Xiang YB, Ji BT, Yu T, Zheng W, Shu XO. Impact of Premature Ovarian Failure on Mortality and Morbidity among Chinese Women. *PLoS One* 2014;9: e89597.
  18. Benetti-Pinto CL, Soares PM, Magna LA, Petta CA, Dos Santos CC. Breast density in women with premature ovarian failure using hormone therapy. *Gynecol Endocrinol* 2008;24: 40-43.
  19. Furness S, Roberts H, Marjoribanks J, Lethaby A. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8: CD000402.
  20. Gu H, Zhao X, Zhao X, Yang Y, Lv X. Risk of stroke in healthy postmenopausal women during and after hormone therapy: a meta-analysis. *Menopause* 2014;21: 1204-1210.
  21. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med* 2012;366: 2257-2266.
  22. Canonico M, Plu-Bureau G, O'Sullivan MJ, Stefanick ML, Cochrane B, Scarabin PY, Manson JE. Age at menopause, reproductive history, and venous thromboembolism risk among postmenopausal women: the Women's Health Initiative Hormone Therapy clinical trials. *Menopause* 2014;21: 214-220.

## La microbiota y su relación con el cáncer ginecológico

Martín Salamanca B

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Getafe.  
email: belenmsalamanca@yahoo.es

### Introducción

Se estima que en la superficie de la piel y mucosas del ser humano habitan unos 39 trillones de células microbianas, lo que supone 100 veces más genes que los de nuestras células eucariotas. Estos microbios incluyen bacterias, arqueas, hongos y virus. Este conjunto de células se conocen como “microbiota”. La colección de todos sus genes de estos microorganismos junto sus elementos estructurales, metabolitos se conoce como “microbioma”.

Aunque debido a su complejidad la microbiota sigue siendo una gran desconocida, cada vez se hace más relevante que sus funciones son fundamentales para la salud del organismo. La alteración de la microbiota, de su equilibrio, se conoce como disbiosis y puede conllevar la pérdida de su funcionalidad repercutiendo negativamente en la salud del hospedador. En la actualidad cada vez son más las enfermedades en las que se ha descrito una alteración de la microbiota. Se ha propuesto su papel en la patogénesis del cáncer (colorrectal, urinario y de los aparatos reproductores femeninos y masculinos) afectando al inicio, progresión y respuesta al tratamiento. La microbiota no solo es relevante en el desarrollo de las enfermedades sino también para determinar la eficacia del tratamiento y disminuir los efectos adversos del mismo.

El gran desarrollo en las últimas décadas del estudio de la microbiota humana se debe al desarrollo de la tecnología de secuenciación masiva genética (NGS, next generation sequencing). Hemos podido pasar de estudiar los microorganismos en cultivos a estudiar sus genes, así como sus metabolitos e incluso las funciones implicadas, lo que ha arrojado una sorprendente cantidad de nuevos microorganismo, funciones e interacciones entre huésped y comensales, cuyo programa base es el Proyecto Microbioma Humano (Human Microbiome Project, HMP).

### MICROBIOTA Y CÁNCER

La relación entre microbiota y cáncer es compleja. Aunque el cáncer es generalmente considerada una enfermedad basada en la genética del huésped y factores ambientales, los microorganismos están implicados en al menos el 20% de las patologías malignas. Los microbios presentes en las mucosas aerodigestivas pueden formar parte del microambiente tumoral, los microbios intratumorales pueden afectar al crecimiento del tumor, la microbiota intestinal influye en funciones inflamatorias, manteniendo el balance de células huésped entre crecimiento celular y proliferación.

### MICROBIOTA Y CÁNCER GINECOLÓGICO

Mientras que la microbiota intestinal ha estado en el centro de la investigación del cáncer, la microbiota del tracto genital no ha sido adecuadamente caracterizada en relación a su impacto en carcinogénesis.

Se piensa que los factores que contribuyen a la disbiosis en el tracto genital son similares a los que producen disbiosis intestinal. La vagina, cérvix y tracto genital superior tienen una cohorte microbiana única.

Una microbiota vaginal sana normalmente contiene especies bacterianas del phylum Firmicutes y del género Lactobacillus. La composición de estas bacterias comensales fluctúa con la edad y el estado reproductivo de la mujer.

#### Microbiota y cáncer de cérvix

La vaginosis bacteriana, una enfermedad muy prevalente en la mujer y que genera un elevado porcentaje de visitas en Atención Primaria y Especializada, ocurre por una depleción de especies de Lactobacillus y un aumento de bacterias anaerobias. La vaginosis bacteriana se ha visto implicada en patología obstétrica (parto pretérmino, ruptura prematura de membranas) y en la predisposición

a la infección y persistencia del Virus del Papiloma Humano (HPV) y el desarrollo del cáncer de cérvix. Es plausible por tanto, que la alteración de la microbiota vaginal combinada con factores exógenos como hábitos de vida y dieta puede influir en la infección por HPV y promueva la progresión a cáncer de cérvix en mujeres con lesiones premalignas.

#### **Microbiota y cancer de endometrio**

La obesidad y el hiperestronismo son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de endometrio. Estas condiciones se han asociado también con cambios en la microbiota intestinal y vaginal. Se ha demostrado una conexión entre la microbiota intestinal, el metabolismo de estrógenos y la obesidad que sugiere un potencial rol de la microbiota en la génesis o desarrollo del cáncer de endometrio, dado que la comunidad disbiótica produce estrógenos circulantes, que a su vez alteran el microambiente vaginal, eje que se llama “estroboloma”.

Además, existen varios estudios que correlacionan la aparición de lesiones premalignas con cambios en la microbiota local, tanto vaginal como uterina, con mayor prevalencia de *Atopobium vaginae* y *Porphyromonas* spp., bacterias que liberan citoquinas inflamatorias. Se sugiere la hipótesis que la inflamación crónica de una microbiota alterada podría estar en relación con la etiología y desarrollo del cáncer de endometrio. Se necesitan más estudios que exploren estos mecanismos.

#### **Microbiota y cáncer de ovario**

Existen estudios epidemiológicos que señalan la enfermedad inflamatoria pélvica y en concreto, la infección por *Clamidia Trachomatis* como un factor de riesgo de cáncer de ovario. En diferentes estudios sobre microbiota en muestras de pacientes afectas por cáncer de ovario, se ha demostrado presencia intratumoral de *Brucella*, *Mycoplasma* y *Clamidia* spp, así como *Proteobacteria* y *Acinetobacter*, que se relacionaron con presencia de mediadores de inflamación.

Aunque estos estudios piloto sugieren una conexión entre la inflamación y la carcinogénesis, la relación causal entre cáncer ginecológico y microbiota aún no está clara. Estos microorganismos podrían inducir carcinogénesis mediante mecanismos directos o indirectos; sin embargo, el microambiente tumoral altamente anóxico también podría favorecer el reclutamiento y crecimiento de microorganismos anaerobios como *Chlamydia* spp.

Por tanto, según el Consorcio Internacional de Cáncer y Microbioma (International Cancer Microbiome Consortium), se necesitan estudios longitudinales de cohortes para demostrar que las alteraciones en la microbiota humana son una clave en la etiopatogenia del cáncer, aunque existen indicios para pensar que estas alteraciones, junto con factores ambientales y la genética del individuo, constituyen un modelo tripartito para la carcinogénesis.

## Diagnóstico actual de las ITS

Piñeiro L

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Donostia- Instituto de Investigación Biogipuzkoa, San Sebastián. Grupo de Estudio ITS, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

En los últimos años, se han producido una serie de cambios conductuales en los hábitos de comportamiento sexual que en conjunto han conducido a un incremento en las relaciones sexuales sin protección. Además, la mayor conectividad social (viajes, redes y apps de citas) han aumentado la oportunidad de relación entre las personas.

Todo ello, en paralelo a la mejora de las técnicas diagnósticas, ha contribuido a la emergencia y reemergencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), alertando sobre la necesidad de mejorar su control. Estos cambios han afectado más intensamente a los grupos con mayor riesgo en sus relaciones sexuales (grupos clave y vulnerables), pero repercuten también en el resto de población general, y particularmente en mujeres menores de 30 años las infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma genitalium*. Por lo tanto, desestigmatizar el abordaje de las ITS es doblemente necesario.

Actualmente las ITS de declaración obligatoria en España ([https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/SIFILIS/Vigilancia\\_ITS\\_1995\\_2021.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/SIFILIS/Vigilancia_ITS_1995_2021.pdf)) son la sífilis, la infección gonocócica y la infección por *C. trachomatis*, incluido el linfogranuloma venéreo (LGV). En las mujeres, la infección por *C. trachomatis* representa el 60% de los casos declarados, alcanzando una incidencia de 339/100.000 en el grupo de 20-24 años. En la infección gonocócica y la sífilis, las infecciones en mujeres suponen solo un 17% y un 10% de los casos, respectivamente, siendo ITS que afectan especialmente a grupos de hombres que tienen sexo con hombres, así como el LGV detectado infrecuentemente en mujeres. Pero su tendencia es creciente, y especialmente el incremento en la detección de casos de sífilis congénita en otros países de Europa, debe suponer una alerta para mantener y reforzar su vigilancia. Además, la infección por *M. genitalium* se considera una ITS emergente, que en mujeres alcanza una alta incidencia y que debe ser

incluida en el diagnóstico habitual de estas infecciones.

En Ginecología, se debe valorar realizar un diagnóstico de alguna de estas ITS a cualquier mujer que se presente con síntomas compatibles. En casos de cervicitis, el diagnóstico clínico de sospecha más probable en nuestro entorno será *C. trachomatis* y *M. genitalium*, aunque también debe incluirse *Neisseria gonorrhoeae*. En casos de úlcera genital, el diagnóstico diferencial debe plantearse entre herpes genital (virus herpes simplex, VHS) y sífilis (*Treponema pallidum*), siendo la lesión habitualmente dolorosa en casos de herpes genital e indolora en casos de sífilis. En todos los casos debemos tener presente que estas infecciones pueden ocasionar otras manifestaciones extragenitales, y por lo tanto debemos consultar a las pacientes por sus prácticas sexuales para obtener muestras también en otras localizaciones (oro-faringe, recto) según los casos. Estas infecciones, pueden transmitirse verticalmente y en un alto porcentaje pueden ser asintomáticas a pesar de lo cual, aunque con menor probabilidad que las infecciones sintomáticas, pueden ascender por el tracto genitourinario y como consecuencia de la infección crónica ocasionar complicaciones en la salud reproductiva y gestacional de las mujeres: enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), infertilidad, artritis reactiva, aborto, embarazo ectópico, rotura prematura de membranas, recién nacido de bajo peso para su edad gestacional, conjuntivitis neonatal y neumonía en niños menores de 3 meses. Por este motivo, y también para reducir la posibilidad de transmisión de la infección, se debe descartar una de estas ITS en mujeres asintomáticas en los siguientes casos: grupos clave/vulnerables, contactos sexuales de casos de ITS confirmados, práctica de relaciones sexuales sin protección, y gestantes.

El diagnóstico de sospecha clínico debe confirmarse con el diagnóstico microbiológico. Para ello, deben obtenerse muestras de cervix y/o de la lesión dérmica, así como una muestra de suero para descartar otras ITS (VIH, hepatitis virales A/B/C, sífilis...). En la siguiente tabla

se presenta un esquema con las técnicas de diagnóstico indicadas en estas ITS:

técnicas serológicas permiten diferenciar en casos de infección por VHS una primoinfección de una reinfección.

Microorganismo/ técnicas dx	TAAN (PCR)	Serología	ICT	Gram + cultivo
<i>C. trachomatis</i>	Sí, dx sindrómico	No (epidem.?)	Sí?? (↓ S)	No
<i>M. genitalium</i>		No	No	No
<i>N. gonorrhoeae</i>	Sí, dx sindrómico	No	Sí?? (↓↓ S)	Sí* (susceptibl. AB)
<i>T. pallidum</i>		Sí	Sí (VIH + LUES)	No (campo oscuro ↓ S)
Virus herpes simplex		No (= primoinf. vs reinf.)	No	No (IFD < S)

Las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) se consideran actualmente de elección en el diagnóstico de la mayor parte de estas ITS, por su alta sensibilidad y rapidez. Además, permiten realizar un diagnóstico sindrómico (cervicitis, úlcera genital) obteniendo finalmente un diagnóstico etiológico completo en un solo paso y con ello un tratamiento dirigido específicamente frente al microorganismo causante de la infección. Las TAAN pueden resultar también de ayuda en casos de sífilis primaria con una lesión compatible y serología negativa, puesto que en esta fase de la infección la sensibilidad de las técnicas serológicas no alcanza el 100% (~90%).

Existen diferentes tipos de TAAN comerciales disponibles, que se pueden clasificar en las que permiten trabajar en lotes y las que analizan las muestras individualmente. Las primeras permiten analizar al mismo tiempo hasta 96 muestras por tanda obteniendo resultados en una jornada de trabajo, por lo que tienen una alta costo-eficacia, pero requieren de estructura y personal entrenado; se emplean habitualmente en hospitales terciarios. Las segundas pueden emplearse como POCT (point of care test) puesto que no requieren estructura ni personal específico y obtienen resultados en ~1 hora, pero su coste es elevado; pueden ser de utilidad en casos urgentes y en hospitales comarcales.

Las técnicas serológicas siguen siendo la principal indicación en el diagnóstico de la sífilis, debiéndose combinar pruebas treponémicas (EIA/CLIA, FTA o TPHA) y no treponémicas (RPR, VDRL). Los anticuerpos de las pruebas treponémicas pueden durar tiempo, por lo que para confirmar una reinfección (nueva infección activa) deben ser positivas también las pruebas no treponémicas. El diagnóstico serológico debe incluirse siempre ante cualquier sospecha de ITS para descartar la infección por VIH y las hepatitis virales. Además, las

Ante cualquier duda de interpretación de una serología se debe consultar con el Servicio de Microbiología.

Las pruebas inmunológicas basadas en inmunocromatografía (ICT) pueden ser útiles en la actualidad para el diagnóstico de la infección por VIH y sífilis como pruebas de diagnóstico rápido en casos sintomáticos o con riesgo alto de infección. Para el resto de ITS, a día de hoy las ICT no disponen de una sensibilidad adecuada. En el futuro, este tipo de pruebas se desarrollarán más y tendrán más indicaciones, pudiéndose realizar también a partir de autotomas. Conviene conocer su existencia y en su caso explicar a las pacientes que pretendan emplearlas como autodiagnóstico que solo deben utilizarse si la probabilidad pre-test es alta (casos sintomáticos o riesgo alto de ITS), y que es necesario tener en cuenta el tiempo de incubación y ventana de estas infecciones, por lo que no sirven para decidir si tener o no relaciones sexuales ni al día siguiente de una relación sexual no protegida (sus dos principales usos inadecuados). Además, los casos positivos deben confirmarse en un centro hospitalario con otra técnica y la paciente ser atendida para tratamiento, control de contactos sexuales y seguimiento de la infección, como en cualquier otro caso de diagnóstico de ITS.

Por último, técnicas de diagnóstico clásico como la tinción de Gram y el cultivo siguen siendo de utilidad en el manejo de la infección por gonococo. Esta bacteria crece bien en medios de cultivo habituales y específicos, lo que permite además realizar un estudio de susceptibilidad antibacteriana, esencial para mantener una vigilancia de las resistencias a los antibióticos empleados y ajustar las indicaciones de los tratamientos empíricos.

Es de interés destacar, que la OMS ha publicado recientemente un detallado documento [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) en el que insiste en la necesidad de aumentar

la cobertura diagnóstica de las ITS. En este sentido, además de las situaciones comentadas en este resumen, puede resultar de interés en el contexto de la Ginecología tener en cuenta solicitar un diagnóstico de ITS en mujeres con síntomas de EIP, en casos con síntomas de vaginitis o vaginosis (tanto con resultado negativo como positivo a microorganismos relacionados con estas patologías, por la posibilidad de infecciones mixtas), así como en casos de disuria con urocultivo negativo tras excluir otras posibles causas de leucocituria (litiasis, etc.). Asimismo, acercar el diagnóstico a aquellos grupos de población vulnerable que no acuden a centros sanitarios es una extraordinaria labor que algunas organizaciones realizan mediante sistemas de checkpoints. Finalmente, a pesar de contar actualmente con técnicas de diagnóstico rápido, conviene tener en cuenta que el tiempo de diagnóstico total depende también de la fase pre-analítica (tiempo que tarda la muestra en llegar al laboratorio desde su obtención) y la post-analítica (tiempo desde la validación del resultado hasta que la información llega al médico o paciente y se instaura un tratamiento). Acortar estos tiempos es fundamental para evitar la transmisión de las ITS.

En cuanto a la prevención, sigue siendo prioritario reforzar la prevención primaria, tanto a nivel educativo en familias, escuelas, o mediante campañas institucionales de publicidad en diferentes medios de comunicación o redes

sociales, como a nivel divulgativo también en las propias consultas ante pacientes especialmente las de menor edad. Es de especial interés tener en cuenta las recomendaciones de realizar cribados de ITS en mujeres asintomáticas. Además de las indicaciones genéricas ya comentadas (control de contactos sexuales, población de riesgo y/o vulnerable), los CDC/USPSTF (<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>, doi:10.1001/jama.2021.14081) y las guías australianas (<https://sti.guidelines.org.au/standard-asymptomatic-checkup/>) detallan las diferentes situaciones, con pequeñas diferencias entre ellas. Cabe destacar la indicación de añadir, al habitual control gestacional de ITS (VIH, sífilis, hepatitis virales B y C), el cribado de infección por clamidia y gonococo. En España, disponemos ya de datos que acreditan la conveniencia del cribado de clamidia en gestantes menores de 30 años de edad (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rfc2.20>).

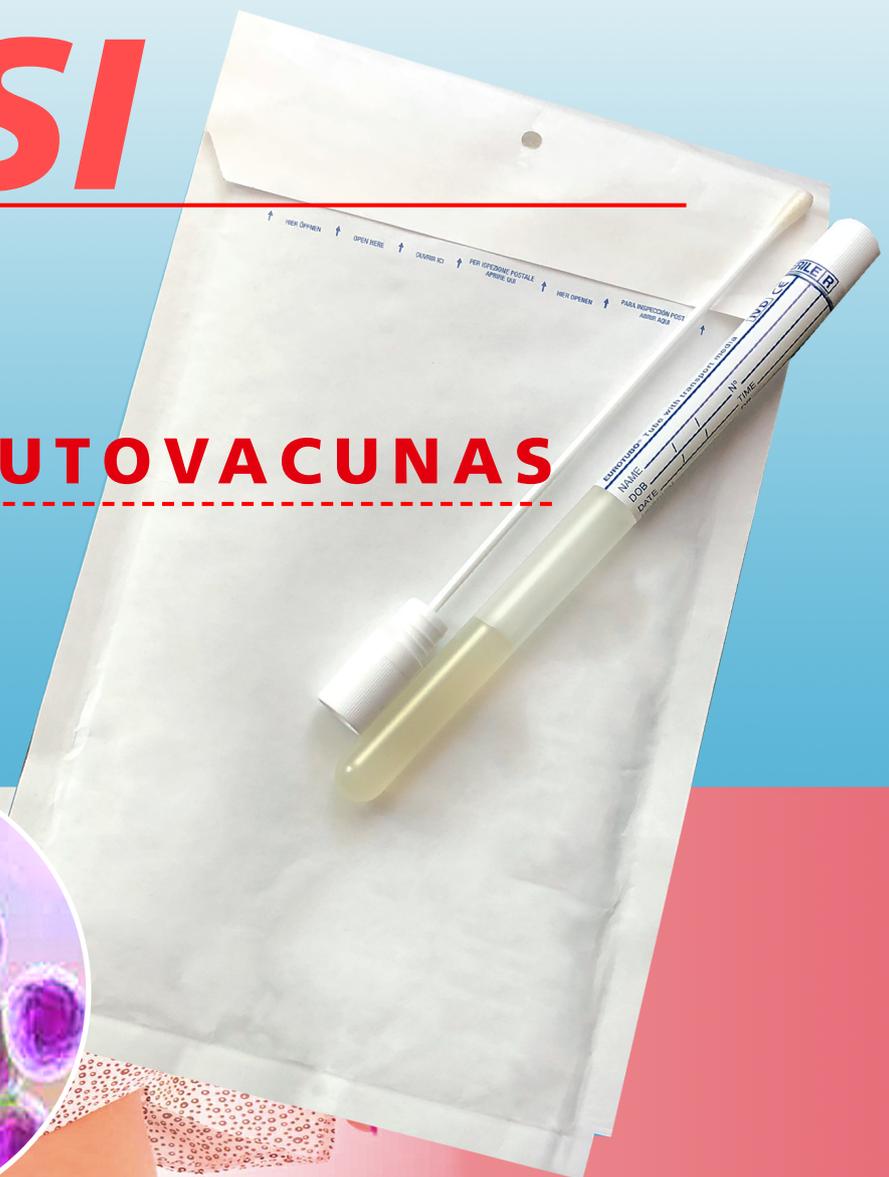
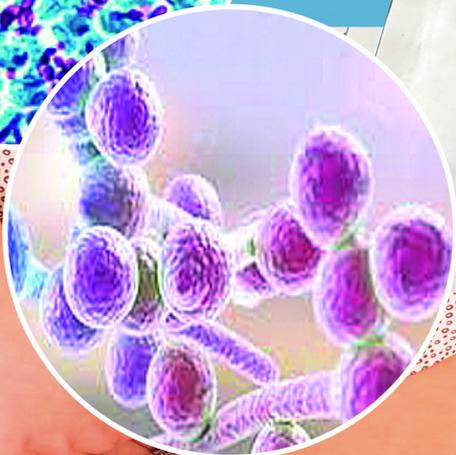
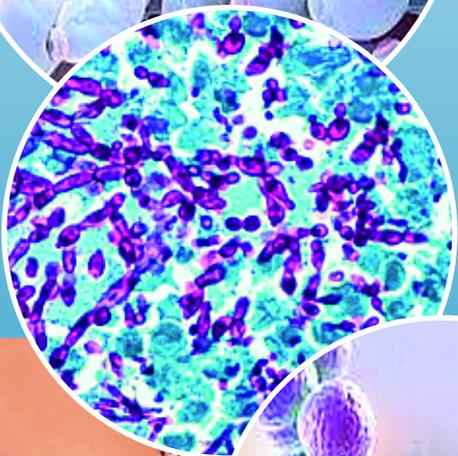
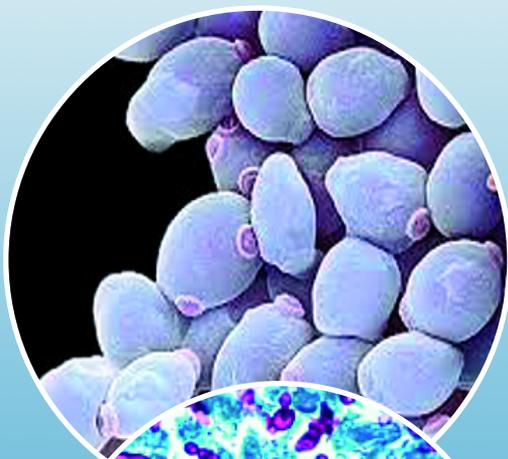
En resumen, los principales retos para conseguir un manejo más eficiente de las ITS y reducir su impacto son: reforzar la prevención, ampliar la cobertura diagnóstica, realizar diagnósticos sindrómicos con tratamientos dirigidos reduciendo el tiempo de respuesta y de inicio de tratamiento para frenar su transmisión, y mejorar la vigilancia epidemiológica.



**¿Se pueden prevenir las infecciones recidivantes por candidas?**

**SI**

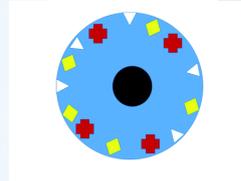
**AUTOVACUNAS**



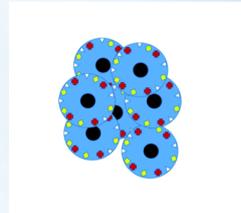
# Primera autovacuna que induce inmu

## ¿Cómo funciona la vacuna?

*La candida mantiene sus antígenos "escondidos", por lo que es muy poco inmunógena.*



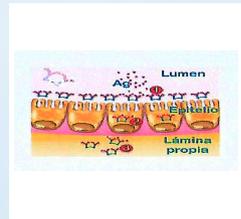
*Para sintetizar la autovacuna, se cultivan las candidas de la paciente afectada.*



*Se lisan las células micóticas.*



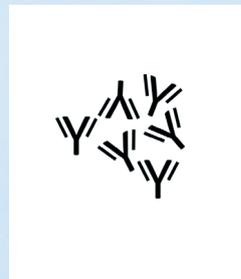
*Se recogen las moléculas antigénicas y se prepara, se envasa y se empaqueta la vacuna.*



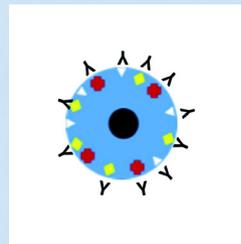
*Se suministra la vacuna al paciente por la oficina de farmacia y se le administra la posología indicada.*



*Con la administración de la vacuna, ponemos en contacto los antígenos con la mucosa sublingual. Se producen inmunoglobulinas, entre ellas la IgA que son secretadas a la luz de la vagina.*



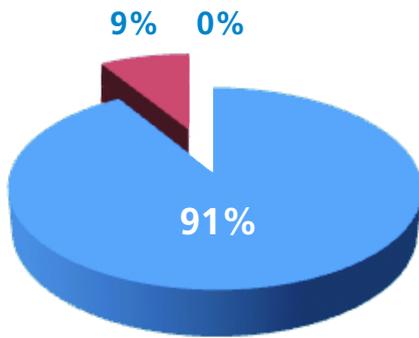
*Los anticuerpos se fijan a las candidas, procesando su destrucción.*



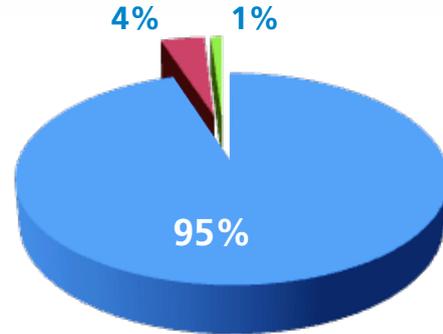
# Unidad frente a candida

## Eficacia en más del 90% de los pacientes (1,2,3,4)

Estudio observacional Hospital Universitario Ciudad Real. Servicio de Ginecología.



Estudio observacional Hospital Universitario Santa Cristina (Madrid). Servicio de Urología



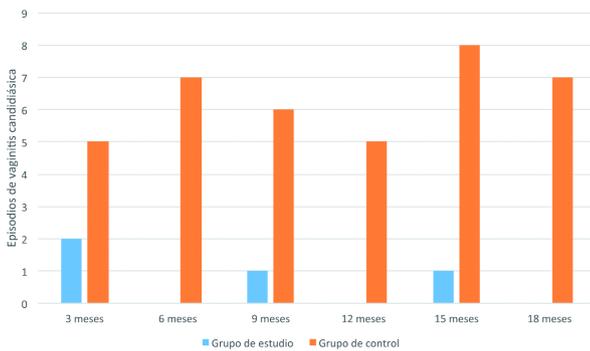
Éxito

Fracaso

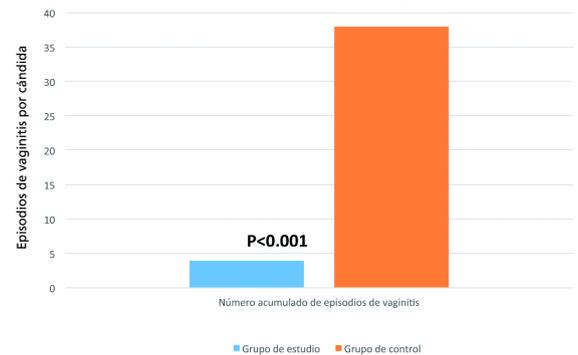
Abandono

## Disminución del número de episodios de candidiasis tras la administración de la vacuna

Episodios de vaginitis candidiásica desde el inicio de la vacunación<sup>1</sup>



Eficacia en la prevención de nuevos cuadros de vaginitis en 18 meses<sup>1</sup>



Los episodios aislados de vaginitis por candida a lo largo de los 18 meses de control pueden ser atribuidos bien a una escasa respuesta inmunológica (ninguna vacuna es eficaz al 100%) o bien a que en la paciente se ha producido un cambio en la especie de candida pobladora de la vagina.

1) Haya Palazuelos. Estudio piloto sobre la prevención de las vaginitis candidiásicas de repetición mediante el uso de auto-vacunas. Hospital General Universitario de Ciudad Real. 2) M.G. Pérez Ortiz & J.C. Ruíz de la Roja. Vulvovaginitis candidiásica recurrente. Hospital Universitario Santa Cristina, Servicio de Urología. 3) Vecchiarelli A1, Pericolini E, Gabrielli E, Pietrella D. New Approaches in the development of a vaccine for mucosal candidiasis: progress and challenges. Front Microbiol. 2012 Aug 13;3:294. doi:10.3389/fmicb.2012.00294. e Collection 2012. 4) Paul L. Fidel; Jim E. Cutler. Prospects for Development of a Vaccine to Prevent and Control Vaginal Candidiasis Curr Infect Dis Rep. 2011 February;13 (1):102-107. doi: 10.1007/s11908-010-0143-y.

## Seguras y cómodas de administrar (1,2)

- Compuestas por lisados micóticos, desprovistos de poder patógeno.(4)
- Buena aceptación y tolerabilidad por la paciente.(3)
- Comodidad de administración, sin necesidad de pinchazos ni de acudir al ATS.

# Posología

- Se trata de una **autovacuna**, creada específicamente para la paciente, por lo que se generan anticuerpos frente a sus candidas específicas.
- Es de uso **sublingual**, sin necesidad de pinchazos.
- La pauta es de **dos** instilaciones sublinguales al día, aproximadamente a la misma hora.
- El tratamiento se mantiene hasta **finalizar el envase**.
- Si el clínico lo juzga necesario, **se puede repetir** el tratamiento.



**Presentación: 1 Vial**

Vía de administración oral  
Spray Nebulizador

## Información Técnica

La Autovacuna en nebulizado es una suspensión para administración sublingual para tratamiento de candidiasis.

**INDICACIONES.** Tratamiento de vulvovaginitis causadas por candida con tendencia a la cronicación, manifestada por las recurrencias o recidivas. **PRESENTACION.** La Autovacuna se presenta de la siguiente forma: Frasco nebulizador de 30 ml de suspensión para administración sublingual a una concentración de 10<sup>9</sup> UFC/mL. **COMPOSICION.** Microorganismos completos lisados e inactivados por la acción del calor. Excipientes: Se utiliza como vehículo una mezcla de los siguientes excipientes: -Cloruro sódico (0.9 % p/v) -Metilcelulosa (0.5% p/v) -Esencia de naranja (0,025% v/v) -Timerosal 0.05 mg/ml -Agua destilada, csp 30ml. **POSOLOGIA.** La dosis normal para un adulto es: Tomar una dosis sublingual única de 2 pulsaciones por la mañana del nebulizador hasta terminar el frasco (7 semanas). (Esta pauta será la empleada siempre que su médico no le indique otra). **INSTRUCCIONES PARA USO ADECUADO.** Agitar enérgicamente antes de cada dosificación. El vial debe estar en posición vertical, sin invertirse. Es conveniente tomar la vacuna distanciada un par de horas de las comidas, para garantizar su total absorción. Antes de administrar la primera dosis, se debe efectuar 3 ó 4 pulsaciones al aire, para llenar completamente el circuito y la válvula dosificadora. No deberá quedar en la boca restos de comidas anteriores. Es conveniente realizar un enjuague de la boca con agua antes de tomar la vacuna. Evite lavarse los dientes con dentífrico que contenga menta o mentol, ya que esta sustancia interfiere en la correcta absorción de la vacuna. Quite el tapón de la vacuna y ponga la cánula dosificadora nebulizadora debajo de la lengua, manteniendo el vial en posición vertical. Presionar dos veces seguidas, manteniendo en la medida de lo posible el líquido bajo la lengua hasta su completa absorción. **CONSERVACION.** Conservar preferentemente entre 2 y 8º (en nevera). No congelar. **PRECIO.** PVP + IVA 246,81 euros.

## Bibliografía

1) Alby et al. Homothallic and heterothallic mating in the opportunistic pathogen *Candida albicans*. *Nature*, 2009; 460 (7257). 2) M. A. S. Alem et al. Production of Tyrosol by *Candida albicans* Biofilms and Its Role in Quorum Sensing and Biofilm Development. *Eukaryotic Cell*, Oct. 2006, Vol. 5, No. 10, p. 1770-1779. 3) M. A. Al-Fattani & L. J. Douglas. Biofilm matrix of *Candida albicans* and *Candida tropicalis*: chemical composition and role in drug resistance. *Journal of Medical Microbiology*, 2006, 55, 999-1008. 4) R. J. Bennett & A. D. Johnson. Completion of a parasexual cycle in *Candida albicans* by induced chromosome loss in tetraploid strains. *The EMBO Journal*, 2003, Vol. 22, No. 10, p. 2505-2515. 5) C. Dunne et al. Probiotics: from myth to reality. Demonstration of functionality in animal models of disease and in human clinical trials. *Antonie Van Leeuwenhoek*, 1999, 76, 279-292. 6) S. Elahi, Robert Clancy & Gerald Pang. A therapeutic vaccine for mucosal candidiasis. *Vaccine*, 19, 2001 2516-2521. 7) M. L. Falsetta et al. Symbiotic Relationship between *Streptococcus mutans* and *Candida albicans* Synergizes Virulence of Plaque Biofilms. *In Vivo*. *Infect. Immun.*, May 2014 vol. 82 no. 5. 8) A. Forche et al. The Parasexual Cycle in *Candida albicans* Provides an Alternative Pathway to Meiosis for the Formation of Recombinant Strains. *PLoS Biology*, May 2008, Volume 6, Issue 5 1084-1097. 9) S. García-Sánchez et al. *Candida albicans* Biofilms: a Developmental State Associated With Specific and Stable Gene Expression Patterns. *Eukaryotic Cell*, Apr. 2004, Vol. 3, No. 2, p. 536-545. 10) M. D. LaFleur, C. A. Kumamoto & Kim Lewis. *Candida albicans* Biofilms Produce Antifungal-Tolerant Persister Cells. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, Nov. 2006, Vol. 50, No. 11, p. 3839-3846. 11) Min Liua et al. Immune responses induced by heat killed *Saccharomyces cerevisiae*: A vaccine against fungal infection. *Vaccine*, Volume 29, Issue 9, 17 February 2011, 1745-1753. 12) D. L. Moyes et al. A Biphasic Innate Immune MAPK Response Discriminates between the Yeast and Hyphal Forms of *Candida albicans* in Epithelial Cells. *Cell Host Microbe*. 2010 Sep 16, 8(3), 225-235. 13) J. Nett et al. Putative Role of -1,3 Glucans in *Candida albicans* Biofilm Resistance. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, Feb. 2007, Vol. 51, No. 2, p. 510-520. 14) M. L. Richardet et al. *Candida albicans* Biofilm-Defective Mutants. *Eukaryotic Cell*, Aug. 2005, Vol. 4, No. 8, p. 1493-1502. 15) L. Romani. Innate and adaptive immunity in *Candida albicans* infections and saprophytism. *Journal of Leukocyte Biology*, Volume 68, August 2000, p. 175-179. 16) J. Haya Palazuelo. Estudio piloto sobre la prevención de las vaginitis candidiásicas de repetición mediante el uso de autovacunas. Hospital General Universitario de Ciudad Real. 17) M.G. Pérez Ortiz & J.C. Ruiz de la Roja. Vulvovaginitis candidiásica recurrente. Hospital Universitario Santa Cristina, Servicio de Urología.



Vacunas fabricadas por Biowise Pharmaceuticals

C/Avena, 46 - Nave 8G - 28914 Leganés (Madrid) - 916947109 - immunology@biowise.es

www.biowise.es

## Manejo de la agresión sexual. CÓDIGO VISEM

### Recio Conde A

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Vocal de la Comisión Hospitalaria contra la violencia.  
Hospital Universitario de Getafe

---

La violencia sexual ejercida contra las mujeres constituye una forma de violencia de género con independencia de si son o no sus parejas o exparejas las implicadas. Constituye un problema grave de salud pública y una violación de los derechos humanos en concreto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, reconocidos por la OMS en 2017.

La violencia sexual se ha incrementado en nuestra sociedad con especial relevancia entre la población adolescente y adulto joven. Según datos recogidos en 2022 por el Ministerio del Interior se observa un aumento del 13.22% de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual respecto al 2021, por el CIMASCAM (Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual de la Comunidad de Madrid) el 62% de los casos atendidos ocurren en infancia/adolescencia. El 13.7% de las mujeres han sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, datos reflejados en la macroencuesta sobre violencia de género realizada en 2019.

Este tipo de violencia y en concreto la agresión sexual ocasiona un daño integral a las mujeres con consecuencias a corto, medio y largo plazo con secuelas físicas, sexuales, psicológicas, reproductivas y sociales.

Distintas instituciones en el territorio de la Comunidad

de Madrid, en una puesta en común por mejorar, unificar y protocolizar la actuación entre los diferentes niveles asistenciales elaboraron el protocolo Código Visem. Se trata de un protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid que entró en vigor el 1 de Julio del 2022.

Los profesionales sanitarios podemos encontrar en él consejos de buenas prácticas (qué preguntas hacer y cuales evitar en la entrevista), población diana al que va dirigido, requisitos para la activación del código Visem, recomendaciones en la acogida de la mujer en el servicio de urgencias hospitalarias, indicaciones para la exploración y toma de muestras clínicas y médico forenses, pautas de continuidad asistencial. Así como la normativa legal que ampare nuestras actuaciones, qué valoración psicológica hacer, información de los diferentes dispositivos sociales de apoyo jurídico, social y psicológico al alta y mientras son atendidas en los servicios de urgencias.

En definitiva, el conocimiento y la aplicación adecuada del protocolo código Visem nos ayuda a sensibilizar e identificar este tipo de violencia y a abordar la atención de nuestras pacientes desde un punto de vista integral, contribuyendo a largo plazo a mejorar nuestra sociedad.

# Nuevo protocolo del cribado del cáncer de cérvix. Estrategia de la Comunidad de Madrid

Nozaleda Pastor G

Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Gregorio Marañón

## INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de cérvix en la Comunidad de Madrid se sitúa en torno a 7,5 casos por cada 100.000 habitantes según el Registro de Tumores regional. Es una de las incidencias más bajas de la Unión Europea y está por debajo de la media nacional.

Si tenemos en cuenta la clasificación del CIE-O, que incluye los carcinomas in situ y las displasia, el cáncer de cérvix es el tercero más frecuente en mujeres, por detrás del de mama y colon. El aumento significativo en la incidencia se produce a partir de los 30 años, manteniendo un patrón en dientes de sierra, para disminuir a partir de los 80 años.

Se trata de una neoplasia que puede prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento de sus lesiones precursoras.

La infección persistente por el Virus del Papiloma de alto riesgo es un factor clave para el desarrollo de casi la totalidad de los casos de cáncer de cuello uterino. A pesar de que se conocen más de 200 tipos de VPH, el 70% de los casos de cáncer de cérvix están causados por el VPH 16 y 18.

La prevalencia del VPH-AR en mujeres españolas con citología normal oscila entre 5,2% y el 17,5% según datos del instituto Catalán de Oncología. La prevalencia de VPH16/VPH18 se sitúa en un 2,7% (IC95% 2,3-3,2) en mujeres con citología normal según datos del ICO.

## SITUACIÓN ACTUAL

El cribado actual del cáncer de cérvix en la Comunidad de Madrid es un cribado oportunista. Va dirigido a mujeres de entre 25-65 años en los que se aprovecha cualquier contacto de éstas con el sistema de salud para valorar su inclusión en el cribado.

El principal inconveniente de este cribado es que excluye a pacientes vulnerables que no tienen contacto con los sistemas de salud, y revisa excesivamente a mujeres sanas, causándoles en muchos casos un sobrediagnóstico, con el sobrecoste que ello conlleva.

A día de hoy el cribado se lleva a cabo en las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica (UPPO) de los centros de salud. La cobertura global está en torno a un 30%, realizándose unos 190.000 cribados al año.

## CERVICAM

El Programa de Detección Precoz del Cáncer cérvix de la Comunidad de Madrid (CERVICAM) es un programa de cribado poblacional, público, organizado de forma centralizada.

Los programas de cribado de base poblacional han demostrado un claro beneficio en términos de reducción de la incidencia y mortalidad con respecto a los cribados oportunistas.

El objetivo principal de este programa es reducir la mortalidad y la incidencia del cáncer de cuello uterino mediante la detección precoz de lesiones precursoras y/o infección por el VPH-AR.

Va dirigido a mujeres de entre 25-65 años, que tengan cobertura a través del SERMAS, y que estén incluidas en el sistema de información poblacional de la Comunidad de Madrid (Cibeles). Actualmente hay aproximadamente dos millones de mujeres que cumplen estas condiciones.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Mujeres, vacunadas o no vacunadas frente al VPH, con edad comprendida entre 25 y 65 años a lo largo del año en curso.
- Mujeres registradas en la base de datos poblacional CIBELES, a 1º de enero del año en curso.
- Mujeres que han mantenido relaciones sexuales de cualquier tipo.
- Mujeres con histerectomía subtotal.
- Mujeres con histerectomía total realizada por causas relacionadas con el VPH

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Mujeres con histerectomía total por neoplasias malignas o patología benigna no vinculadas al VPH en ambos casos.

- Mujeres en seguimiento por cáncer del tracto genital.
- Mujeres en Programa de Cuidados Paliativos.
- Cambio de Domicilio fuera de la Comunidad de Madrid.
- Mujeres en control en una Unidad de Patología Cervical.
- En las mujeres inmunodeprimidas la pauta de cribado será individualizada.

## PRUEBAS DE CRIBADO

### 1. DETECCIÓN MOLECULAR DE GENOTIPOS DE ALTO RIESGO DE HPV

Inicialmente se realizará a mujeres de entre 35-65 años.

Se van a emplear técnicas basadas en detección de ADN acorde a la recomendación de la OMS, que tengan una sensibilidad clínica demostrada del 95% para detección de HSIL/CIN3, y una especificidad de al menos un 80%.

Las técnicas deben detectar la presencia de al menos los siguientes genotipos de alto riesgo: VPH31, VPH33, VPH35, VPH39, VPH45, VPH51, VPH52, VPH56, VPH58, VPH59, VPH66 y VPH68. Y específicamente detectar la presencia de VPH 16 y VPH 18.

La principal ventaja de la detección del genotipado en primera línea del VPH es que aporta mayor sensibilidad que la citología para la detección de lesiones cervicales de alto grado (un 95% de sensibilidad frente a un 60-70% de la citología).

Como contrapartida, el genotipado del VPH en primera línea, debido a la alta prevalencia de HPV (sobre todo en jóvenes) supondría una alta tasa de derivación a colposcopias con el sobretreatmento que ello conlleva. Por tanto, el objetivo es buscar un equilibrio entre el incremento de la sensibilidad y el incremento del número de colposcopias que se llevarían a cabo. Para ello, se proponen 2 estrategias: por un lado, realizar el genotipado de los tipos más agresivos, puesto que esto permite identificar a mujeres con mayor riesgo de evolución a CIN2+ y dirigir a ellas la realización de colposcopia; por otro lado, realizar una prueba de triaje con citología a aquellas mujeres con resultado positivo para HPV, consiguiendo con esto mejorar la especificidad y el valor predictivo positivo del cribado.

### 2. CITOLOGÍA EN MEDIO LÍQUIDO

En una primera fase se realizará a mujeres entre 25-34 años. En el cuarto año de implantación del cribado, si se cumplen las condiciones de un 70% de cobertura vacunal frente al VPH y existe estabilidad en el programa, se prevé realizar test de VPH en primera línea a las mujeres de entre 30-34 años.

### 3. AUTOTOMA

La autotoma permite la obtención de la muestra por la propia mujer en su domicilio. La principal ventaja es que permite aumentar la cobertura del cribado. Sin embargo, lo hace a costa de perder sensibilidad y especificidad. Por tanto, se plantea su implantación dentro de un programa piloto una vez evaluada la cobertura alcanzada.

## CONDUCTA CLÍNICA BASADA EN EL RIESGO ANTE RESULTADOS ANORMALES DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO

La conducta clínica ante resultados anormales en la prueba de cribado se va a basar en el riesgo inmediato y a los 5 años de tener o desarrollar una lesión HSIL/CIN3+. La indicación para realizar una colposcopia se determina estableciendo un umbral de riesgo inmediato de tener HSIL/CIN 3+ por encima del cual debe realizarse la prueba, y este riesgo debe ser igual o mayor al 5%.

Las estimaciones de riesgo se basan en los estudios realizados sobre el cribado citológico y la prueba VPH en el seguimiento a largo plazo de la Sociedad Americana de Patología Cervical y Colposcopia (ASCCP). El umbral de riesgo del 5% viene establecido y consensado en la Guía de Prevención de Cáncer de Cérvix 2022 de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.

En base a estos niveles de riesgo se propone el siguiente manejo clínico:

- Las mujeres con VPH 16 o 18, independientemente del resultado de la citología; las que tengan citología HSIL, ASC-H, ACGAIS, carcinoma, independientemente del resultado del HPV; o aquellas con VPH positivo no genotipado y citología ASCUS o LSIL, deben ser remitidas a una Unidad de Patología Cervical para realización de colposcopia.
- Las mujeres con VPH positivo no 16 ni 18 y citología negativa, ASCUS o LSIL; o aquellas con VPH positivo no genotipado y citología negativa, deben realizar seguimiento con prueba de cribado en 1 año.
- Las mujeres con VPH negativo irá a cribado rutinario a los 5 años.

## COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

### 1- Resultados negativos

Serán comunicados mediante carta remitida desde la Unidad Central de Gestión (UCG) del Programa CERVICAM en la Oficina Regional de Coordinación Oncológica. Se les comunicará el resultado junto con la

recomendación de repetir la prueba en el intervalo que les corresponda.

### 2- Indicación de realización de cotest

Se les enviará un SMS que indicará: “su matrona contactará con usted para darle los resultados” y será la matrona la que llamará a la mujer para la comunicación de los resultados.

### 3- Comunicación de colposcopia

Se les enviará un SMS que indicará, “requiere completar el estudio” y serán Citadas por el CAP en la consulta de colposcopia de su hospital de referencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Documento marco CERVICAM. Oficina regional de coordinación oncológica. Dirección General Asistencial. Servicio Madrileño de Salud. Conserjería de Sanidad.
2. AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CANCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022. CONDUCTA CLÍNICA ANTE RESULTADOS ANORMALES DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Torné A; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A; Granados R; Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.
3. Grupo de trabajo de cribado de cáncer de cérvix. Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS. Ministerio de Sanidad, 2016.
4. Garrido Cantarero G. Grávalos Castro C. Memoria del Registro de Tumores de Madrid (RTMAD). Año 2020. Oficina Regional de Coordinación Oncológica. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento. SERMAS. Madrid, 2021.
5. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO Information Centre on VPH and Cancer (VPH Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Spain. Summary Report 27 July 2017.
6. Cuzick J, Clavel C, Petry KU, et al. Overview of the European and North American studies on VPH testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer*. 2006 Sep 1;119(5):1095-1101.
7. Grupo de trabajo de cribado de cáncer de cérvix. Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS. Ministerio de Sanidad, 2016.
8. Procedimiento para la normalización del cribado de Cáncer de Cervix en Atención Primaria. Dirección General de Atención Primaria”. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2021.
10. Gerencia Asistencial de AP. Informes de evaluación de Cartera de Servicios. Años 2010-2020

# Osteoporosis. Factores de riesgo. Clínica. Diagnóstico y tratamiento

Castro Pérez P

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe

## DEFINICIÓN

La osteoporosis (OP) se define como una enfermedad generalizada del sistema esquelético caracterizada por la pérdida de masa ósea y por el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que compromete la resistencia ósea y que condiciona como consecuencia una mayor fragilidad ósea y una mayor susceptibilidad a las fracturas.

La calidad ósea se refiere a la microarquitectura del tejido óseo que, sólo es posible objetivar mediante técnicas cruentas como la biopsia ósea lo cual, no es aplicable a la práctica clínica. Es por este motivo y por el hecho de que la DMO representa un 70% de la resistencia del hueso por lo que, en la práctica habitual aunque no sea del todo correcto, tendemos a equiparar la resistencia ósea con la DMO puesto que la disminución de la misma se asocia fuertemente a la aparición de fracturas

## FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS

Por medio de estudios epidemiológicos se han identificado múltiples marcadores y factores de riesgo que conllevan una mayor probabilidad de desarrollar OP. Tienen baja sensibilidad y baja especificidad pero han de ser tenidos en cuenta para poder abordar adecuadamente la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la OP. Sabemos que los factores con mayor peso específico son: más de 10 años de menopausia, antecedente de fractura previa, historia familiar de OP y la edad.

### Menopausia

Supone la condición de riesgo más importante para esta enfermedad.. En el mundo occidental se mantiene la edad media de presentación de la menopausia a los 49 años mientras que, la esperanza de vida ha aumentado hasta superar los 80 años. Esto condiciona que la mujer pase más de la tercera parte de su vida en menopausia. Circunstancia que justifica que la prevalencia de la OP haya aumentado de forma notable en los últimos años.

La privación estrogénica supone una falta de freno a la acción de los osteoclastos y esto conlleva una pérdida acelerada y desproporcionada de hueso trabecular (alto remodelado óseo). El riesgo es mayor cuanto más precoz es la edad de la menopausia, y mucho más intenso cuando la privación hormonal es brusca, como ocurre en la menopausia quirúrgica.

### Edad

Es un factor de riesgo independiente para desarrollar una OP, pero está intensamente relacionado con la menopausia en la mujer. Con la edad se producen múltiples condicionantes fisiopatológicos: menor actividad osteoblástica ósea, menor absorción intestinal de calcio, defectos nutricionales, carencia de vitamina D, baja exposición solar y sedentarismo entre otros.

### Masa corporal

Las pacientes con un IMC bajo (<19 Kg/m<sup>2</sup>) tienen menor DMO lo cual, parece estar en relación, por una parte, con un menor efecto osteoblástico debido a una menor carga mecánica sobre el hueso y por otra, con un menor freno de la actividad osteoclástica derivado de la menor producción de estrona por falta de panículo adiposo.

### Estilos de vida

Es fundamental para conservar la masa ósea. Engloba aspectos que tienen que ver con la dieta, los hábitos tóxicos y la actividad física. Son factores que influyen con poco peso específico cada uno, pero de forma persistente a lo largo de la vida y potenciándose entre sí.

### Ingesta de calcio

La ingesta de calcio en la dieta es necesaria para un metabolismo óseo normal. Durante la etapa de desarrollo del esqueleto condiciona el pico máximo de masa ósea. El adulto sano con ingesta inadecuada de

calcio tiene incrementada la pérdida de masa ósea. La ingesta recomendada de calcio depende de la edad y circunstancia individual (embarazo, lactancia, crecimiento, menopausia, etc.) pero oscila alrededor de 1.000 -1.200 mg /día. Conviene sensibilizar y facilitar información a la población sobre las repercusiones para la salud ósea de un aporte adecuado de calcio en la dieta, ya desde la infancia. Está indicado recomendar suplementos farmacológicos sólo si existen deficiencias dietéticas.

### Vitamina D

Junto con la PTH, la vitamina D es uno de los factores más importantes en la homeostasis fosfo-cálcica. Las necesidades de vitamina D están entre 400-800 U.I. diarias. En nuestro medio, una dieta variada y una exposición moderada a la luz solar es suficiente. Sólo es necesario suplementarla en situaciones deficitarias: algunos ancianos asilados, latitudes con poca incidencia de luz solar, cuadros de malabsorción de grasa. Tanto las dietas hiperproteicas como las dietas vegetarianas muy estrictas se asocian a osteopenia.

### Tabaco

Diversos estudios epidemiológicos han objetivado una relación entre el consumo de cigarrillos y una menor DMO, una mayor incidencia de fractura vertebral y de cadera, además de ser más recurrentes y precisar más tiempo para su curación. Se habla de un efecto tóxico directo del tabaco, disminuyendo la actividad osteoblástica del hueso. También sabemos que el tabaco disminuye la absorción intestinal de calcio. Pero el mecanismo etiopatogénico más importante es consecuencia de su efecto antiestrogénico.

### Alcohol

Es el tóxico más perjudicial. El consumo crónico de alcohol tiene efecto directo depresor sobre la actividad del osteoblasto y se asocia con alteraciones del metabolismo mineral óseo del calcio, fósforo y magnesio; altera el metabolismo de la vitamina D; provoca alteraciones endocrinas y nutricionales. Todo lo cual, aboca al paciente a una situación de OP que, junto con una mayor frecuencia de caídas, condiciona un incremento importante en el riesgo de fracturas.

### Ejercicio físico

Tiene un papel importante para el crecimiento y la remodelación del hueso a lo que también contribuye la presión y tensión muscular. El hábito sedentario y todas las situaciones que conllevan inmovilización, suponen la

ausencia de estos estímulos y condicionan la posibilidad de desarrollar o agravar una OP.

## CLÍNICA DE LA OSTEOPOROSIS

La OP es un trastorno generalizado del esqueleto que por sí mismo no produce síntomas y que, puede ofrecer una exploración física rigurosamente normal. Las manifestaciones clínicas de la OP se asocian exclusivamente a la presencia de fracturas osteoporóticas.

Las fracturas osteoporóticas pueden producirse en cualquier localización, y es característico que surjan de forma espontánea o por un traumatismo mínimo. Cualquier fractura por fragilidad puede considerarse osteoporótica.

La fractura vertebral y de la extremidad distal de radio (Colles), debidas a una pérdida preferente de hueso trabecular, son localizaciones típicas de la OP tipo I y, su incidencia empieza a ser relevante entre los 55-65 años.

La fractura del cuello del fémur es característica de la OP tipo II o senil que incide en edades avanzadas, hacia los 70-75 años y se relaciona más con la pérdida de cortical ósea y con factores que facilitan las caídas.

Las fracturas osteoporóticas pueden motivar una clínica aguda en forma de impotencia funcional y de dolor severo incapacitante o ser asintomáticas. Pueden cursar sin complicaciones y tener una recuperación completa, o bien, condicionar consecuencias a corto y medio plazo: dolor crónico sordo y persistente que se agrava con el movimiento; callos de fractura hipertróficos; deformidades en los huesos largos por mala alineación; deformidades y cambios en la actitud postural que suponen, desde sólo una pequeña disminución de la talla al colapso total de la columna vertebral; incapacidad que variará desde la necesidad de usar un bastón hasta el encamamiento; necesidad de cuidados a domicilio; dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria; consecuencias psicológicas y finalmente la muerte, relacionada sobre todo con la fractura de cadera.

## SOSPECHAYORIENTACIÓNDIAGNÓSTICA DE LA OP

### Sospecha de osteoporosis

En la práctica clínica diaria disponemos de una serie de puntos guía que, cuando están presentes, sirven de puntos de partida y anclaje de nuestra sospecha de que el paciente que tenemos delante padece una osteoporosis o tiene riesgo alto de padecerla. Básicamente los podemos agrupar en tres bloques

- Existencia de factores de riesgo clínicos de OP. Dado que estos factores de riesgo tienen baja

sensibilidad y baja especificidad, no son por sí solos un criterio diagnóstico de OP, pero su asociación con esta enfermedad hace que sea inexcusable su valoración. En la anamnesis, hemos de indagar de forma prioritaria aquellos factores con mayor peso relativo de riesgo de OP

- Presencia de manifestaciones clínicas producidas por las fracturas osteoporóticas y sus consecuencias.
- Hallazgos radiológicos sugestivos de OP: Es necesario que exista al menos un 30% de pérdida de la DMO para que pueda ser apreciable con la exploración radiológica.

### Estudios complementarios

#### Anamnesis

En primer lugar deben recogerse los factores de riesgo que pueden afectar a la masa ósea, para procurar modificar los modificables y, ponderar la presencia de los no modificables a la hora de establecer la estrategia terapéutica.

Calcular de forma aproximada la ingesta de calcio dietético habitual de cada paciente permite evaluar si ésta debe ser aumentada o si el paciente va a necesitar un suplemento de calcio medicamentoso.

Debemos completar la anamnesis identificando los factores de riesgo de fractura que actúan independientemente de la masa ósea y que por ello, precisan medidas terapéuticas adicionales al tratamiento de la OP. El haber padecido una fractura osteoporótica previa, es uno de los hechos que más incrementa el riesgo de fractura y podemos identificarlo fácilmente clínica o radiológicamente.

#### Exploración física

La exploración física de una paciente con sospecha de OP debe ser la habitual, insistiendo en la del aparato locomotor y poniendo especial atención en la columna vertebral, realizando:

- Inspección para determinar alteraciones en la estática de la columna vertebral: hipercifosis dorsal, rectificación de la lordosis lumbar, escoliosis, disminución de la talla.
- Palpación para detectar puntos dolorosos a la presión que delimiten el nivel vertebral fracturado (centrar la radiografía en esa zona).
- Movilidad que suele estar limitada y ser dolorosa.

#### Análisis clínicos

Un paciente con sospecha de OP es tributario de que se le realicen los análisis clínicos a pesar de que, no existe ninguna prueba de laboratorio que pueda asegurar la presencia de una OP puesto que, su diagnóstico es por la DEXA.

La analítica general de sangre y orina nos proporcionará información sobre el estado de salud general y sobre la existencia de procesos causantes de OP secundaria (hipercalcemia/hiperparatiroidismo, gammapatías monoclonales/mieloma, hipertiroidismo, etc.).

#### Radiología

El estudio radiológico de la columna vertebral dorsal y lumbar en bipedestación trata de valorar el estado del raquis y de documentar la presencia de fractura osteoporótica, que con frecuencia son asintomáticas, y suponen un importante marcador de riesgo de nuevas fracturas.

#### Densitometría ósea

Aunque una OP es mucho más que un valor de una densitometría ósea, hoy por hoy, el diagnóstico de certeza de la OP se fundamenta en la evaluación de la masa ósea mediante densitometría ósea (DEXA).

La DMO es el factor determinante de fractura más importante. Condiciona en un 70% la aparición de una fractura. El umbral de fractura se ha definido como el valor de DMO por debajo del cual se considera que aumenta el riesgo de fractura no traumática. Por cada desviación estándar que disminuye el T score de la masa ósea, aumenta 1,5 veces el riesgo relativo de producirse cualquier fractura. Sin embargo, se reconocen una serie de factores de riesgo de fractura que actúan de manera independiente de la DMO y que, por ello, necesitan medidas terapéuticas adicionales al tratamiento específico de la OP. Entre ellos destacan:

- Antecedentes personales de fractura previa: es uno de los factores de riesgo de fractura, independiente de la DMO, que más incrementa el riesgo y que se identifica más fácilmente. En el caso de fractura vertebral previa, el incremento del riesgo de producirse nueva fractura vertebral o de cadera es 5 veces superior
- Edad avanzada: el riesgo absoluto de fractura para un mismo valor de la DMO cambia sustancialmente con la edad. Es por tanto, un factor de riesgo de fractura independiente de la DMO.
- Antecedente familiar de OP y/o fractura osteoporótica.
- Institucionalización (encamamiento, no-exposición solar, mala nutrición, patología de base)
- Riesgo de caída: las caídas son uno de los factores de riesgo de fractura más importantes entre las personas de edad avanzada. La modificación de estos riesgos, tanto del entorno como los propios del individuo, consiguen una reducción importante en la incidencia de fracturas. El ejercicio físico adecuado al paciente, con el objetivo de mejorar su

agilidad y su equilibrio, reduce el riesgo de caídas y reduce la incidencia de fracturas de cadera entre un 25-50% .

La decisión de tratar debe ser individualizada en cada paciente en base a la valoración clínico-pronóstica que se haya realizado y de acuerdo con las indicaciones evidenciadas por cada una de las opciones terapéuticas.

## TRATAMIENTO

### MEDIDAS GENERALES

Tanto en la prevención como en el tratamiento de la osteoporosis es importante reducir los factores de riesgo, prevenir las caídas y recomendar una nutrición óptima. Así, se debe recomendar el abandono del tabaco y evitar un exceso de alcohol, practicar de forma regular ejercicio físico, preferentemente de carga, optimizar el índice de masa corporal y tener una exposición adecuada a la luz del sol. En la prevención de caídas es importante adecuar el entorno del paciente, identificar fármacos que pueden aumentar su riesgo y corregir déficits en la visión. Además es importante recomendar una nutrición que incluya los 3 nutrientes básicos para la salud ósea: calcio, vitamina D y proteínas. Por ello se debe recomendar una dieta rica en calcio, que se obtiene fundamentalmente a partir de los productos lácteos, con un aporte de 800-1.200 mg/día. Asimismo es importante recordar que las necesidades diarias de vitamina D se sitúan alrededor de 800 UI/día, salvo en situaciones de mayor demanda por alteraciones en su absorción o metabolismo. Su aporte por la dieta en nuestro medio es escaso, ya que los alimentos más ricos son los pescados grasos. Por ello, el aporte de vitamina D viene determinado por la exposición a la luz del sol y por la ingesta de alimentos enriquecidos con esta vitamina. Otro aspecto a considerar es que la ingesta adecuada de proteínas es importante para la salud ósea, particularmente cuando se asocia a un aporte óptimo de calcio. Este aspecto es aún más importante en los ancianos, que con frecuencia tienen una ingesta inadecuada de proteínas.

### FÁRMACOS

Los fármacos utilizados en la osteoporosis se clasifican según su efecto sobre el remodelado óseo en antirresortivos y osteoformadores. Así, los antirresortivos disminuyen inicialmente la resorción ósea, con una posterior reducción de la formación, debido al acoplamiento de ambos procesos. Como consecuencia, a los 3-6 meses de iniciado el tratamiento se alcanza un estado de bajo recambio óseo, de mayor o menor

magnitud y precocidad, según el fármaco utilizado. Con el fármaco osteoformador se estimula inicialmente la formación ósea y posteriormente ambos procesos, formación y resorción ósea, con un balance positivo para el proceso de formación a lo largo del tratamiento. Entre los fármacos antirresortivos se incluyen los bisfosfonatos, el denosumab, los estrógenos y los moduladores selectivos de los receptores de los estrógenos (SERM). La teriparatida es el único fármaco osteoformador del que se dispone en la actualidad y recientemente se ha aprobado el romozosumab como fármaco de acción dual. La abaloparatida tiene la aprobación por la FDA desde el año 2017 pero todavía no está disponible su uso en España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Azagra R, Roca G, Martín-Sánchez JC, Casado E, Encabo G, Zwart M et al. FRAX® thresholds to identify people with high or low risk of osteoporotic fracture in Spanish female population. *Med Clin (Barc)* 2014; doi: 10.1016/j.medcli.2013.11.014. [Epub ahead of print].
2. FRAX® Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=sp>
3. Gómez-Vaquero C, Roig-Vilaseca D, Bianchi M, Santo P, Narváez J, Nolla JM.
4. Criterios de indicación de densitometría ósea en mujeres posmenopáusicas españolas basados en la herramienta FRAX®. *Med Clin (Barc)* 2013; 140: 439-43.
5. González Macías J. Enfermedades óseas. Generalidades. En: Rozman C, editor. *Medicina Interna*, 17.ª ed. Barcelona, Elsevier, 2012; 996-9.
6. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY; Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) and the Committee of Scientific Advisors of the International Osteoporosis
7. Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2013; 24: 23-57
8. Blasco J, Martínez-Ferrer A, Macho J, San Román L, Pomés J, Carrasco J et al. Effect of vertebroplasty on pain relief, quality of life, and the incidence of new vertebral fractures: A 12-month randomized follow-up, controlled trial. *J Bone Miner Res* 2012; 27: 1159-66.

9. Capriani C, Irani D, Bilezikian JP. Safety of osteoanabolic therapy: A decade of experience. *J Bone Miner Res* 2012; 27: 2419-28.
10. Cummings SR, Cosman F, Eastell R, Reid IR, Mehta M, Lewiecki EM. Goaldirected treatment of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 2013; 28: 433-8.
11. McClung MR. Denosumab. En: Rosen CJ, editor. *Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism*, 8th ed. Iowa, WileyBlackwell, 2013; 420-7.
12. Rachner TD, Khosla S, Hofbauer LC. Osteoporosis: now and the future. *Lancet* 2011; 377: 1276-87.
13. Russell RGG. Bisphosphonates: The first 40 years. *Bone* 2011; 49: 2-19.

Save  
the date



29 de  
septiembre de  
2023

# IV Jornadas en Salud Postreproductiva de la Mujer

Directora:  
Dra. Carmen Pingarrón



**Universidad  
Europea** MADRID

Hospital  
**quirónsalud**  
San José

Hotel Rafael Atocha • **Madrid**

## Papel de los larc en la vida de la mujer. Novedades

Salvador Osuna M

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Hacer un buen consejo contraceptivo cada vez es más importante en la salud de la mujer y en la sociedad en general. Cada vez las relaciones sexuales comienzan antes. En España la edad media en la que se inician las relaciones sexuales se sitúa en los 16,7 años, y casi la mitad de los jóvenes a los 18 años ya ha tenido relaciones con penetración. Esto supone cada vez una ventana más grande de riesgo de embarazo no deseado en la mujer. En España hay unos 200.000 cada año. De éstos el 50% termina en interrupciones voluntarias del embarazo, unas 99.000, cada año, con el consiguiente gasto sanitario (unos 245 millones de euros) y social.

Cada vez más estudios relacionan el PIB de un país y su mejora económica con la prevalencia en dicho país de métodos anticonceptivos. Un buen control de la natalidad contribuye al desarrollo económico. Por eso cada vez es más importante el consejo contraceptivo que es la práctica sanitaria que permite, mediante un proceso de comunicación bidireccional, identificar necesidades, opiniones, deseos y preferencias de las potenciales usuarias, para poder hacer una selección informada y libre de uno o varios métodos anticonceptivos.

El consejo contraceptivo debe hacerse no sólo a las personas vulnerables sino a toda mujer, se realiza mediante una simple pregunta: ¿Qué hace usted para no quedarse embarazada? Y el pilar de la planificación familiar debe ser la atención primaria (matronas, enfermeras especializadas y médicos de cabecera) llegando sólo a las consultas de ginecología aquellas situaciones especiales que requieran de la valoración ginecológica. El objetivo más importante cuando se trabaja en anticoncepción dentro de programas de salud pública es disminuir el número de embarazos no planificados, aunque hasta ahora ningún país del mundo lo haya conseguido. Por eso es tan importante la elección de un método eficaz, y aquí entran en juego los LARC (Long-Acting Reversible Contraceptive), anticonceptivos reversibles de larga duración.

Los LARC siendo los métodos anticonceptivos más efectivos suponen menos del 10% del total según el observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC. Encuesta de anticoncepción en España 2020. Esta encuesta apenas ha variado desde 1997. El preservativo sigue siendo el método más usado seguido de la píldora hormonal oral combinada. Los LARC son los métodos más eficaces porque su eficacia no depende del cumplimiento de la paciente. Según el estudio MIA el 52% de las mujeres eran incumplidoras y hasta el 65% de las usuarias de píldora lo son. Por eso el 65% de los embarazos según el estudio HAYA se produjo a pesar de haber usado un método anticonceptivo. (40% preservativo, 14% Anticonceptivos combinados, 9% métodos naturales) y sólo un 1% de los embarazos no deseados eran usuarias de LARCs: Implante o DIU. Así que el riesgo de embarazo no deseado es 22 veces más elevado con métodos no LARC. Según el estudio CHOICE las mujeres que optaron por métodos LARC presentan una mayor continuidad de uso y menores tasa de embarazo no deseado. Si hacemos un buen consejo contraceptivo las el 75% de las mujeres eligen un LARC (46% DIU-LNG, 12% DIU-Cu, 17% Implante). Según el observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC la comodidad es la ventaja percibida más destacada respecto al uso de anticonceptivos de larga duración (54.6%), en segundo lugar (27.5%) destacan la eficacia anticonceptiva y en tercer lugar con una proporción casi igual destacan la mayor seguridad para la salud de la mujer. A la hora de elegir un método anticonceptivo el 72% de las mujeres quiere tomar la decisión sobre todo ella o sólo ella, un 16% quiere tomar la decisión de forma consensuada con el médico y sólo un 11% quieren que la decisión la tome el médico sólo. Las mujeres valoran la información del médico, pero desean una adecuada información, que se les expliquen bien todas las opciones, las ventajas, los riesgos y que sus deseos y preferencias sean escuchadas. De ahí la importancia

de dedicarle tiempo a la información durante el consejo contraceptivo. Dicha información está demostrado que facilita el cumplimiento y evita los abandonos.

Según el protocolo de Anticoncepción hormonal combinada. Oral, transdérmica y vaginal. SEC, 2019 para prescribir un anticonceptivos sólo se precisa de una buena anamnesis para identificar contraindicaciones e interacciones y para hacernos una idea de las expectativas de la mujer, de sus deseos...

Una vez realizada la anamnesis procedemos a realizar la información sobre los métodos, incluyendo los métodos LARC (DIU e implante). Lo más importante que una mujer debe saber sobre los métodos LARC es que todos los métodos LARC (sobre todo los hormonales) pueden cambiar el patrón de sangrado menstrual y la paciente debe ser informada de ello previamente al inicio, que los métodos LARC son seguros durante la lactancia, que están indicados a cualquier edad incluidas las adolescentes y que son los métodos más costo-eficientes del mercado. También debemos explicarles que son métodos muy cómodos al prácticamente no requerir revisiones posteriores, que la eficacia del método no depende de la paciente por eso su eficacia es tan alta (en el caso del implante comparable e incluso a veces superior a la esterilización definitiva). Por supuesto hay que hacer pie en que son reversibles y la fertilidad se recupera inmediatamente tras la discontinuación del método, que tienen una baja frecuencia de efectos adversos graves, y por último pero actualmente muy importante sobre todo para las pacientes más jóvenes se trata de una contracepción verde (menos emisión de plásticos de blisters al medio ambiente, si entran en amenorrea menos consumo de productos higiénicos, etc).

Vamos a ir describiendo cada método LARC con un poco más de detenimiento.

### **IMPLANTE ANTICONCEPTIVO:**

Es una varilla de copolímero de acetato de vinilo-etileno, sulfato de bario y estearato de magnesio que contiene 68 mg de etonogestrel; la velocidad de liberación es aproximadamente de 60-70 µg/día en las semanas 5 a 6 y disminuye aproximadamente hasta 35-45 µg/día al final del primer año, a 30-40 µg/día al final del segundo año y a 25-30 µg/día al final del tercer año. duración es de 3 años. Actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Tiene una alta eficacia: 0.05%, la mayor del mercado similar o superior a la ligadura tubárica.

Se requiere un adiestramiento para su inserción y retirada, se inserta en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante. El lugar de inserción se sitúa sobre el músculo tríceps a unos 8-10 cm del epicóndilo medial

del húmero y a 3-5 cm posterior (debajo) al canal (surco) entre los músculos bíceps y tríceps. El lugar elegido es para evitar lesión de estructuras vasculonerviosas y migraciones.

En algunas ocasiones la extracción puede ser más dificultosa y requerir de unidades especializadas. Tiene muy pocas contraindicaciones: No se puede insertar si han pasado menos de 6 semanas desde el parto, o se tiene un tumor hepático (benigno o maligno) o cirrosis severa o descompensada. Tampoco durante el proceso activo de una trombosis venosa profunda o pulmonar (sí se puede poner si el proceso ya ha pasado), no se puede insertar tampoco en lupus eritematoso con anticuerpos antifosfolípidos positivos, en la enfermedad isquémica coronaria o de accidente cerebrovascular. Tampoco en la migraña con aura ni en pacientes de cáncer de mama.

Una de las cosas más importantes de las que tenemos que informar a la paciente antes de insertarle un implante es del patrón menstrual que van a tener con el implante. 20% usuarias entrarán en amenorrea, un 30% tendrán ciclos más o menos normales pero hasta un 50% de las usuarias presentarán sangrados: Poco frecuentes, pero también frecuentes y prolongados (éstos dos últimos son causa habitual de discontinuación del método) y que el patrón de sangrado que presenten los 6 primeros meses probablemente se mantendrá durante los 3 años. Los efectos no deseados del implante son además de la ya mencionada alteración del patrón de sangrado: Cefaleas, cambios en el peso, acné y otros síntomas androgénicos: por alteración de los niveles de SHBG libre (aunque también hay mujeres que presentan mejoría de sus cuadros de acné). Cambios de humor, disminución de la libido, náuseas, mastodinia, dolor abdominal y quistes funcionales de ovario (sin importancia clínica).

También hay que explicar a la paciente a la que vamos a poner un implante los beneficios de éste adicionales a la anticoncepción como que si presentan menor sangrado protege de la anemia, que puede aliviar el síndrome premenstrual, que reduce la dismenorrea y la toma de AINEs que reduce la incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica y el riesgo de ectópicos. Mejora los síntomas de la endometriosis, y reduce el riesgo de cáncer de endometrio y ovario.

DIU (dispositivo intrauterino):

Sigue siendo controvertido el mecanismo de acción del DIU, el más aceptado es una inflamación aséptica del endometrio que es desfavorable al embarazo, en el caso del DIU de cobre más acusada a mayor dosis de cobre y en el caso del DIU hormonado a esta acción además hay que añadirle las propias del gestágeno: Cambios en el

endometrio, espesamiento del moco cervical...

Existen multitud de DIUs de cobre (y oro y plata) comercializados, en varios tamaños, para nulíparas, y en forma de T y de áncora.

Existen 2 laboratorios que comercializan DIUs hormonados, todos llevan levonorgestrel, los hay de 13.5 mg y 19.5 mg para nulíparas y los hay de 52 mg para múltiparas o con otras indicaciones además de la anticoncepción como el sangrado menstrual abundante, hipermenorreas...

Para la inserción del DIU hay que hacer una correcta anamnesis, en mujeres asintomáticas, no hay evidencia sobre la necesidad de la detección rutinaria de microorganismos en el tracto genital inferior previo a la inserción (sólo realizar si presentan signos de infección : Alteraciones del flujo, dolor a la movilización cervical...) Hay que excluir el embarazo por eso y porque facilita la inserción en muchos centros se inserta durante la regla. inserción durante regla) y habrá que realizar eco previa si durante la palpación sospechamos masas pélvicas u otros hallazgos exploratorios anormales.

Se puede insertar en cualquier momento del ciclo, el hormonado tarda 7 días en ser eficaz si no se inserta durante la regla, el de cobre lo es desde el primer día. Enderezar el canal cervical y endometrial con pinzas de Pozzi disminuye el riesgo de perforación, el uso de AINES previos a la inserción no se ha demostrado eficaz en disminuir las complicaciones ni tampoco el uso de prostaglandinas vaginales. (Aunque en algunos estudios mejora la experiencia respecto al dolor de la paciente). No es preciso usar antiséptico vaginal ni profilaxis antibiótica de rutina, sí una adecuada asepsia durante la inserción evitando que el DIU toque superficies no estériles. Se puede extraer en cualquier momento del ciclo (si ha mantenido relaciones hace menos de 3 días existe riesgo de embarazo).

Los DIUs de cobre duran entre 5 y 10 años dependiendo de la carga de cobre y los hormonados entre 6-8. Los DIUs se pueden retirar tras la menopausia si tienen menos de 50 años pero llevan más de 2 con síntomas climatéricos o más de 50 años y llevan más de un año con síntomas climatéricos. Para el seguimiento tanto la OMS como la ficha técnica del DIU recomiendan una visita a las 3-6 semanas de la inserción aunque ningún estudio demuestra la eficacia de dicha visita (grado evidencia C). Se recomienda a la paciente comprobar los hilos del DIU y no es necesario comprobación de localización tras pruebas radiológicas como la RM. El DIU está contraindicado si existe enfermedad inflamatoria pélvica actual (no si está pasada), cervicitis purulenta o infección actual por clamidias o gonococo, cavidad

uterina distorsionada (miomas), embarazo, y en el caso del DIU hormonado hay que añadir además las siguientes contraindicaciones: Cáncer de mama, tromboembolismo actual, cirrosis descompensada y adenoma hepatocelular o hepatocarcinoma.

La tasa absoluta de embarazo observada en mujeres que usan DIU hormonado, es baja. Si una mujer quede embarazada mientras esté usando un DIULNG, hay un 50% de probabilidades de que dicho embarazo sea ectópico. (Existen otros factores que aumentan el riesgo: Edad, infertilidad previa...)

Igual que con el implante hay que advertir a las usuarias de DIU del nuevo patrón de sangrado: Con el DIU de cobre, reglas algo más largas, más abundantes y pueden ser también más dolorosas. Con el DIU hormonado: Los primeros 6 meses son frecuentes los sangrados irregulares, el patrón de sangrado mejora pasado este tiempo. Con los DIUs hormonados con 52 mg de levonorgestrel en el 20% se produce amenorrea o sangrados poco frecuentes. Con los DIUs de 19.5 o 13.5 mg de levonorgestrel es más frecuente mantener ciclos menstruales regulares aunque escasos.

Por último también conviene explicar a las usuarias de DIU otros beneficios añadidos a la anticoncepción como que el DIU de cobre tiene un cierto efecto protector sobre el cáncer de cérvix y en el caso de los DIUs hormonados un sobre el cáncer de endometrio, pero estos últimos DIUs con carga de 52 mg de levonorgestrel los mayores beneficios añadidos a la anticoncepción son sobre los sangrados menstruales abundantes y el dolor menstrual.

Los DIUs de levonorgestrel presentan algunas ventajas sobre otros métodos LARC, por ejemplo frente al DIU de cobre presentan menos sangrado y dolor, son más eficaces y están indicados en sangrado menstrual abundante. Frente al implante son eficaces más tiempo, tienen un mejor y más aceptado por las pacientes, patrón de sangrado y tienen menos efectos secundarios hormonales.

A pesar de su alta eficacia el uso de LARCs sigue siendo marginal en España, para mejorar esto hay que acabar con los mitos de estos métodos tanto de las pacientes como de los profesionales con una buena información a la usuaria y una buena formación continuada de los profesionales, mejorar el problema de falta de tiempo en las consultas profesionales probablemente sacando la anticoncepción de las consultas médicas por patología y llevándola al terreno de la medicina preventiva y la salud pública. Hay que mejorar los circuitos asistenciales para que a las pacientes les sea más fácil acceder a una consulta de planificación familiar y hay que eliminar las barreras económicas para que el desembolso inicial del método LARc no suponga un hándicap para la paciente, en este tema de las barreras

económicas se van dando pasos y actualmente el implante está parcialmente financiado en usuarias de 18 a 40 años y los DIUs hormonados están completamente financiado para pacientes no hospitalizados de centros de especialidades o centros de planificación familiar u otro tipo de centros sanitarios del SNS que tengan personal entrenado para la inserción.

Respecto a los DIUs de cobre hay centros sanitarios donde también se dispensan a la paciente sin aportación de la misma pero esta dispensación libre sigue siendo muy irregular entre unos centros y otros.

## Plan reproductivo de la mujer sana. El papel de la matrona

González Hernández C

Matrona. Servicio Obstetricia y Ginecología H.U. 12 de Octubre

El concepto de planificación familiar fue definido por un Comité de Expertos de la OMS en 1970 como: “La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológicos de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia”. Para esto se necesita educación y asesoramiento en sexualidad y medicina preventiva y servicios que proporcionen métodos anticonceptivos y realicen asistencia sanitaria en tratamiento de infertilidad, asesoramiento genético y detección precoz de patologías que puedan repercutir en la fecundidad.

Actualmente, la planificación familiar queda englobada en el concepto de salud reproductiva, definida por la OMS como: “un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos”. La salud reproductiva se centra en desarrollar el potencial de cada persona en reducir riesgos, en potenciar la maternidad consciente y responsable tratando de evitar los embarazos no deseados o peligrosos.<sup>1</sup>

### Anticoncepción

El consejo contraceptivo se define como una práctica sanitaria, dirigida a personas sanas que aporta información equilibrada y objetiva de cada uno de los métodos anticonceptivos para que, en el contexto del individuo o la pareja, se escoja el más idóneo y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva. No existe un método anticonceptivo ideal de aplicación universal ya que cada uno presenta ventajas e inconvenientes y cada persona o pareja tiene su propia idiosincrasia.

La adopción de un método anticonceptivo evitará embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, permitiendo separar sexualidad de procreación.<sup>2</sup>

En nuestro país, la anticoncepción de la mujer sana debe llevarse desde Atención Primaria, siendo las competencias de cada profesional diferentes en este ámbito. En la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona), “*la matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad.*”

En este sentido, se establece como una competencia específica de la matrona: “*Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.*”. Para su desarrollo, se establece que la matrona deberá realizar, entre otros:

- Asesorar y aplicar los distintos métodos anticonceptivos y realizar el seguimiento de los mismos, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de los supuestos legales.
- Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en consejo reproductivo, anticoncepción, ITS, de acuerdo a la legislación vigente.<sup>3</sup>

Sin embargo, en los datos publicados en la Encuesta SEC 2022, podemos observar que la necesidad de anticoncepción no está cubierta, puesto que un 31,4% de las encuestadas manifiesta haber hecho uso de la anticoncepción de urgencia. Es posible que esto obedezca al desconocimiento, no solo de las mujeres sino de otros profesionales sanitarios, de las competencias de la matrona.<sup>4</sup>

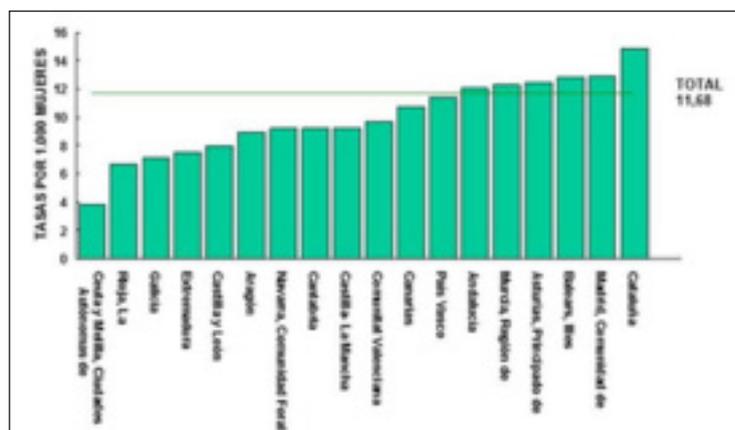
En la Comunidad de Madrid, hay una serie de documentos que abordan la asistencia en la anticoncepción:

Cartera de Servicios estandarizados de la Comunidad de Madrid. Contamos con dos servicios específicos de anticoncepción: 304 información de métodos anticonceptivos y 305 seguimiento de métodos anticonceptivos.<sup>5</sup>

Documento de consenso. Atención a la salud de las mujeres: uso de métodos anticonceptivos. Este documento pretende establecer el circuito más eficiente de continuidad asistencial entre AP y AH para la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos, asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo. En él se reconoce que los profesionales de AP se encuentran en una situación privilegiada para realizar el consejo contraceptivo. Hay un consenso prácticamente unánime de que la anticoncepción hormonal debe ser ofertada y accesible desde AP.<sup>6</sup>

Plan Integral de abordaje de los embarazos no deseados 2017-2020.<sup>7</sup>

A pesar de que disponemos de varios documentos que incentivan que la anticoncepción sea manejada desde Atención Primaria, la realidad es que esta demanda no está siendo cubierta de manera adecuada, esto se refleja en la tasa de IVE de nuestra CCAA, donde se pone de manifiesto que se supera la media nacional.<sup>8</sup>



que deben realizarse en el embarazo de bajo riesgo. Actualmente, hay zonas en las cuales se lleva a cabo un protocolo de seguimiento de embarazo muy similar al establecido en el procedimiento, no obstante, queda mucho por trabajar para que la implementación sea real en toda la Comunidad de Madrid.

7. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Julio 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050454.pdf>
8. Documento de consenso. Atención a la salud de las mujeres: uso de métodos anticonceptivos.

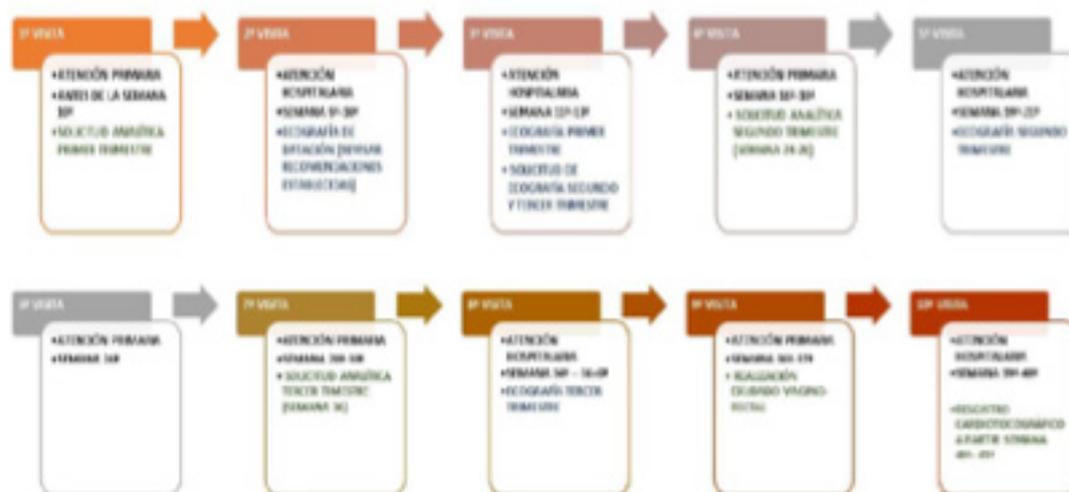


Ilustración 2. Cronograma de visitas que establece el Procedimiento de Atención al Embarazo de Bajo Riesgo de la Comunidad de Madrid

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prevención de embarazos no deseados, ITS y VIH. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. Disponible en:
3. [https://ingesa.sanidad.gob.es/fr/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Manual\\_Prevention\\_ITS.pdf](https://ingesa.sanidad.gob.es/fr/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Manual_Prevention_ITS.pdf)
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
5. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
6. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. Encuesta de anticoncepción en España 2022. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. Disponible en: <https://hosng.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>
7. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Mayo 2022.
8. Plan Integral de Abordaje de los Embarazos no Deseados 2017-2020. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Disponible en: [https://parcipa.madrid.org/sites/default/files/plan\\_embarazos\\_no\\_deseados.pdf](https://parcipa.madrid.org/sites/default/files/plan_embarazos_no_deseados.pdf)
9. Datos estadísticos Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ministerio de Sanidad.
10. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible

- en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_585\\_anconcepcion\\_iacs\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anconcepcion_iacs_compl.pdf)
17. Consulta preconcepcional en Atención Primaria. Revista SEMERGEN Vol. 31. Núm. 9. páginas 413-417 (Octubre 2005)
  18. Plan Estratégico de Ginecología y Obstetricia. Aportaciones al procedimiento de atención al embarazo de bajo riesgo en la Comunidad de Madrid. Marzo 2017.
  19. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de
  20. Andalucía; 2014. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)

## Preservación ovocitaria: papel en la planificación familiar

Muñoz Fernández MT, Caballero de Diego A, Rianza Fernández A, Simón Ruiz P, Hernández Fernández C

### RESUMEN

Los avances tecnológicos en el campo de la reproducción asistida permiten posponer la maternidad (mediante la vitrificación ovocitaria) con unos resultados reproductores semejantes a los que se obtendrían en fresco. El pronóstico reproductor depende en gran medida de la edad de la mujer en el momento de la preservación ovocitaria y del número de ovocitos maduros obtenidos. Largos periodos de criopreservación no afectan al gameto, ni trae consecuencias en la gestación ni en la descendencia.

Se puede emplear para donar a otras mujeres, por deseo social (retraso voluntario) o por indicaciones médicas. La SEF (Sociedad Española de Fertilidad) publica la Recomendación B Nivel IIA postulando que se debe considerar el uso de la preservación ovocitaria en toda paciente con riesgo de fallo ovárico precoz (Endometriosis bilateral, candidatas a cirugía ovárica, previo a trasplante de médula, en algunas enfermedades autoinmunes, y en pacientes transgénero). La preservación en paciente oncológica está considerada por las sociedades científicas como parte integral del tratamiento.

### INTRODUCCIÓN

Se denomina preservación de la fertilidad a aquellas técnicas que persiguen conservar gametos (ovocitos o espermatozoides), embriones o cortical ovárica, para su uso en un tiempo futuro. Entre ellos, la Vitrificación Ovocitaria (preservación gameto no fecundado) es una herramienta ampliamente usada por varios motivos: técnica ya consolidada, reproducible, sencilla, con baja tasa de complicaciones por las nuevas pautas y fármacos empleados en los tratamientos reproductores, sin necesidad de tener una pareja de modo que se preserva un gameto (cuyo estatus jurídico es sensiblemente diferente al del embrión criopreservado), etc..

La vitrificación es la técnica gold estándar para preservar la fertilidad. Consiste en una congelación ultrarrápida del ovocito inmerso en crioprotectores,

que transforman el líquido celular en sustancia sólida muy viscosa (sin formación de cristales de hielo). A diferencia de la congelación lenta (antiguo método de congelación de gametos) donde la tasa de lisis celular y de lesión de estructuras intracelulares de la célula eran frecuentes, la descongelación del vitrificado permite unas tasas de supervivencia ovocitarias elevadas y buenos resultados clínicos. En mujeres jóvenes la supervivencia tras descongelar está incluso por encima del 90%, pero empeoran los resultados con la mala calidad del gameto y con la edad.

Tras la desvitrificación, la tasa de gestación es semejante a la del transfer en fresco, con resultados obstétricos semejantes a los de la población de igual edad al momento de la extracción del ovocito: no se han observado diferencias en la tasa de aneuploidías, ni en el número de alteraciones cromosómicas, ni en el peso de los recién nacidos.

Los embarazos obtenidos disminuyen empleando los ovocitos extraídos en mujeres de mayor edad (peor a partir de los 35 años y sobre todo, cuando son mayores de 40 años), semejante a lo que ocurre en la población general. Estos datos ponen en relieve que es la edad de obtención del ovocito, y no la edad del transfer (parece poco relevante el envejecimiento uterino), el que determina el éxito de la técnica.

Se debe recordar siempre que la preservación no es sinónimo de gestación.

En este documento se pretende aclarar algunos conceptos sobre la técnica y sus indicaciones, para ofrecerlo a la población diana, y poder informar con claridad del procedimiento a las pacientes.

#### **Factores determinantes para el éxito de la técnica.**

Recordemos, que el objetivo de la preservación es la obtención de un Recién Nacido (RN) en casa, y no la de obtener un número elevado de ovocitos criopreservados. Los dos factores de mayor relevancia son:

1. Edad de la mujer en el momento de la criopreservación: la reserva ovárica disminuye progresivamente con la edad, además de ir en aumento la tasa de aneuploidías en el ovocito. La mayor probabilidad de recién nacidos después de la criopreservación es de aquellas mujeres que preservaron antes de los 35 años.

a. En mujeres menores de 30 años, la preservación es poco rentable ya que es probable que gaste sin usar los ovocitos criopreservados. Solo en los casos de Insuficiencia Ovárica Prematura familiar, pacientes con riesgo de baja reserva ovárica (por quimioterapia, por tratamientos médicos, por ser portadora de BRCA 1 ó 2, o por cirugías), sí podría ser beneficiosa la preservación. Además, en los pacientes transgénero masculino o en el grupo de pareja de mujeres, puede estar indicada la técnica a esta temprana edad, ya que el método Ropa puede ser su proyecto reproductivo a futuro.

b. Mujer de 30-37 años: grupo ideal para preservar. Donde hay ovocitos de gran calidad y es probable el uso de estos para gestar.

c. Mujer mayor de 38 años: Menor reserva ovárica y de peor calidad. Incluso en el caso de elevada reserva, se necesitan más ovocitos para obtener una gestación termino, ya que aumenta la tasa de ovocitos aneuploides. Las publicaciones hablan de una tasa de embarazo del 22% en mujer >41 años, 31% de 38-41 años y de 51% en menores de 38 años.

Numero de ovocitos disponibles: se consideran que entre 10-15 ovocitos permite una tasa de Recién Nacido en casa de un 40-85%, siendo esta tasa el doble en mujeres que preservaron antes de los 36 años frente a las que lo hicieron después. Se podría usar la acumulación ovocitaria para aumentar las probabilidades en pacientes con baja reserva ovárica (en mujeres de <35 años pasar de disponer 5 a 8 ovocitos incrementa la tasa de RN en un 8%).

La respuesta a la EO (es decir, el número de ovocitos que podemos obtener) se puede estimar con una valoración de la reserva ovárica: Se puede realizar de dos modos: Estudio de la Hormona Antimulleriana (en cualquier momento del ciclo) o/y realizando un recuento de folículos antrales mediante ecografía transvaginal. Ambos casos solo son medidas que predicen el número de ovocitos que podrán ser reclutados con la EO, pero nunca se confunda con la tasa de gestación esperable.

### ¿En qué consiste la vitrificación de ovocitos?

Se basa en una segmentación de una FIV, es decir, una FIV interrumpida en la fase de congelación, donde no hay transferencia embrionaria en el mismo ciclo de estimulación ovárica (EO).

La Preservación Ovocitaria consiste en la congelación

ultrarápida (vitrificación) de los ovocitos obtenidos mediante punción folicular, tras una estimulación ovárica. El objetivo de la estimulación es el reclutamiento del máximo número de ovocitos maduros (llamados Ovocitos en Metafase II) en un solo ciclo, de modo que la punción (o el ciclo) sea lo más rentable posible.

Recordemos que fisiológicamente el ciclo ovárico comienza cuando la hipófisis inicia la secreción pulsátil de FSH. Este pulso recluta un pool de folículos antrales (es decir, de los folículos que ya son sensibles a la FSH), quienes comienzan a producir estradiol. A partir de un nivel del estradiol, se produce un feed-back negativo en la hipófisis y el hipotálamo, bloqueándose la producción de FSH. En este momento, solo los folículos de mayor tamaño serán capaces de continuar el crecimiento, madurar y ovular, produciéndose una atresia de todos los demás folículos en crecimiento. Así, se consigue un ciclo monofolicular.

La EO de los ciclos de reproducción humana (donde los niveles de estrógenos no “frenan” la administración de FSH), consigue que TODA la cohorte folicular disponible alcance la madurez. Por lo tanto, no se afecta la reserva ovárica a futuro, solo recuperamos todos los folículos que se iban a atresiar en este ciclo.

El diferir la transferencia embrionaria (Segmentación del procedimiento), permite el empleo de agonistas de la GnRH para la maduración ovocitaria (el efecto inicial de Flare-Up produce la descarga FSH Y LH de corta duración) sin riesgo de que se produzca el Síndrome de Hiperestimulación Ovárica. De este modo, se ha erradicado casi completamente una de las mayores complicaciones de las técnicas de TRA.

Sin embargo, la acumulación de ovocitos en los criobancos es cada vez mayor y la tasa de recuperación (es decir, de uso tras descongelar) es muy bajo (estimado en un 9% en preservación social, y de un 12% en oncológico). Se deben buscar soluciones a este problema de acumulación en biobancos. Algunos países como Reino Unido, permite solo 10 años de almacenamiento, tras lo cual, los ovocitos deben destruirse.

### Protocolos de EO para pacientes Oncológicos:

Hay algunas variaciones que se pueden implementar en el tratamiento reproductor para este grupo de pacientes, con el objetivo de minimizar los riesgos y obtener el máximo resultado.

1.-Protocolos EO: En los pacientes con tumores malignos hormono-dependientes (ovario, endometrio y mama), para evitar los altos niveles de estradiol, se emplea el Letrozol (inhibidor de la aromatasa) como fármaco para el reclutamiento folicular. La duración de la estimulación ovárica, la dosis total de gonadotrofinas, el

número de ovocitos y de embriones obtenidos y la tasa de fertilización son semejantes a los de los ciclos con pautas estándar de tratamiento.

No hay evidencia de aumento de recaídas o empeoramiento de la supervivencia en las pacientes con preservación de la fertilidad, ni malformaciones en los Rn de las estimulaciones con Letrozol.

Estos protocolos se han empleado también en la preservación de pacientes masculina transgénero para evitar la disforia de género durante el hiperestronismo.

2.- Los plazos: El tiempo del que se dispone para la preservación suele ser poco y limitado. Recordemos, que solo está indicada cuando el procedimiento no altera los tratamientos de quimioterapia, no modifican la supervivencia de la paciente y debe ser realizado siempre previa a la quimioterapia o cirugía que pueda afectar a las gónadas.

Los protocolos se han flexibilizado pudiendo iniciarse la EO de forma aleatoria o random-start, es decir, en cualquier momento del ciclo (fase proliferativa o lútea), no siendo ya necesario esperar a la menstruación. Incluso, es posible hacer un DUO-Stim, que son dos estimulaciones en un solo ciclo menstrual. Se consigue un número de ovocitos semejante en los dos periodos, doblándose por lo tanto en número disponible de gametos para su uso a futuro.

#### Indicaciones:

1. Preservación de la fertilidad electiva o social: antes de la pérdida natural de fecundidad relacionada con la edad y el aumento de riesgo de aneuploidía, la población femenina actual tiene la opción de criopreservar los ovocitos. La mejor edad sería entre los 35-38 años donde los gametos aún son de buena calidad.
2. Pacientes oncológicos: que aún no han cumplido su deseo reproductor y siempre que este tratamiento no altere el manejo oncológico. Hay una elevada incidencia de cáncer en mujeres menores de 40 años (sobretudo de cáncer de mama, leucemias y linfomas, sarcomas, tumores cerebrales melanomas y cáncer de ovario). Gracias al tratamiento oncológico se consigue superar el proceso oncológico en muchas de ellas, pero a expensas de un fracaso ovárico (40% de las mujeres con Cáncer de mama menores de 40 años, caen en amenorrea tras la quimioterapia). Hoy en día, todas las sociedades oncológicas científicas consideran que se debe de informar de esta posibilidad a las pacientes.
3. Patología medica no oncológica: son todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la

reserva ovárica, bien por motivos genéticos o familiares (síndrome de Turner, mutaciones BRCA, Alteraciones del Cromosoma X...), bien por procesos quirúrgicos repetidos (ejemplo más común, la endometriosis), bien por tratamientos con fármacos como el cisplatino en enfermedades como el Lupus...Se debe intentar preservar la fertilidad, siendo a veces necesario, en pacientes prepupal, la criopreservación de cortical ovárica (única opción posible).

4. Pacientes transgénero: Se sospecha que la terapia hormonal es nociva para la fertilidad y, por tanto, la preservación de la fertilidad es necesaria para que las células reproductoras no pierdan su capacidad reproductiva, en aquellos sujetos que lo deseen. Se estima que la preservación precisa un periodo ventana sin hormonas de 3 meses previo al ciclo. En el I Campus fertilidad en personas transgénero (03/2023), organizado por la SEF, un grupo de expertos en fertilidad recomiendan la preservación en hombres trans a partir de los 18 años.

#### CONCLUSIÓN

La Vitricación ovocitaria es una técnica segura, rentable, reproducible, ideal para mujeres entre 35 -38 años. Tanto la edad como el número de ovocitos criopreservados serán determinantes en conseguir una gestación. Se deben obtener al menos 10-15 ovocitos para tener una posibilidad de Recién nacido en casa de casi 46%. Por lo tanto, la reserva ovárica se debe valorar antes de los procedimientos. Existe la opción de acumular en casos de baja reserva ovárica.

Existen varias indicaciones para esta técnica, siendo el grupo de pacientes oncológicas unos de ellos. Existen protocolos específicos para estas pacientes, cuando hay poco tiempo o procesos oncológicos hormono-dependientes.

Pero recordemos que la preservación no es sinónimo de maternidad, y se debe aclarar este hecho con las mujeres, ayudándolas a tomar la decisión adecuada en el momento adecuado.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo M, Ferrando M, Franco Y, González C, González S, Manzanares MA, Marques L. Ciclos de preservación de ovocitos: indicaciones y procedimientos. Guía clínica SEF.2021, Diciembre. ISBN: 978-84-09-404349-3.
2. Henry L, Labied S, Jouan C, Nisolle M. Preservation of female fertility: The current therapeutic strategy. Int J Gynaecol Obstet. 2022

- Jan;156(1):3-9. doi: 10.1002/ijgo.13698. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33829509.
3. Cascante Sd, Blakemore JK, DeVore S, et al. Fifteen years of autologous oocyte thaw outcomes from a large university-based fertility center. *FGertil Steril* 2022;118:158.
  4. Cobo A, García-Velasco J, Coello A et al. Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation. *Fert Steril* 2016 Mar; 105 (3):755-756.
  5. Cobo A, García-Velasco J, Domingo J, Pellicer A, Remohí J. Elective and Onco-fertility preservation: factors related to IVF outcomes. *Hum Reprod*. 2018 Dec 1;33(12):2222-2231. doi: 10.1093/humrep/dey321. PMID: 30383235
  6. Wnuk K, Świtalski J, Miazga W, Tatara T, Religioni U, Olszewski P, Augustynowicz A. The Usage of Cryopreserved Reproductive Material in Cancer Patients Undergoing Fertility Preservation Procedures. *Cancers (Basel)*. 2023 Nov 9;15(22):5348. doi: 10.3390/cancers15225348. PMID: 38001608; PMCID: PMC10670543.
  7. Varlas VN, Bors RG, Albu D, Penes ON, Nasui BA, Mehedintu C, Pop AL. Social Freezing: Pressing Pause on Fertility. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 30;18(15):8088. doi: 10.3390/ijerph18158088. PMID: 34360381; PMCID: PMC8345795.
  8. Balkenende EME, Dahhan T, Beerendonk CCM, Fleischer K, Stoop D, Bos AME, Lambalk CB, Schats R, Smeenk MJ, Louwé LA, Cantineau AEP, de Bruin JP, Linn SC, van der Veen F, van Wely M, Goddijn M. Fertility preservation for women with breast cancer: a multicentre randomized controlled trial on various ovarian stimulation protocols. *Hum Reprod*. 2022 Jul 30;37(8):1786-1794. doi: 10.1093/humrep/deac145. PMID: 35776109; PMCID: PMC9340107.
  9. Martin CE, Lewis C, Omurtag K. Successful oocyte cryopreservation using letrozole as an adjunct to stimulation in a transgender adolescent after GnRH agonist suppression. *Fertil Steril*. 2021 Aug;116(2):522-527. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.02.025. Epub 2021 Mar 29. PMID: 33795140.
  10. ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation; Anderson RA, Amant F, Braat D, D'Angelo A, Chuva de Sousa Lopes SM, Demeestere I, Dwek S, Frith L, Lambertini M, Maslin C, Moura-Ramos M, Nogueira D, Rodriguez-Wallberg K, Vermeulen N. ESHRE guideline: female fertility preservation. *Hum Reprod Open*. 2020 Nov 14;2020(4):hoaa052. doi: 10.1093/hropen/hoaa052. PMID: 33225079; PMCID: PMC7666361.

# Protocolo de evaluación del crecimiento fetal: defectos del crecimiento fetal en gestaciones únicas

Pérez Burrel L, Payá Martínez MP

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

## INTRODUCCIÓN

La restricción del crecimiento fetal constituye una de las complicaciones más comunes del embarazo y se asocia con un riesgo incrementado de morbilidad fetal y perinatal. De hecho, se trata de uno de los principales factores de riesgo de muerte anteparto, estimándose que es responsable de un tercio de los óbitos fetales. Además, la restricción del crecimiento no solo tiene implicaciones en la etapa fetal y neonatal sino que su repercusión podría afectar al individuo en la infancia y en la vida adulta. Los cambios metabólicos, hemodinámicos y hormonales que suponen la hipoxia crónica y la “desnutrición” intrauterinas aumentan el riesgo de crecimiento físico alterado, dislipemias, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular y alteraciones del neurodesarrollo (1, 2, 3).

Por lo tanto, la valoración del crecimiento fetal es un componente esencial en la atención prenatal y en el control gestacional. La correcta identificación de los fetos con alteraciones del crecimiento reduciría los resultados perinatales adversos, estimándose que su detección disminuye el 50% la mortalidad asociada al feto pequeño (4).

La insuficiencia placentaria es una de las causas más frecuentes de alteración del crecimiento fetal, habiéndose descrito en la etiopatogenia de esta complicación diversos factores maternos, placentarios y fetales. Entre los factores maternos se encuentran: la edad materna extrema, el nivel socioeconómico bajo, el índice de masa corporal bajo, el intervalo intergenésico extremo, el consumo de tóxicos, determinados fármacos, las técnicas de reproducción asistida, los trastornos hipertensivos, las enfermedades autoinmunes, las nefropatías, las vasculopatías, las infecciones... Respecto a los factores placentarios destacan las alteraciones de la vascularización, los hemangiomas, los mosaicismos, la inserción velamentosa de cordón y la arteria umbilical única, entre otros. Los factores fetales implicados son las alteraciones cromosómicas o genéticas, las

malformaciones mayores, las infecciones congénitas y las enfermedades metabólicas. Además, en los últimos años se ha encontrado asociación con diversas alteraciones genéticas fetales, maternas y/o placentarias (5).

## VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL

El crecimiento fetal puede ser valorado mediante la medición de la altura uterina o mediante la estimación del peso fetal con la ecografía del tercer trimestre.

La altura uterina es la distancia desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino medida en centímetros y para determinar su percentil existen curvas de normalidad. Aunque se trata de forma económica y sencilla de valorar el crecimiento fetal, su tasa de detección es baja, cercana al 30%, y además la medida puede verse limitada por la obesidad materna, las alteraciones en la cantidad de líquido amniótico o la presencia de miomas (6).

Por otro lado, la ecografía del tercer trimestre es el gold standard para la valoración del crecimiento fetal, con una tasa de detección cercana al 50%. Se recomienda la realización de una ecografía de tercer trimestre de rutina a todas las gestantes porque esta triplica la detección del feto pequeño para la edad gestacional respecto a la ecografía selectiva (7, 8).

Existen dos requisitos previos importantes para la estimación ecográfica del peso fetal: la adecuada datación de la gestación y el entrenamiento para la obtención de los cortes ecográficos sistematizados para la estimación del peso fetal.

La estimación precisa de la edad gestacional es determinante para poder identificar si el tamaño fetal es adecuado. La datación de la gestación se puede realizar atendiendo a la fecha de última regla, a la longitud cráneo caudal (LCC) en el caso de gestaciones por debajo de 14 semanas o a la circunferencia cefálica (CC) en el caso de gestaciones por encima de las 14 semanas. De entre estos parámetros el que mayor precisión tiene para la datación de la gestación es la LCC en la ecografía del primer trimestre, por lo que si se dispone de esta medida

es la que se debe utilizar para verificar la adecuada edad gestacional (9).

Para la estimación del peso fetal se deberá realizar la medición del diámetro biparietal, la CC, la circunferencia abdominal (CA) y la longitud femoral, y el peso se calculará de acuerdo a diferentes fórmulas, siendo la más utilizada la fórmula de Hadlock (10). Aunque la medición de estos parámetros ecográficos puede parecer metodológicamente sencilla, requiere un adecuado entrenamiento para la obtención de cortes adecuados y sistematizados y existe gran variabilidad en la práctica siendo la precisión en la estimación del peso menor a mayor edad gestacional.

La CA es la medida técnicamente más difícil, la que más diferencia interobservador presenta y la que más pesa en la fórmula para la estimación del peso fetal. Sin embargo, tiene una especificidad y un valor predictivo negativo cercanos al 90% para el diagnóstico del feto pequeño para la edad gestacional (5).

Para determinar si el peso calculado es normal y para la estimación del percentil de peso se utilizan curvas de referencia, que preferiblemente serán fetales y adaptadas a la población de estudio (9).

## DETECCIÓN DEL FETO PEQUEÑO

Un feto pequeño es aquel que no alcanza su potencial de crecimiento y se define como aquel feto con peso fetal estimado y/o circunferencia abdominal por debajo del percentil 10. Es importante diferenciar dos subgrupos con diferente pronóstico y cuyo manejo difiere de manera significativa. En primer lugar, podemos hablar de feto pequeño para la edad gestacional (PEG) que es aquel con una afectación del crecimiento moderada y que no presenta cambios hemodinámicos, es decir, aquel feto cuyo percentil de peso fetal estimado (PFE) o de CA se encuentra entre el percentil 3 y 10 y cuyo estudio Doppler es normal. Por otro lado, nos encontramos ante un retraso de crecimiento real (CIR) cuando observamos una afectación biométrica severa o bien una afectación moderada con cambios hemodinámicos. Los criterios diagnósticos de CIR son: un PFE y/o una CA por debajo del percentil 3 independientemente del estudio Doppler o bien por debajo del percentil 10 con estudio hemodinámico anormal o velocidad de crecimiento disminuida (caída de más de 50 percentiles entre 2 ecografías).

De acuerdo a las definiciones comentadas previamente, el estudio Doppler fetal es una herramienta clave tanto para el diagnóstico como para la clasificación de los fetos pequeños. Permite evaluar la perfusión uteroplacentaria con el estudio de la arteria umbilical (AU) y de las arterias uterinas (AUt) y la adaptación fetal a la hipoxia con la arteria cerebral media (ACM) y el ductus venoso (DV) (11).

El deterioro fetal secundario a la hipoxia crónica sigue una secuencia temporal de cambios hemodinámicos que reflejan su adaptación inicial y la posterior claudicación progresiva. En un primer momento el feto responde disminuyendo su velocidad de crecimiento y, al disminuir el aporte de glucosa y nutrientes, disminuyen las reservas hepáticas de glucógeno lo que conlleva una disminución de su CA. Se produce un aumento de resistencia en la AU y las AUt que ponen de manifiesto la malperfusión placentaria. Como consecuencia, a medida que progresa el grado de hipoxia al que el feto está sometido, se produce una redistribución hemodinámica que tiene como objetivo asegurar la perfusión de sus órganos diana críticos. El cerebro, suprarrenales y corazón disminuyen su resistencia al flujo mientras, por el contrario, se disminuye la perfusión de otros territorios. Se produce vasodilatación cerebral y la hipoperfusión renal puede dar lugar a oligoamnios. Si esta situación se mantiene, se puede producir una insuficiencia cardíaca que puede llevar a la muerte intrauterina (11, 12).

## CIR PRECOZ Y TARDÍO

De acuerdo con el consenso internacional de Delphi, existen dos fenotipos diferentes de CIR: el CIR precoz y el CIR tardío. El límite de edad gestacional para hablar de uno u otro se ha establecido en las 32 semanas. Por tanto, hablaremos de CIR precoz cuando estemos por debajo de las 32 semanas y presente o bien una CA o PFE por debajo del percentil 3 o un flujo diastólico ausente en la AU, o bien una CA o PFE por debajo del percentil 10 combinado con un índice de pulsatilidad (IP) por encima del percentil 95 en la AU o en las AUt. Sin embargo, estaremos ante un CIR tardío cuando la edad gestacional sea superior a 32 semanas y la CA y/o PFE se encuentren por debajo del percentil 3 o presente al menos dos de los siguientes criterios: una CA o PFE por debajo del percentil 10, una diferencia entre dos ecografías en la CA o PFE de más de 2 cuartiles o un índice cerebroplacentario (ICP) por debajo del percentil 5 o un IP de la AU por encima del percentil 95 (13).

El CIR precoz es menos frecuente, estimándose que afecta al 1% de las gestaciones y constituye el 20-30% de los fetos CIR, se asocia con más frecuencia a preeclampsia y a una alteración placentaria severa y presenta una elevada morbimortalidad. Se trata de fetos inmaduros que suelen tolerar mejor la hipoxia y el principal desafío que suponen estas gestaciones es su manejo. En los casos de CIR precoz el deterioro vascular es más marcado. La reducción del área vascular de las vellosidades y la invasión trofoblástica anormal producen un aumento de la resistencia al flujo en la AU y la hipoxia conlleva una vasodilatación cerebral que finalmente produce alteraciones en el DV.

El CIR tardío es más frecuente, afectando al 5-10% de las gestaciones y constituyendo el 70-80% de los fetos CIR. La enfermedad placentaria en estos casos suele ser leve, consecuencia de una maduración deficiente de las vellosidades que produce un intercambio de nutrientes alterado, por lo que el Doppler de la AU no se suele encontrar alterado y lo que se observa inicialmente es una redistribución en el flujo cerebral con alteración del ICP. Por lo tanto, son el ICP y la ACM los que suelen marcar el deterioro pues la afectación vascular es menor. Se trata de fetos maduros con peor tolerancia a la hipoxia y es una causa frecuente de exitus fetal siendo el principal reto en estos casos su diagnóstico. (11, 14-16)

## MANEJO Y SEGUIMIENTO DE GESTACIONES CON ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO

Cuando se detecta un feto pequeño para la edad gestacional se debe realizar una anamnesis detallada encaminada a detectar factores de riesgo, y se debe valorar la tensión arterial de la paciente, su peso y su talla. Además, se solicitará una analítica completa para despistaje de preeclampsia y de infecciones congénitas (serologías de citomegalovirus, rubeola si

no existe inmunidad previa, sífilis, virus varicela zoster, parvovirus, y en casos seleccionados malaria, Chagas y Zika) y se realizará una ecografía morfológica detallada con estudio anatómico exhaustivo y valoración del Doppler de las AUt, la AU y la ACM (y del DV en caso de alteración de los parámetros previos). En cuanto al estudio genético fetal, solo estará indicada la realización de una prueba invasiva en casos de anomalía estructural fetal mayor, marcadores positivos de aneuploidías o PFE o CA por debajo de percentil 3 en un feto de menos de 26 semanas (17-20).

De acuerdo con el grado de restricción del crecimiento y de alteración hemodinámica, los fetos con CIR se clasifican en 4 estadios. Esta clasificación es importante para determinar el seguimiento y manejo de estas gestaciones pues a mayor estadio peor es el pronóstico y, por tanto, serán necesarias una vigilancia más estrecha y una finalización más precoz (Figura 1). Si el CIR se acompaña de preeclampsia grave se deberá aumentar un estadio, requiriendo un seguimiento más frecuente y una finalización más temprana. (14, 15)

En el seguimiento ecográfico de los fetos con alteración del crecimiento se valorará, además del PFE, el estudio Doppler. Se estudiará la AU, la ACM y el ICP en todas las visitas y las AUt cada 4 semanas. El DV solo se valorará

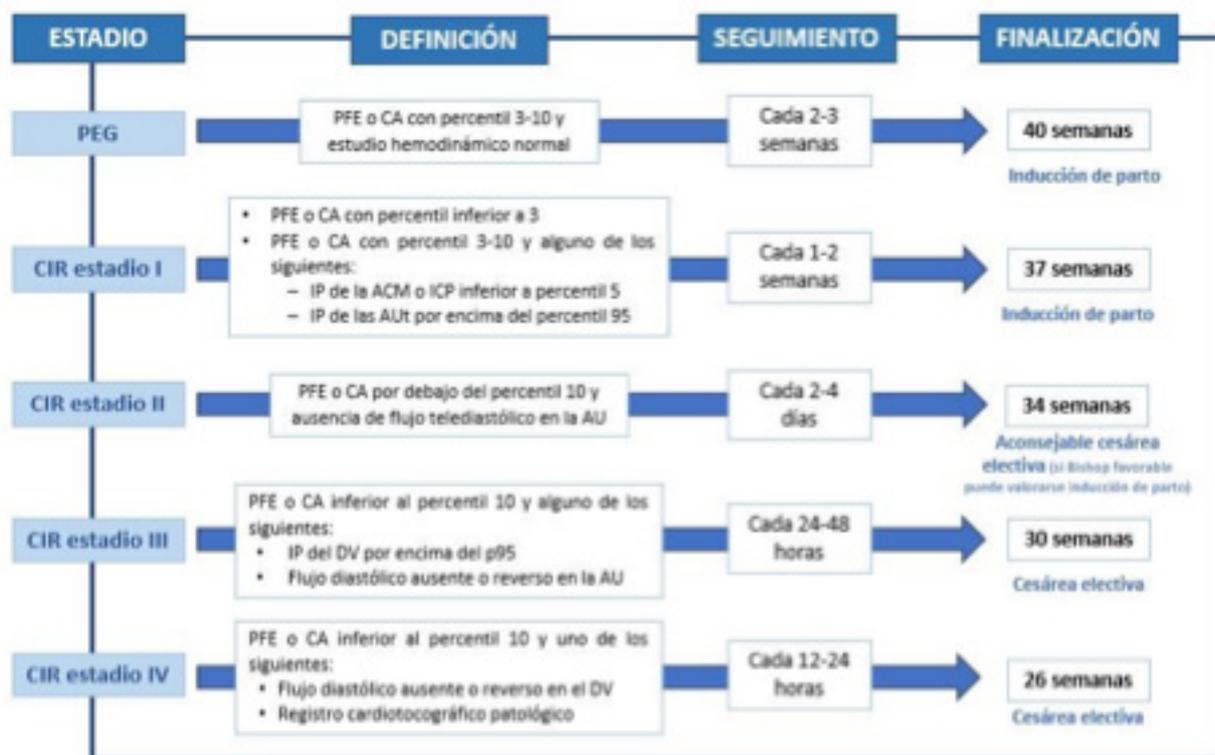


Figura 1. Definición, seguimiento y manejo en los casos de PEG y de CIR según estadio

si hay alguna alteración en el Doppler de la AU o la ACM o si el ICP es patológico. Además, otra herramienta que se podrá utilizar para valorar el bienestar fetal será el registro cardiotocográfico que estará indicado en el CIR estadio I con alguna alteración Doppler o en estadios superiores solo por encima de las 26 semanas. (18)

Es importante contar con protocolos para optimizar el diagnóstico del CIR, disminuir la tasa de falsos positivos y negativos, y homogeneizar el manejo obstétrico de esta patología y la información dada a los pacientes.

## CONCLUSIONES

Para mejorar el resultado perinatal a corto y largo plazo de los fetos con restricción del crecimiento es fundamental su diagnóstico temprano, el seguimiento cercano y la finalización oportuna de estas gestaciones. Existen dos fenotipos que difieren significativamente, el CIR precoz y el CIR tardío, y el conocimiento de sus manifestaciones y su progresión es fundamental para el manejo. Es importante contar con protocolos adaptados a cada centro para optimizar la atención en casos de restricción de crecimiento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Miller SL et al. The consequences of fetal growth restriction on brain structure and neurodevelopmental outcome. *J Physiol.* 2016 Feb 15;594(4):807-23
2. Crispi F et al. Long term cardiovascular consequences of fetal growth restriction: biology, clinical implications, and opportunities for prevention of adult disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2018
3. Sharma D et al. Intrauterine growth restriction - part 2. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016 Dec;29(24):4037-48.
4. Lindqvist. Does antenatal identification of small for gestational age fetuses significantly improve their outcome? *UOG* 2005
5. Sharma D et al. Intrauterine growth restriction - part 1. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016 Dec;29(24):3977-87
6. Pay. Symphysis fundus height measurement to predict small-for-gestational-age status at birth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015
7. Sovio. Screening for fetal growth restriction with universal third trimester ultrasonography in nulliparous women in the Pregnancy Outcome Prediction (POP) study: a prospective cohort study. *Lancet* 2015
8. Al Hafez. Routine third trimester ultrasound in low risk pregnancies and perinatal death: a systematic review and meta análisis. *Am J Obstet Gynec MFM* 2020 Nov
9. ISUOG Practice Guidelines: ultrasound assessment of fetal biometry and growth. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 53: 715-723
10. Hadlock, FP. Estimation of fetal weight with the use of head, body and femur measurements: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*, 1985
11. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small for gestational age fetus and fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 56: 298-312
12. Baschat AA. Planning management and delivery of the growth-restricted fetus. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018; 49:53-65
13. Gordijn, SJ. Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. *UOG* 2016
14. Figueras F, Gratacós E. Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage based management protocol. *Fetal Diagn Ther.* 2014;36(2):86-98
15. Figueras F, Gratacós E. An integrated approach to fetal growth restriction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017; 38:48-58.
16. Nawathe A, Lees C. Early onset fetal growth restriction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017; 38:24-37
17. Uptodate. Fetal growth restriction: evaluation and management
18. Protocolo Defectos del crecimiento fetal. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona
19. Protocolo de restricción del crecimiento fetal en gestaciones únicas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón
20. Longo S, Borghesi A, Tzialla C, Stronati M. IUGR and infections. *Early Hum Dev.* 2014;90 Suppl 1:S42-4

## Sexualidad y menopausia, ¿Qué podemos hacer por nuestras pacientes?

Blanca Martínez Gamón B

Servicio de Obstetricia y Ginecología. HM Hospitales

Los trastornos sexuales aparecieron por primera vez en el DSM-II en 1968, pero no fue hasta 1987 en el DSM-III-R cuando se utilizó por primera vez el término disfunción sexual. La definición del término ha ido modificándose hasta la publicada en el último manual, el DSM-V, que la divide en 3 entidades distintas: trastorno orgásmico, trastorno del interés/excitación sexual y trastorno del dolor genito-pélvico/penetración (1). Es importante recalcar que el término disfunción incluye algo que produce discomfort o afecta a la calidad de vida de nuestro paciente; si la actividad sexual se modifica pero no produce este discomfort, no podríamos hablar de disfunción sexual.

La prevalencia de disfunción sexual descrita en la literatura es muy dispar. En 2016 se publicó una revisión sistemática que incluía 15 artículos de varios países en la que se describe una prevalencia de entre un 5 y un 72%, según el estudio (2). En 2008 se realizó una encuesta a mujeres postmenopáusicas de 6 países europeos y los resultados mostraron que un 34% presentaban deseo sexual hipoactivo y un 53% disminución del interés por el sexo (3).

Existen factores biológicos, psico-sexuales y sociales que se pueden ver modificados en la etapa de la menopausia y desencadenar esta disfunción sexual. Los factores biológicos incluyen la atrofia vulvo-vaginal, las alteraciones de la función vascular y los síntomas vasomotores derivados de ello; y la modificación de neurotransmisores y hormonas asociado a la menopausia. Los factores psico-sexuales son la disminución del deseo sexual, libido, excitación y dificultad de orgasmo, las alteraciones anímicas como la depresión y la ansiedad, y la disminución de la autoestima. Finalmente, los factores sociales incluirían problemas de pareja o interpersonales, presencia de expectativas diferentes o creencias socio-culturales. Es necesario e importante realizar un enfoque multidisciplinar para el tratamiento de estas pacientes. Pero desde el punto de vista de la ginecología ¿qué podemos hacer?

Primero de todo preguntar a nuestros pacientes en la consulta, explicarles que es algo que ocurre con mucha frecuencia en esta etapa de la vida y que podemos encontrar una solución.

Los tratamientos más utilizados en la menopausia en los últimos años, y por lo tanto, más conocidos, se centran en mejorar la dispareunia y atrofia vulvovaginal, y en la disminución de los síntomas vasomotores.

Pero centrándonos en algo más novedoso como es el tratamiento del trastorno del interés/excitación sexual y el trastorno orgásmico; existen numerosos artículos enfocados en esclarecer cuáles son los neurotransmisores y hormonas que influyen en la respuesta sexual en la menopausia, y de esta manera, conseguir fármacos que mejoren a nivel sistémico esta respuesta sexual. Así, esta mejoría se puede conseguir mediante el aumento de testosterona, dopamina, norepinefrina y la modulación de los receptores de serotonina (4,5).

Se ha visto que los niveles de andrógenos séricos disminuyen a medida que aumenta la edad, sin embargo, la testosterona, aunque a un nivel más bajo, se mantiene de manera fisiológica en la menopausia y se cree que esto juega un papel muy importante en la función sexual a esta edad. Además, hay estudios que demuestran que el tratamiento con testosterona a dosis suprafisiológicas (para la menopausia), tienen un efecto beneficioso en el deseo sexual (6). Sin embargo, los resultados no son del todo concluyentes y la FDA no aprueba su uso por el momento, por la falta de estudios que confirmen su seguridad a largo plazo. Actualmente sólo tenemos disponible la fórmula magistral compuesta por testosterona al 1%. Las reacciones adversas más frecuentes asociadas al uso de testosterona son la aparición de acné e hirsutismo.

Tibolona también está descrita como un tratamiento eficaz para el deseo sexual hipoactivo, incluso algunos estudios afirman que es mejor que la terapia hormonal sustitutiva en la consecución de este fin (7,8). Todavía no existen estudios que comparen la testosterona con tibolona, lo que podría ser muy interesante en el futuro.

Flibanserina y bremelanotida son tratamientos aprobados en EEUU y Canadá para mujeres premenopáusicas únicamente. Tienen una acción central prosexual funcionando como modulador de la serotonina y aumentando los niveles de norepinefrina y dopamina. Bremelanotida, por su mecanismo de acción, podría ser igual de efectivo en la postmenopausia.

La DHEA (prasterona) se ha utilizado ampliamente en los últimos años para el tratamiento de la atrofia vulvovaginal asociada a síntomas moderados-graves. Pero en un estudio realizado a 216 mujeres postmenopáusicas ha demostrado mejorar también la excitación/lubricación en un 39%, el orgasmo en un 75% y la sequedad en un 57%, lo que se traduce en una mejoría global de la función sexual del 68% (9).

Y por último, bupropion y bupiriona son tratamiento aprobados con otros fines, que han demostrado mejorar la función sexual y pueden ser utilizados fuera de ficha técnica con este objetivo.

Como conclusión, destacar que es un campo que se encuentra en auge en los últimos años, al que cada vez se le está dando más importancia desde el punto de vista de la calidad de vida y que tiene un futuro muy prometedor asociado a la aparición de nuevos tratamientos. No debemos olvidar que es muy importante preguntar a nuestras pacientes e informarlas de las posibilidades disponibles.

## BIBLIOGRAFIA

1. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM). 5th edition. 2013.
2. Muñoz A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016.
3. Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2008
4. Goldstein I. et al. Hypoactive sexual desire. International society for the study of women's sexual health (ISSWSH). Expert Consensus Panel Review. Consensus Recommendations. Enero 2017.
5. Al-Azzawi, Farook, and Santiago Palacios. Hormonal changes during menopause. *Maturitas*. 2009.
6. Davison S., et al. Androgen Levels in Adult Females: Changes with Age, Menopause, and Oophorectomy. *Journal Clinical of Endocrinology and Metabolism*. 2005
7. Nijland, Esme A et al. Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *The journal of sexual medicine*. 2008.
8. Cayan, Filiz et al. Comparison of the effects of hormone therapy regimens, oral and vaginal estradiol, estradiol + drospirenone and tibolone, on sexual function in healthy postmenopausal women. *The journal of sexual medicine*. 2008.
9. Labrie F. et al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *J SOMenopause*. 2009.

## Vacunación HPV en adultos. ¿Tenemos que vacunar a todos?

Bravo Violeta MV

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un cáncer frecuente entre las mujeres de todo el mundo con estimaciones de 604.127 nuevos casos y 341.831 fallecimientos en el año 2020 (1). En los años 80 se estableció la relación causal entre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el cáncer de cuello de útero. Desde entonces, este virus se ha relacionado con otros tipos de lesiones cancerosas y precancerosas anogenitales y del área de la cabeza y cuello, así como con los condilomas anogenitales, y la papilomatosis respiratoria recurrente (2).

Las vacunas profilácticas frente al VPH fueron diseñadas en los años 90 y se comercializaron a partir del año 2006. En la actualidad, se dispone de tres vacunas diferentes autorizadas que protegen de la infección frente a los tipos de VPH más prevalentes, responsables de entre el 70 y el 90 % de las lesiones malignas del cuello del útero, y, de un porcentaje variable, de otras lesiones secundarias a la infección por VPH (2).

### POBLACIÓN DIANA

Para las principales instituciones y sociedades científicas internacionales, la población de máxima prioridad de vacunación son los niños y las niñas de entre 11 y 12 años, aunque las vacunas se pueden administrar a partir de los 9 años de edad (3) (4) (5).

También hay consenso internacional en que la vacuna es recomendable y, por tanto, se apoya su administración en el colectivo de adolescentes y jóvenes de entre 13 y 26 años, hombres y mujeres. Realizar un catch-up hasta 26 años mejora la eficiencia de la vacunación y acorta significativamente el tiempo que tiene que transcurrir hasta la obtención del beneficio de la vacunación en términos de salud pública que, no es otro, que disminuir la incidencia del cáncer de cérvix (6) (7).

Por tanto, si hay recomendación de vacunar a todos los adultos, hombres y mujeres no vacunados, hasta 26 años.

Esta recomendación se fundamenta en la alta eficacia de la vacuna, en estas poblaciones, evidenciada en los ensayos clínicos publicados (8) (9) (10).

### POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE 26 AÑOS

En la actualidad, no se recomienda la vacunación sistemática de individuos de edad mayor o igual a 27 años. La decisión de vacunar a las personas de este grupo de edad debe tomarse de forma individual, consensuada con el paciente y teniendo en cuenta el riesgo de infección. La probabilidad de exposición previa a los tipos de vacunas contra el VPH aumenta con la edad y, por lo tanto, el beneficio desde la perspectiva de salud pública es menor por motivos de coste efectividad (7).

A pesar de esto, hay sociedades científicas como la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) que consideran que las mujeres, por encima de 25 años, pueden seguir beneficiándose del potencial preventivo de la vacuna a título individual, independientemente de si presentan, o no, infección por algún tipo de VPH (2).

Conviene precisar que, en relación a la vacuna del VPH, la población de adultos por encima de 27 años, se ha dividido, arbitrariamente, en: a) individuos entre 27 y 45 años y b) individuos de edad igual o mayor a 46 años, ya que éstas fueron las edades de corte que se seleccionaron a la hora de diseñar los ensayos clínicos y, por tanto, la evidencia científica disponible y las recomendaciones van a ser diferentes según qué grupo.

1. Mujeres mayores de 26 años
  - **Mujeres de entre 27 y 45 años**

Los motivos que justificarían la recomendación de la vacuna a mujeres entre 27 y 45 años son los siguientes:

- **Riesgo de infección**

Las mujeres en la edad media de la vida siguen teniendo riesgo de adquirir infecciones nuevas. En España, el riesgo de infección acumulada a 5 años en mujeres entre 25 y 29 años es del 30 % y del 21,9 % en mujeres entre 30 y 34 años según datos del Estudio CLEOPATRA (11).

Las nuevas infecciones por los virus 16-18 son tan altas en las mujeres mayores como en las jóvenes (12).

- **Mayor riesgo de infección persistente**

Debido al fenómeno de inmunosenescencia, las infecciones adquiridas a mayor edad tienen más riesgo de hacerse persistentes y, por tanto, de desarrollar lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino (13).

- **Las vacunas, en esta población, han demostrado inmunogenicidad, seguridad y eficacia (14) (15) (16).**

- **Aprobación por las agencias reguladoras**

Estos hallazgos motivaron que, en octubre de 2018, la FDA (Food and Drug Administration) elevara el límite superior de edad, de recomendación de la vacuna, desde los 26 a los 45 años (17). La EMA (European Medicines Agency) ya no establece límite superior de edad (18).

- **Mujeres por encima de 46 años**

Esta población va a tener mayor riesgo de estar ya infectadas por algún genotipo ya que este riesgo aumenta con la edad, pero, a pesar de esto, estas mujeres pueden seguir beneficiándose de la vacuna a título individual ya que siguen teniendo riesgo de adquirir nuevas infecciones. Según datos del estudio CLEOPATRA el riesgo de infección acumulada a 5 años de estas mujeres es del 12,4 % (11).

Se han publicado trabajos con buenos datos de inmunogenicidad y seguridad de la vacuna bivalente en mujeres entre 46 y 55 años (19) (20) pero en esta población no disponemos de datos de eficacia, ya que el estudio VIVIANE que analizó eficacia de la vacuna bivalente en mujeres mayores de 25 años, no pudo demostrar eficacia en el grupo de mayor edad ( $\geq 46$  años) ya que el número de mujeres, en este rango etario, era pequeño (15).

- **Indicación de Vacunación en mujeres mayores de 26 años**

Como se ha comentado anteriormente, la decisión de vacunar a las personas de este grupo de edad debe ser una decisión individualizada, consensuada con la paciente, teniendo en cuenta el riesgo de que dicha mujer ya esté infectada por algún genotipo de VPH, que es un riesgo que aumenta con la edad, y el riesgo que tiene de infectarse en el futuro (7). No obstante, hay autores que recomiendan expresamente vacunar a las siguientes poblaciones (21):

- Mujeres que no hayan iniciado la actividad sexual o con pocos compañeros sexuales
- Trabajadoras sexuales
- Personal sanitario con mayor exposición a HPV por su desempeño profesional
- También se recomienda vacunar a dos poblaciones de mujeres que tienen un mayor riesgo de desarrollar patología relacionada con la infección VPH (2):
- Mujeres inmunosuprimidas
- Mujeres diagnosticadas y tratadas de lesiones precursoras cervicales

El resto de la población femenina, aquella que no pertenece a ningún colectivo de los anteriores, es decir, la población mayoritaria, debería tener, también, la oportunidad de poder elegir su vacunación de forma individualizada, dada la evidencia actual del beneficio preventivo de dichas vacunas, a pesar de que, debido a que la relación coste-efectividad es menos favorable que a edades más tempranas, las autoridades sanitarias no promuevan su administración sistemática (22).

1. **Varones mayores de 26 años**

Los varones mayores de 26 años son una población en los que el riesgo de adquirir nuevas infecciones por VPH permanece estable a medida que envejecen. Además, después de la infección natural por VPH, los hombres tienen de 4 a 10 veces menos probabilidades de seroconversión que las mujeres (23) y, en el caso de que se produzca esta seroconversión, se ha demostrado que los anticuerpos circulantes no confieren protección contra la reinfección por VPH (24).

Todo ello hace que esta población de varones siga teniendo riesgo de desarrollar patologías, relacionadas con infecciones por VPH, que se pueden prevenir y, esto, justifica la necesidad de considerar la vacunación en este colectivo a título individual, buscando un beneficio preventivo individual, a pesar que, al igual que en las mujeres mayores de 26 años, la vacunación no se recomienda de manera sistemática ya que la relación coste-efectividad no es favorable (7).

Aunque cualquier varón por encima de 26 años puede beneficiarse de la vacuna, existen dos grupos de varones que van a tener un mayor riesgo de desarrollar patología relacionada con la infección VPH y en los que las vacunas ofrecen un gran potencial preventivo. Estos grupos de adulto son los pacientes inmunodeprimidos (2) y los hombres que tienen sexo con hombres, población que presenta una mayor prevalencia de infección VPH que los varones heterosexuales, sobre todo si son HIV positivos (25) (26) (27) (28).

**CONCLUSIONES**

1. La vacunación de adultos, hombres y mujeres, hasta 26 años es costo-efectiva desde el punto de vista de salud pública. La vacuna está recomendada para esta población.
2. En adultos mayores de 26 años, la vacuna no se recomienda de manera sistemática, no es costo-efectiva. La decisión de vacunar debe ser consensuada con el individuo y busca un beneficio

preventivo individual. El principal factor limitante es la posibilidad de que dicho individuo esté ya infectado por algún genotipo del VPH. Dentro de esta población de adultos mayores de 26 años existen colectivos con mayor riesgo de desarrollar patología relacionada con la infección VPH, colectivos que pueden beneficiarse del potencial preventivo de la vacuna.

## Violencia obstétrica: ¿es un término adecuado?

Patiño Maraver VM(1). Martín Medina MI (2)

1 Facultativo Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Infanta Cristina.

2. Matrona y Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario de Getafe

### RESUMEN

En un sentido amplio, la violencia obstétrica podría entenderse como toda acción, conducta u omisión de derecho de la gestante, donde percibe un trato jerárquico, deshumanizante, en el que se medicaliza, y que patologiza un proceso fisiológico como es el parto, con la consiguiente pérdida de autonomía y privación de la capacidad de decisión libre de la mujer y que afecta a su calidad de vida.

El término “Violencia Obstétrica” ha comenzado a aparecer con cierta frecuencia en los medios de comunicación en los últimos años, haciéndose eco de los recursos legales que, aunque poco numerosos, tienen cierto impacto, y han generado reacciones públicas de asociaciones, tanto de pacientes como de profesionales, y manifestaciones de toda índole.

Nos preguntamos:

- ¿Qué hay realmente detrás de estas informaciones?
- ¿Quién habla de Violencia Obstétrica?

Por una parte, parece un término con escasa o nula presencia en la Bibliografía que manejamos habitualmente. Si hacemos una revisión en bases de datos como Cochrane o Pubmed, no encontramos apenas resultados ni hemos encontrado estudios liderados por equipos asistenciales de maternidades.

En cambio, hay ámbitos académicos y legislativos que sí están investigando y realizando publicaciones sobre la violencia obstétrica, sin que exista un concepto claro y estandarizado que enmarque qué es, y que no es, violencia obstétrica. Y en ocasiones con una metodología que puede incluir en su diseño ciertos sesgos en la elección de la muestra.

Encontramos, por tanto, declaraciones del Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) de la ONU al respecto, resoluciones en las que se habla de un “fenómeno generalizado y sistemático, o arraigado en los sistemas de salud”,

sentencias contra la sanidad española... Y ya en nuestro día a día, iniciativas legislativas que, con mayor o menor acierto, tratan de regular lo que denominan “prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer”.

Podemos encontrar una relación entre el aumento de las expresiones y fenómenos feministas de los últimos años y una menor tolerancia con cualquier tipo de trato que suponga una vulneración de los derechos de la mujer. Y todo esto no hace sino aumentar las presiones sobre los que dedicamos nuestro día a día a la salud de la mujer.

### Si somos buenos profesionales, ¿por qué nos pasa esto?

¿Por qué se dan estos malentendidos o por qué se dan estas situaciones que la mujer percibe como violencia? Está claro que todos trabajamos con muy buena intención. Y de hecho la gran mayoría trabajamos duro para dar la mejor atención a nuestras pacientes. Y lo más frecuente, de hecho, es que hagamos las cosas bien, que estemos centrados en la mujer, en el proceso del embarazo, y que promocionemos un parto natural y seguro. Y no hay mala intención, pero a veces no nos centramos lo suficiente en las necesidades y preferencias de la paciente.

### ¿Y qué piensan los profesionales?

Como profesionales nosotros estamos bien capacitados, tenemos experiencia, nos hemos formado, y día a día tomamos decisiones en el embarazo, el parto y el puerperio, que obviamente son para el beneficio de la madre y del feto. Ni tenemos una mala intención ni buscamos hacer algo negligente.

Pero hay evidencia de que la Violencia Obstétrica sucede incluso en estos contextos, sea por una medicalización excesiva del parto, por una falta de atención centrada en la mujer, por falta de un consentimiento informado... No es sólo que firmen un papel, sino verdaderamente informar

lo que vamos a hacer y que la paciente nos dé su permiso.

Y es que a veces la medicina se ha realizado en el campo de la obstetricia como el famoso despotismo ilustrado de tiempos pasados... “Todo por el pueblo, pero sin el pueblo”, y a veces nos centramos tanto en que el parto salga bien que hacemos todo por la paciente, pero sin contar con la paciente.

### ¿Nos sentimos atacados los profesionales?

Cuando escuchamos “Violencia Obstétrica”, pensamos que es un término que va dirigido contra los profesionales, y eso se puede y se debe de evitar. Si centramos nuestra atención en la mujer, si informamos adecuadamente, explicamos bien y razonamos con la paciente, eso nos va a resolver muchas situaciones. Hasta hace poco, la medicina se planteaba como una medicina paternalista, y desde que se aprobó la Ley de Autonomía del Paciente, nadie discute que los pacientes tienen derecho a ser informados de todos los procesos, a explicarles todas las posibilidades, y a obtener su consentimiento... ¿Por qué a veces en la atención al embarazo y al parto no se tiene siempre esa misma perspectiva, o no con la misma importancia? A eso se debe lo importante que es la información y la educación continua de los profesionales, porque así mejoramos en nuestras habilidades de comunicación, de negociación, y de la atención que prestamos...

### ¿Qué podemos hacer?

Podemos denostar el término “Violencia Obstétrica” por múltiples razones. Pero no creemos conveniente negar las experiencias concretas que relatan las mujeres, tenemos que validarlas, reconocerlas, proclamar nuestra condolencia, y trabajar para evitarlas, a la vez que trabajamos para que la percepción acerca del parto fisiológico, así como del tipo de asistencia que reciben las mujeres en nuestro servicio, sea lo más realista posible.

Para ello proponemos una serie de acciones:

- Liderar la información que le llega a la población. Dando una perspectiva realista en torno al parto, evitando así la idealización del mismo, como experiencia “gozosa” y exenta de riesgos, con información veraz y no sesgada, así como establecer sinergias, comunicación, diálogo entre las mujeres y los profesionales.
- Actualización de protocolos a la evidencia científica: Ofrecer una negociación en la toma de decisiones, y hacer algoritmos abiertos a varias posibilidades, en caso de contar con evidencia científica que lo avale.
- Acomodar la intervención a los protocolos. Seguimiento de casos para detectar, y prevenir intervenciones no protocolarias.
- Mejorar nuestras técnicas de comunicación para realizar una comunicación efectiva.
- Dotar al sistema de los recursos necesarios para prestar una atención adecuada. Salas de parto de mínima intervención, dotar a los servicios de las matronas necesarias para un parto one-to-one.
- Recopilar datos sobre los principales ítems que conforman la llamada violencia obstétrica, para ver cuál es la situación real de la intervención que se realiza en los diferentes hospitales. Realizar estudios sobre este tema y hacerlos públicos.
- Extremar la delicadeza a la hora de respetar la intimidad del proceso de parto.
- Detectar población especialmente vulnerable (parejas del mismo sexo, mujeres con experiencias previas traumáticas, expectativas irreales o deformadas) y en riesgo de sufrir depresión postparto, incluyendo escalas validadas en consultas periparto. Realizar las derivaciones correspondientes.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo. Resolución 2306. 10 de marzo de 2019. Disponible en: <https://pace.coe.int/en/files/28236>
2. » <https://pace.coe.int/en/files/28236>
3. Blondin M. Obstetrical and gynaecological violence. Reporte Doc. 14495, Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo. 2018. Ref. 4378. Disponible en: <https://pace.coe.int/en/files/28108>
4. » <https://pace.coe.int/en/files/28108>
5. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. C Med Psicosom. 2014:111.
6. Margarita García E. La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018.
7. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. 2013;4:25-34.
8. MARTÍN-BELLIDO, M Carmen. La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica. Temperamentvm [en línea]. 2020, vol.16 [citado el 9 de marzo de 2023], e13206. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-60112020000100023&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112020000100023&lng=es&nrm=iso)>. Epub 06-jun-2022. ISSN 1699-6011.

9. Sergio Martínez-Vázquez a, Antonio Hernández-Martínez b, Julián Rodríguez-Almagro b, Miguel Delgado-Rodríguez c d, Juan Miguel Martínez-

Galiano. "Relación entre la violencia obstétrica percibida y el riesgo de depresión posparto: un estudio observacional" *Midwifery* 108 2022