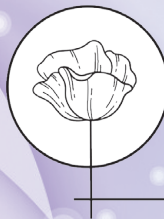


Volumen 27 - Número 3 - 2020

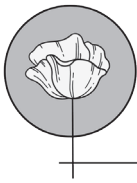
Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil



SAGIJ

Sociedad Argentina de
Ginecología Infanto Juvenil

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil
afiliada a la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil



SAGIJ

Sociedad Argentina de
Ginecología Infanto Juvenil

Revista de la

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

Miembro integrante de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ)

Miembro integrante de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA)

Miembro adherente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)

COMISIÓN DIRECTIVA - PERÍODO 2019 - 2020

Presidente	Dra. Elisabeth A. Domínguez
Vicepresidente	Dra. Viviana Cramer
Secretaria	Dra. Silvia Bonsergent
Tesorera	Dra. Alejandra Martínez
Protesorera	Dra. Andrea Di Fresco
Directora de Publicaciones	Dra. Laura Cesarato
Subdirectora de Publicaciones	Dra. Mariela Orti
Secretaria de Actas	Dra. María Laura Lovisoló
Vocales	Dra. Sandra Magirena Dra. Sandra Vázquez Dra. Dolores Ocampo Dra. Clara Di Nunzio
Vocal suplente	Dra. Myriam Bonifacio
Revisores de Cuentas	Titular: Dra. Cecilia Zunana Suplente: Dra. Soledad Matienzo
Escuela de Posgrado SAGIJ	Directora Ejecutiva Dra. Miriam Salvo Subdirectora Dra. Andrea Di Fresco Asesor Académico: Prof. Dr. José María Méndez Ribas (Universidad de Buenos Aires)

COMISIÓN CIENTÍFICA - PERÍODO 2019 - 2020

COORDINADORA Dra. Lucía Katabian

INTEGRANTES

Prof. Dr. José María Méndez Ribas	Dra. Gabriela Perrotta	Dra. Paula Califano
Dra. Eugenia Trumper	Lic. Ana Tropp	Dra. Mercedes Fidalgo
Dra. Inés de la Parra	Lic. Hilda Santos	Dra. María del Carmen Tinari de Platini
Dra. Beatriz Pereyra Pacheco	Dra. Miriam Salvo	Dra. Patricia Riopedre
Dra. Carlota López Kaufman	Dra. Mirta Gryngarten	Dra. Marisa Labovsky
Dra. Silvia Oizerovich	Dra. Gabriela Kosoy	Dra. Dora Daldevich
Dra. Analía Tablado	Dra. Anahí Rubinstein	

COMITÉS - PERÍODO 2019 - 2020

COMITÉ DE ÉTICA

Dra. Eugenia Trumper
Dra. Inés de la Parra
Dra. Beatriz Pereyra Pacheco
Dra. Analía Tablado
Lic. Hilda Santos
Dra. Mercedes Fidalgo

COMITÉ PAGINA WEB

Asesoría
Dra. Carlota López Kaufman
Coordinadoras Página Web
Dra. Andrea Di Fresco
Dra. Myriam Bonifacio

Colaboradoras

Dra. Clara Di Nunzio
Dra. María Zabalza
Dra. Cecilia Zunana

COMITÉ EDITORIAL

Asesoría
Dra. Carlota López Kaufman
Coordinadoras
Dra. Laura Cesarato
Dra. Mariela Orti
Colaboradoras
Dra. Clara Di Nunzio
Dra. María Zabalza
Dra. Cecilia Zunana

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Marcela Bailez
Dr. Enrique Berner
Dra. Graciela Lewitan
Prof. Dr. José M. Méndez Ribas
Dra. Graciela Ortiz

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Enrique Pons (Uruguay)
Dra. Estela Conselo (Uruguay)
Dra. Inés Martínez (Uruguay)
Dr. Rodolfo Gómez (Uruguay)
Dra. Débora Laufer (Uruguay)
Dr. Carlos Guida (Chile)

Dr. Johannes Bitzer (Suiza)
 Dra. Dvra Bauman (Israel)
 Dra. Lilian Herter (Brasil)
 Dr. Germán Salazar (Colombia)

COMITÉ DE CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Prof. Dr. José María Méndez Ribas
 Dra. Miriam Salvo
 Dra. Mirta Gryngarten
 Dra. Anahí Rubinstein
 Dra. Paula Califano

COMITÉ DE DELEGACIONES

Dra. Sandra Magirena
 Dra. María Laura Lovisolo

COMITÉ IFEPAG

Dra. Viviana Cramer
 Dra. Silvia Bonsergent
 Dra. Gabriela Kosoy
 Dra. Marisa Labovsky
 Dra. Mariela Orti

COMITÉ INTERINSTITUCIONAL

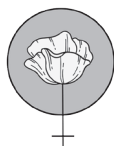
Dra. Marisa Labovsky
 Dra. Gabriela Kosoy
 Dra. Inés de la Parra
 Dra. Eugenia Trumper
 Dra. Silvia Oizerovich
 Dra. Dora Daldevich

COMITÉ DE REDES SOCIALES

Dra. Marisa Labovsky
 Dra. Gabriela Perrotta
 Dra. Analía Tablado
 Dra. Laura Lovisolo
 Dra. Clara Di Nunzio

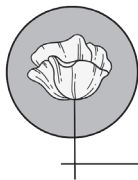
DELEGACIONES

PROVINCIA	CIUDAD/REGIÓN	RESPONSABLE	CARGO
Buenos Aires	Zona Norte	Melina Feder	Delegada
	Zona Oeste	Miriam Salvo	Delegada
	Zona Sur	Myriam Bonifacio	Codelegada
		Nélida Boscio	Consultora
La Plata	Gisel Rahaman	Delegada	
	Paula Cundom	Codelegada	
	Bahía Blanca	Anabel Bualó	Delegada
	San Fernando del Valle de Catamarca	Daniela Rebelo	Delegada
Catamarca	Patagonia Atlántica	Nora Matach de Correa	Codelegada
		Florencia Kiguel	Delegada
Chubut	Córdoba	Gabriela Catellani	Codelegada
		Margarita Fuster	Delegada
Córdoba	Corrientes	Carolina Vera	Codelegada
		--	--
Corrientes	Entre Ríos	Romina Spoturno	Delegada
		Emilia Bilen Beauche	Codelegada
Entre Ríos	Jujuy	Vanina Ricca	Delegada
		Silvina Del Frari	Codelegada
Jujuy	La Pampa	Andrea Sosa	Delegada
		Andrea Davico	Delegada
La Pampa	La Rioja	María Cristina Zúñiga	Delegada
		Adriana Giaccaglia	Codelegada
La Rioja	Misiones	Alicia Díaz	Delegada
		Cecilia Roses	Codelegada
Mendoza	Misiones	Mónica Borile	Delegada
		Lucía Puglisi	Codelegada
Misiones	Río Negro	María de los Ángeles González	Delegada
		Constanza Saravia	Codelegada
Río Negro	Salta	Sandra Merino	Delegada
		Marta Borrego	Codelegada
Salta	San Juan	Claudia Pérsico	Delegada
		Gabriela Ragogna	Delegada
San Juan	San Luis	Patricia Arteaga	Delegada
		Gabriela Ferretti	Codelegada
San Luis	Santa Fe	María del Carmen Tinari de Platini	Delegada
		María Fabiana Reina	Delegada
Santa Fe	Rosario	María Cecilia Fernández Antruejo	Codelegada
Santiago del Estero	Santiago del Estero		
Tucumán	Tucumán		



SAGIJ | Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil
 Secretaría: Paraná 326, 9° piso "36"
 Ciudad de Buenos Aires – República Argentina
 Tel.: (54-11) 4373-2002
 E-mail: sagij@sagij.org.ar
 http://www.sagij.org.ar

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)
 Arias 2624 (C1429OXT)
 Ciudad de Buenos Aires – República Argentina
 Tel.: (54-11) 4702-1011 / 4702-3911 / 4702-3917
 www.siicssalud.com



SAGIJ

Sociedad Argentina de
Ginecología Infanto Juvenil

Revista de la **Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil**

Miembro integrante de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ)

Miembro integrante de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA)

Miembro adherente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)

Volumen 27 - Número 3 - 2020

1 Autoridades

5 Editorial

Dra. Elisabeth A. Domínguez

6 Trabajos originales

Abuso sexual infantojuvenil. Experiencia en un hospital pediátrico de alta complejidad

Dra. Cecilia Zunana, Dra. Teresa María Peña, Dra. Leila Cambón Yazigi, Dra. Paula Califano

La interrupción voluntaria del embarazo en la población adolescente con acceso a consejería en reducción de riesgos y daños

Dra. Mónica Gogna, Dra. Laura Cesarato, Dra. Valeria Mulli

28 Artículos de Revisión

Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. Consideraciones a tener en cuenta en anticoncepción e interacciones medicamentosas

Dra. Silvina Pradier, Dra. Lorena Bozza

Trastornos del eje reproductivo en pacientes psiquiátricas

Dra. Gladys Isabel Fernández

Trastornos psiquiátricos: pautas de alarma en la consulta ginecológica infantojuvenil

Dra. María Ana Bernard

COVID-19: impacto de la pandemia en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva de los adolescentes

Dra. Silvia Ciarmatori

64 Casos Clínicos

Acompañando en la diversidad. A propósito de un caso

Dra. Valeria Bulgach, Dra. Vanina Nielsen, Dr. Roberto Mato

Síndrome de Edwards: presentación de una adolescente de 17 años con sangrado uterino excesivo

Dra. Dolores Ocampo, Dra. Gisel Rahman, Dra. María Inés Salaberry, Dra. Anahí Rubinstein

72 Novedades

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires adhirió al protocolo nacional que brinda acceso a la interrupción legal del embarazo

Dra. Sandra Vázquez, Dr. Fabián Portnoy, Lic. María Alicia Gutiérrez, Dr. Julio Bustamante

77 Reglamento de publicaciones 2020

Estimados colegas

Llegamos a nuestro tercer y último ejemplar digital de la revista de la SAGIJ 2020, cerrando un año desafiante y especial producido por la pandemia de COVID-19.

Este número tratará sobre el abordaje ginecológico de los trastornos psiquiátricos en las adolescentes, y me gustaría compartir algunos comentarios respecto de este tema, en relación con qué debemos saber y estar alerta en la consulta ginecológica ante dicho grupo de adolescentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta; asimismo, aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años y más del 70% de todos estos comienzan antes de los 18 años; la mayoría de ellos no se detectan.

Los factores que determinan la salud mental del adolescente son múltiples. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que están expuestos, mayores serán los efectos que puedan tener sobre la salud mental; si bien los factores genéticos y ambientales están involucrados, las situaciones familiares disfuncionales, como violencia, abuso sexual y maltrato, tendrán repercusión en el bienestar psicológico, derivando así a una gran variedad de trastornos de la salud mental. Hoy tomaremos contacto con cuáles son las problemáticas más frecuentes de presentación en esta etapa y qué pautas de alarma necesitamos tener presentes en la consulta ginecológica.

Quiero agradecer a toda la SAGIJ (Comisión Directiva, Comisión Científica, Delegaciones, Socios) por haberme acompañado en estos dos años de presidencia, y destaco la intensa labor del Comité Editorial, el cual trabajó para producir cambios en la presentación digital de la revista así como en la selección de artículos y actualizaciones bibliográficas, actividades en las que también participaron miembros del Comité Editorial Internacional.

Les deseo lo mejor en este año tan sensible que estamos atravesando.

¡Abrazo!

Dra. Elisabeth A. Domínguez
Presidente SAGIJ

Abuso sexual infantojuvenil. Experiencia en un hospital pediátrico de alta complejidad

Sexual abuse in children and adolescents. A high complexity center experience

Cecilia Zunana,¹ Teresa María Peña,¹ Leila Cambón Yazigi,² Paula Califano³

Resumen

El abuso sexual infantojuvenil (ASIJ) es uno de los problemas más serios de salud pública, su abordaje es muy complejo y todos los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental. Se realizó un trabajo descriptivo, retrospectivo y transversal en un período de dos años. Se analizaron 245 historias clínicas de niñas y adolescentes con sospecha de ASIJ. Los motivos de consulta al hospital fueron diversos, y los sectores en los cuales se sospechó el ASIJ fueron múltiples. En el 65% de las pacientes no hubo ningún hallazgo en el examen ginecológico, en tanto que presentó hallazgos inespecíficos el 11,8%, específicos el 9% y solo el 14,2% tenía hallazgos de certeza. El 20,4% de la muestra presentó alguna infección de transmisión sexual: este grupo estaba conformado fundamentalmente por niñas. Hubo relato de ASIJ en el 53,8% de los casos. Cerca del 80% de los abusos fueron cometidos por un conocido de la víctima, fundamentalmente dentro del núcleo familiar. El 40% requirió internación. Se realizaron 143 denuncias policiales y 150 presentaciones a organismos de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Este trabajo puede contribuir a la sensibilización y motivación de los profesionales de la salud sobre su papel en la detección, la asistencia y el seguimiento de estas situaciones.

Palabras clave: abuso sexual infantil, infecciones de transmisión sexual, examen físico, niños, femenino

Summary

Child sexual abuse is one of the most serious public health problems. Its approach is very complex. Health care providers play an essential role. A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out in a two-year analysis period. Two hundred forty-five girls' and adolescents' medical records were analyzed. The reasons for consultation upon admission to the hospital were diverse and multiple sectors suspected sexual abuse. At gynecological examination, 65% of the patients had no physical evidence of abuse, 11,8% had non-specific findings, 9% had signs of probable abuse, and 14,2% had signs of certainty. Sexually transmitted infections were identified in 20,4% of the sample; mainly in girls. Report of sexual abuse was recorded in 53,8% of the sample. Nearly 80% of sexual abuses were committed by someone who knew the victim, generally within the family. Forty percent of the sample required hospitalization. Police notification was made in 143 and 150 reports were submitted to children and adolescent's rights protection organizations. This study may contribute to sensitize and motivate health professionals about their role in detecting, assisting and monitoring these situations.

Keywords: child sexual abuse, sexually transmitted infections, physical examination, female children

INTRODUCCIÓN

El abuso o violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNyA) es uno de los problemas más serios de salud pública debido a las graves consecuencias que produce en la esfera física y psicosocial, tanto a corto plazo como a largo

plazo.¹ Este hecho se produce cuando un adulto obliga a un menor a intervenir en actos sexuales o bien lo utiliza para estimularse a sí mismo o a otra persona. Es decir, que se fuerza a un niño o joven a tomar parte en una actividad sexual para la que no es capaz de dar su consentimiento. Incluye tocamientos, manoseos, violaciones, prostitución, utilización en pornografía u obligar a un menor a presenciar actos sexuales de otros individuos.² Cabe destacar que también es considerado abuso sexual el realizado a un menor de 18 años cuando media la fuerza, la asimetría de poder o las diferencias etarias significativas entre el agresor y la víctima.^{3,4}

1. Médica tocoginecóloga especialista en ginecología infantojuvenil. Médica asistente, Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

2. Médica tocoginecóloga. Becaria de perfeccionamiento en ginecología infantojuvenil, Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

3. Médica tocoginecóloga especialista en ginecología infantojuvenil. Jefa de clínica de ginecología, Sector de Ginecología, Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

El abuso sexual infantojuvenil (ASIJ), en todas sus formas, constituye una grave violación de los derechos fundamentales del niño. En la Argentina, el ASIJ constituye un delito de acción pública desde la sanción de la Ley 27455/2018.⁵

El abordaje de esta problemática es muy complejo y todos los profesionales de la salud, sea cual fuere su especialidad, tienen un papel fundamental en su detección. El trabajo interdisciplinario permite identificar indicadores directos e indirectos de abuso y cuáles son las situaciones que requieren intervención inmediata para garantizar la protección del menor.

El objetivo de este estudio es describir la experiencia en la detección, el abordaje integral, el tratamiento y el seguimiento de niñas y adolescentes (NyA) que fueron derivadas al Sector de Ginecología del Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan por sospecha de ASIJ.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de cohorte transversal y unicéntrico. Se analizaron las historias clínicas informatizadas de pacientes femeninas de entre 0 y 18 años que fueron referidas al Sector de Ginecología para valoración genital por sospecha de abuso sexual infantil o por afección genital, en el período comprendido entre el 1 de marzo de 2018 y el 1 de marzo de 2020 (dos años). Se elaboró una base de datos en el programa Excel. Se registraron las siguientes variables:

- **Edad**
- **Sector del hospital donde surge inicialmente la sospecha de ASIJ**
- **Motivo de consulta al hospital**
- **Motivo de consulta a Ginecología**
- **Preexistencia de enfermedades**
- **Presencia de menarca**
- **Inicio de relaciones sexuales previas**
- **Hallazgos en el examen ginecológico y su categorización**, según las guías publicadas por Muram & Adams (véase Anexo).
- **Estudios complementarios**, según requerimiento de cada caso:
 - a) Serología para infecciones de transmisión sexual (ITS): ELISA para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), anticuerpos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B, anti-*core* hepatitis B y antígeno de su-

perficie de la hepatitis B, inmunoglobulina G contra hepatitis C, prueba treponémica para sífilis (TP) y VDRL (*Venereal Research Disease Laboratory*).

b) Cultivo de flujo: en situaciones de alto riesgo de ITS, como penetración vaginal y contacto con secreciones, signos y síntomas sugestivos de ITS o presencia de flujo vaginal. En niñas y adolescentes sin inicio de relaciones sexuales (IRS) con pipeta; y en adolescentes que ya habían tenido IRS previamente, mediante especuloscopia con hisopado exocervical y endocervical para gérmenes comunes y para detección de *Chlamydia trachomatis* mediante reacción en cadena de la polimerasa (*polymerase chain reaction* [PCR]).

c) Toma de muestra para detección de ADN (con cadena de custodia).

d) Biopsia de lesiones no características de infección por virus del papiloma humano (HPV).

e) Anticuerpos monoclonales para herpes de las vesículas.

f) Detección de tóxicos en orina: presencia de cocaína y metabolitos, anfetaminas y metabolitos, THC (marihuana), MDMA (éxtasis), opiáceos y derivados, fenciclidina, barbitúricos, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, morfina.

Se registró el relato de uso de sustancias de abuso como alcohol, drogas ilícitas y de medicación con fines autodestructivos/lesivos.

- **Tratamiento médico y profilaxis:** según requerimiento de cada caso (antibioticoterapia, terapia antiviral, antirretroviral, vacunación hepatitis B, anticoncepción de emergencia).
- **Valoración interdisciplinaria:** mediante dos modalidades. a) por el Equipo de Protección contra el maltrato/abuso infantojuvenil, o b) por profesionales de Salud Mental y Servicio Social de guardia. Variables abordadas: tipo de relación con el victimario, necesidad de internación para protección de la víctima, urgencia de la denuncia policial y orientación para realizarla, presentación de informes a organismos de protección y lugar de seguimiento.

Se dividió la población estudiada en dos grupos: en niñas hasta 12 años inclusive y adolescentes (13 a 18 años). Se realizó dicha división considerando que 13 años es la edad según la cual, en la

última modificación del Código Civil de la Argentina,⁶ una adolescente puede consentir una relación sexual. Sin embargo, en la práctica clínica, este límite no es tan estricto debido al concepto de autonomía progresiva, que se evalúa a nivel individual en cada consulta. Este principio es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en los que se consolida, de manera progresiva, la capacidad de discernimiento. Es decir, la habilidad para comprender la información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente, tomar decisiones.⁷

En todos los casos la atención se realizó dentro del marco legal vigente, con foco en el abordaje integral de la NyA y su consentimiento verbal.

RESULTADOS

Se evaluaron 245 historias clínicas de pacientes con sospecha de ASIJ. Se excluyeron cuatro historias clínicas por presentar registros incompletos.

El promedio de edad fue 8.2 años (rango 0 a 18).

Fueron subdivididas en dos grupos:

- Niñas (rango 0 a 12 años y 11 meses): 194 (79.2%) con un promedio de 6.5 años.
- Adolescentes (rango 13 a 18 años): 51 (20.8%) con un promedio de 14.3 años.

Los sectores de hospital donde se sospechó el ASIJ inicialmente fueron: Atención Ambulatoria espontánea de Clínica Pediátrica en un 61%, Internación 28%, especialidades pediátricas 11% incluyendo Ginecología.

Los motivos de consulta al hospital fueron:

- Relato de ASIJ (por parte de la víctima o algún familiar): 27.8%
- Sintomatología ginecológica (lesiones, ITS, sangrados): 16.5%

- Cambios conductuales e hipersexualización y paroxismos: 14.6%
- Sospecha por parte de familiar: 6.1%
- Familiar de niña o adolescentes abusada para revisión genital: 5.3%
- Derivada por oficio judicial: 3.8%,
- Otras sintomatologías: 25.9% (intento de suicidio, dolor abdominal, síncope, cefaleas, constipación, disuria, entre otros).

Los motivos de consulta en Ginecología (Figura 1) fueron:

- Valoración de genitales externos por sospecha de ASIJ (84.1%)
- Lesiones vulvares, como presencia de pápulas o vesículas (6.8%)
- Flujo vaginal (3.8%)
- Sangrado por genitales (3.8%)
- Control con turno programado (1.5%)

El 29.4% de la muestra presentaba alguna enfermedad preexistente por la que realizaba seguimiento en el hospital. De estas pacientes, el 31.9% tenía discapacidad intelectual, o como se establece en la actualidad, diversidad funcional intelectual. Los diagnósticos fueron: encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), trastorno del espectro autista, retraso mental, trastorno general del desarrollo o síndrome de Down.

Habían tenido la menarca el 94.1% de las pacientes del grupo de adolescentes y el 8.2% del grupo de las niñas.

De las adolescentes mayores de 13 años, el 23.5% había iniciado relaciones sexuales a una edad promedio de 13.4 años. En tres casos no fue evaluable el inicio de relaciones sexuales debido a la discapacidad intelectual grave o bien porque la paciente no se encontraba en condiciones de hablar por intubación.

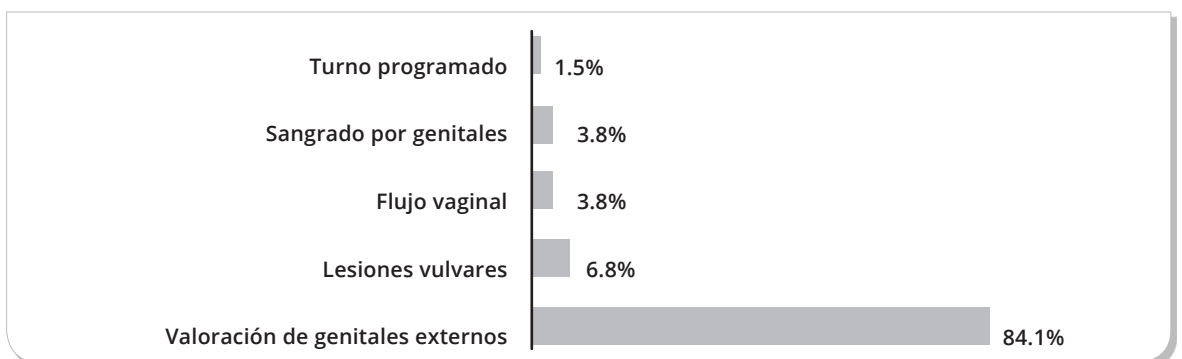


Figura 1. Motivos de consulta en Ginecología.

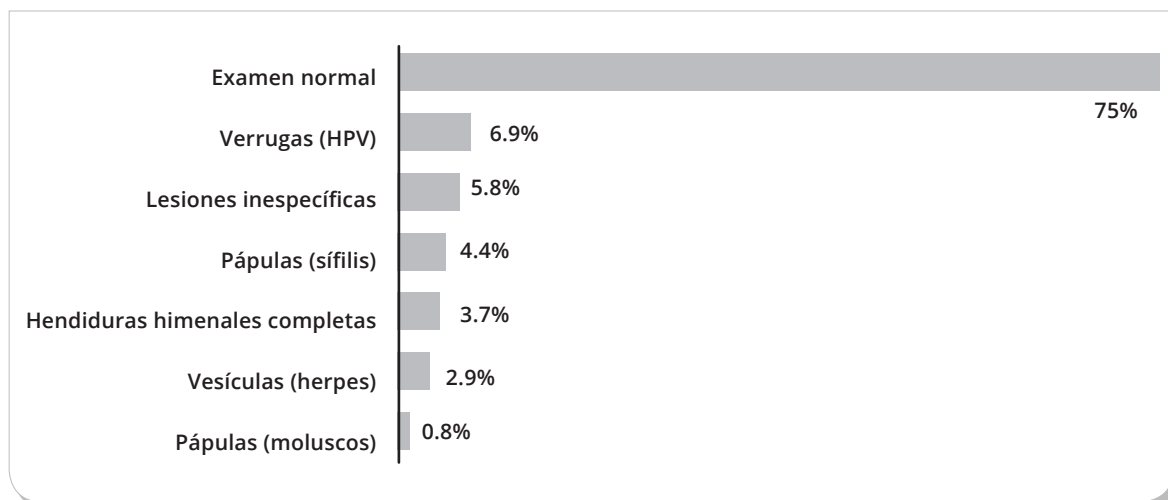


Figura 2. Hallazgos al examen ginecológico.
HPV, virus del papiloma humano.

En el examen físico general, se hallaron cicatrices lineales en muslos y muñecas compatibles con autolesiones en cuatro adolescentes.

En el examen físico ginecológico (Figura 2) se encontró:

- Examen genital normal: 75%
- Lesiones verrugosas compatibles con HPV: 6.9 %
- Lesiones inespecíficas: erosiones lineales, fisuras perianales, escoriaciones y flujo vaginal: 5.8%
- Lesiones papulosas compatibles con lesiones sífilíticas: 4.5%
- Hendiduras himenales completas (compatibles con hallazgos de certeza de ASIJ): 3.7%
- Vesículas compatibles con lesiones herpéticas: 2.9%
- Lesiones papulosas compatibles con moluscos: 1.2%

En algunas pacientes hubo coexistencia de hallazgos.

Estudios complementarios

a) Serologías para ITS: Se realizaron en 233 pacientes. En las restantes no hubo necesidad ya que no se encontraron indicadores de ASIJ en el examen físico ni psicosociales y hubo otros diagnósticos que justificaron la sintomatología por la que habían consultado. Resultados: 21 fueron positivas para sífilis. El 71.4% (15) eran niñas. El 28.6% (6) eran adolescentes, de las cuales la mitad habían iniciado relaciones

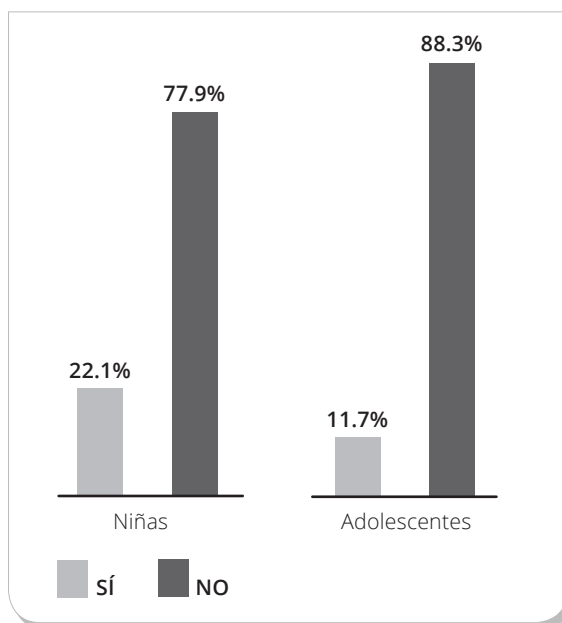


Figura 3. Presencia de infecciones de transmisión sexual según grupo de edad.

Total de ITS: 49 (20.4%); 87.8% en niñas; 12.2% (3 habían mantenido relaciones sexuales)

sexuales previamente. No se detectaron casos de VIH o hepatitis B o C (Figura 3).

b) Cultivo de flujo: 47 pacientes presentaron criterios para toma de cultivo, 26 de las cuales eran niñas. Resultados: 10 fueron positivos, todos en niñas prepúberes (Tabla 1).

c) Toma de muestra para detección de ADN: se realizaron ocho. Las muestras fueron toma-

Tabla 1. Agentes infecciosos.

En negrita, se indican los gérmenes considerados como ITS.

Agente infeccioso	Número de casos	Adolescentes	Niñas
Sífilis	21	6 (3 con IRS)	15
HPV	17	0	1 (< 2 años) 16 (entre 3 y 9 años)
Herpes simplex I/II	7	0	7
Gonococo (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	3	0	3
Moluscos	2	0	2
<i>Gardnerella</i> (en urocultivo)	1	0	1
<i>Shigella flexneri</i>	2	0	2
<i>Trichomonas vaginalis</i>	1	0	1
<i>Candida albicans</i>	1	0	1
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	0	1

ITS, infecciones de transmisión sexual.

das por médicos legistas de la policía en dos casos y por médicas de planta de ginecología en los seis casos restantes (las últimas fueron remitidas al Laboratorio Central del Hospital, con cadena de custodia, hasta que fueron solicitadas por la Justicia).

- d) Biopsia de lesiones no características de HPV: sólo se realizaron dos. Resultado: condilomas por HPV en ambos casos.
- e) Anticuerpos monoclonales para herpes: se realizaron siete. Dos fueron positivos, uno fue negativo, cuatro no fueron evaluables (uno por escasa celularidad y los otros tres por dificultades técnicas en la toma).
- f) Determinación de tóxicos y drogas en orina: en diez pacientes (4.1%). Cinco fueron positivas para benzodiazepinas. Dos de ellas referían haber tomado la medicación de su abuelo para quitarse la vida. Otras dos adolescentes relataron consumo excesivo de alcohol antes del abuso sexual.

La totalidad de los agentes infecciosos se muestra en la Tabla 1.

Se utilizó la clasificación de Muram y Adams para categorizar los hallazgos génito-anales en niñas con sospecha de ASI (véase Anexo): categoría I o examen genital sin lesiones: 65% de las pacientes; categoría II o hallazgos inespecíficos:

11.8%; categoría III o hallazgos específicos o de abuso probable: 9%, y categoría IV o hallazgos de certeza: 14.2% (35 pacientes); lesiones sífilíticas (n = 12), hendiduras completas del himen (n = 9), serologías positivas para sífilis sin lesiones (n = 9), cultivos positivos para gonococo (n = 3), embarazo (n = 1) y relato de un testigo (n = 1).

En lo referente al tratamiento médico, se indicó antibioticoterapia: penicilina para sífilis (21 pacientes), ceftriaxona para gonococo (3 casos). Terapia antiviral (aciclovir para herpes) en 7 pacientes. La profilaxis posexposición para ITS con ceftriaxona, azitromicina y metronidazol se realizó en 24 pacientes (10 niñas y 14 adolescentes). En seis casos se indicó terapia antirretroviral (una niña por lesiones vaginales agudas y los cinco restantes, adolescentes, por haber presentado penetración vaginal o anal). La anticoncepción hormonal de emergencia con levonorgestrel 1.5 mg se indicó en siete pacientes. La vacuna contra la hepatitis B se aplicó en 46 pacientes por ausencia de anticuerpos protectores.

En relación con la valoración interdisciplinaria: 100 casos fueron abordados por el Equipo de Protección contra el maltrato infantil. Mientras que 122 pacientes fueron evaluados por los servicios de Salud Mental y Servicio Social de guardia. Solo 23 casos no tuvieron control por nin-

guno de estos equipos por presentar asistencia extrahospitalaria.

Hubo relato de abuso sexual en el 54% de los casos. En el 96.2% fue relato de la víctima y en el 3.8% restante, por parte de un testigo o tercero.

En el 97.7% de los casos en los que hubo relato, se registró que el agresor era conocido de la víctima. De ellos, el 57.3% correspondía a familia consanguínea; el 20.2% era familia política y el 22.5% era otro conocido no familiar (vecino, transportista, maestro, amigo, expareja). En ningún caso se tomó conocimiento de abusadores de sexo femenino. En el 2.3% de los casos había sido un desconocido. No pudo identificarse en el resto de los casos.

El 40% de los casos requirió internación, en el 88% fue para protección de la víctima. El 12% restante para tratamiento médico.

Se realizaron 143 denuncias policiales. Cabe destacar que en 11 casos la denuncia no fue motivada por el abuso sino por maltrato físico (n = 7) o por abuso a un familiar internado (hermana o prima). Únicamente seis fueron efectuadas por el personal de salud.

Se realizaron 150 presentaciones ante organismos de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNyA).

El seguimiento se llevó a cabo en la zona de residencia en el 82% de los casos. El 11% se efectuó únicamente en el hospital por tratarse de pacientes con enfermedades crónicas. En el 3% el seguimiento fue articulado entre el organismo zonal y el hospital. Otro 3% se perdió en el seguimiento. La obra social realizó seguimiento en dos casos.

Se detallan algunos casos especiales que merecen mención por su gravedad:

- Se detectaron cuatro adolescentes con intento de suicidio, tres de ellas refirieron que había sido motivado por abuso sexual intrafamiliar.
- Una de las niñas evaluadas relató haber sido abusada por su padre, quien, a su vez, fue el violador de su madre. Esta persona continuaba siendo la pareja de la abuela, es decir que era padre y abuelastro de la niña al mismo tiempo.
- Tres niñas que fueron evaluadas por rechazo absoluto al alimento tuvieron como causa subyacente el abuso sexual.
- Dos adolescentes relataron abuso sexual en un contexto de consumo episódico excesivo de alcohol.

- Se detectaron benzodiazepinas en la orina de dos niñas y una adolescente que habían sido abusadas por su tío. En las entrevistas contaron que el agresor les “daba un jugo que les daba sueño” inmediatamente antes de los abusos.

“Una niña de un mes de edad presentó un desgarro profundo que comprometía vulva y vagina y requirió colostomía. Su madre la había traído al hospital por “irritabilidad”. Debido a la gravedad del caso, se realizó la denuncia correspondiente, intervino la Justicia que decidió enviar a la niña a un hogar de tránsito para luego ser puesta en adopción.

DISCUSIÓN

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 2016, una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 varones han declarado haber sufrido abusos sexuales durante su infancia.⁸ En el mismo sentido, el estudio global elaborado por UNICEF en 2014 sugiere que más de una de cada 10 niñas sufrieron abuso sexual en su infancia.⁵ Estos datos revelan que esta forma de violencia constituye un grave y frecuente problema para NNyA a nivel mundial.⁹

Si bien en la Argentina no existen datos oficiales sobre ASIJ, se estima que es muy frecuente y que su número es mayor que el de las denuncias. Los datos disponibles surgen de esfuerzos aislados de programas y organismos que abordan esta temática. Las últimas cifras publicadas fueron elaboradas sobre la base de los llamados recibidos del Programa de UNICEF *Las víctimas contra las violencias* durante un período de dos años (2018 a 2019). El total de víctimas fue 5043 y casi el 60% (2986) fueron NNyA.

El Hospital Garrahan es un centro pediátrico de alta complejidad. En el sector de Ginecología se atienden niñas y adolescentes, generalmente, con enfermedades crónicas y complejas. Durante 2018 se realizaron 3922 consultas, de las cuales las sospechas de ASIJ representaron el 2.67%. Durante 2019, fueron 4337 las consultas y las sospechas de ASIJ representaron el 3.22%. Es decir que, en promedio, se asistieron 2.4 niñas o adolescentes con sospecha de abuso sexual por semana en los últimos dos años.

El abuso sexual puede producirse en cualquier etapa de la vida, pero la edad ha sido descripta

como uno de los principales factores de riesgo para ser víctima. Según la OMS, el grupo de mayor prevalencia de abuso físico es el de niños menores de 5 años. En nuestro estudio, la edad promedio del abuso fue 8.2 años.

El abordaje del ASIJ es muy movilizador para el personal sanitario. El abordaje debe ser integral e interdisciplinario, ya que el diagnóstico es un proceso complejo. Se basa en la historia clínica, la exploración física, las entrevistas psicosociales y los estudios complementarios.

Es importante que los pediatras tengan presente que la agresión sexual es un problema frecuente que puede afectar a cualquiera de sus consultantes, independientemente del sexo. En las adolescentes se deberá preguntar especialmente, y en forma dirigida, sobre la posibilidad de haber sido expuestas a situaciones de agresión sexual.⁹

Se debe recordar que la sospecha de abuso sexual puede surgir como relato, como hallazgos en la zona génito-anal o como diagnóstico diferencial ante la presencia de dolencias físicas o emocionales diversas. Sin embargo, ningún comportamiento en sí mismo implica diagnóstico de abuso. La confección de una completa historia clínica con una valoración integral e interdisciplinaria es crucial, dado que en pocas ocasiones aparecen lesiones en la exploración física que permitan un diagnóstico de certeza (menos del 10% de los casos corroborados de ASIJ). El relato del menor es una de las piezas fundamentales en el diagnóstico del ASIJ.¹⁰ Por otro lado, una rápida atención médica y psicológica reduce los riesgos para la salud física y mental de las víctimas.¹¹

En nuestro hospital, la mayoría de los niños traídos por sospecha de abuso sexual ingresaron por el sector ambulatorio de Clínica Pediátrica (61%).

En nuestro trabajo, el motivo de consulta a la institución fue el relato por parte de la víctima o algún familiar en el 27.8% de los casos. Otros motivos de consulta fueron: sintomatología ginecológica (lesiones, ITS, sangrados) 16.5%, y cambios conductuales e hipersexualización y paroxismos, 14.6%. Es importante destacar que en el caso de crisis conversivas o paroxismo (5.3% de todos los motivos de consultas), el ASIJ debe ser considerado entre los factores desencadenantes. A pesar de que no se consideró como variable de análisis, fue llamativa la presencia de antecedente materno de abuso sexual.¹²

El motivo más frecuente de la consulta en Ginecología fue para valoración de los genitales externos por sospecha de ASIJ (84.1%) y, en menor medida, por afección genital.

Más de un tercio de la población analizada presentó enfermedades preexistentes. Esto se debe a que el hospital Garrahan es un centro de derivación de enfermedades complejas. El 9.4% tenía algún grado de discapacidad mental, física o ambas. La discapacidad puede convertirse en un factor de vulnerabilidad (para ASIJ) por diferentes razones: su mayor dependencia física y psíquica de otras personas, menores habilidades de comunicación, necesidad de asistencia en la higiene personal, y confusión entre acercamientos que son propios de un marco de afecto y los que constituyen una situación abusiva.^{9,13,14} En el trabajo de Crawford se describe que entre 2009 y 2011, las adolescentes de 12 a 15 años con discapacidad tuvieron una tasa de victimización por violencia 2.5 veces mayor que sus pares sin discapacidad, y en aquellas de entre 16 y 19 años fue tres veces mayor.⁹

Respecto del examen ginecológico, es importante destacar que siempre se realizó en un ambiente de privacidad y en presencia de un adulto referente en el caso de las niñas y, en las adolescentes, según la preferencia de cada una (a solas o con su referente). Cuando las profesionales ginecólogas consideraron que la toma de fotografías de genitales podía ser de utilidad para la justicia, se solicitó previamente autorización y consentimiento informado del adulto responsable en el caso de las niñas, y de la adolescente o del adulto responsable en el caso de las mayores de 13 años (acorde con el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación).

Como ya se mencionó previamente, un examen físico normal no descarta la posibilidad de abuso sexual.¹⁵ Efectivamente, en la mayoría de los casos de ASIJ no suele haber lesiones físicas. El tipo de contacto sexual en la población pediátrica generalmente es producto de tocamientos sin penetración, por lo que es frecuente la presencia de un himen de morfología habitual conservada, sin otros hallazgos al examen físico.^{16,17} En nuestro estudio, en el examen genital, el hallazgo más prevalente fue la ausencia de lesiones en el 75% de las historias analizadas. Hubo evidencia de certeza de ASIJ en el examen génito-anal en 24 casos (11 condilomas planos sifilíticos, 9 hendiduras completas,

3 cultivos de flujo positivos para gonococo y un embarazo). Cabe destacar que, en algunos casos de sífilis, el diagnóstico se realizó por serología positiva y no presentaban lesiones en el examen físico.

Existen múltiples clasificaciones para categorizar los hallazgos gínito-anales en niñas con sospecha de ASIJ. La asociación entre los hallazgos y su relación con un posible abuso sexual se determinan en consensos de expertos. En las últimas clasificaciones surge una categoría en la cual no existe consenso de expertos por múltiples factores, por ejemplo, en el caso de las hendiduras himenales profundas del borde posterior del himen.

En la Argentina, se suele utilizar la clasificación presente en el protocolo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)¹⁸ y la SAGIJ, ambos de 2008 y basados en lo descrito por los autores Muram y Adams (Tabla 1 del Anexo). En 2018, Adams publicó una última actualización en la que propone tres categorías que se resumen en la Tabla 2 del Anexo.

En nuestro país, en 2015 se publicó un trabajo en un hospital de similares características a las de este centro. Se analizaron 1034 niñas y adolescentes en un período de 10 años. Las pacientes habían sido referidas al consultorio de Ginecología con sospecha de ASIJ. Solamente el 4.1% de la muestra había presentado alguna ITS. Los hallazgos ano-genitales correspondían a clase I (normal): 38.4%; clase II (inespecífico): 38.1%; clase III (específico): 19.9%, y clase IV (certeza): 3.6%.¹⁷

En la literatura suele describirse que el 1% de las víctimas tiene lesiones moderadas o graves.¹² En nuestro trabajo, solo una niña requirió tratamiento quirúrgico por lesiones graves. Dos adolescentes presentaron lesiones graves que no fueron producto directo del abuso: una por quemaduras graves y la otra, después de haber sido arrollada por un tren luego de que su padre la violara.

En lo referente a ITS, se debe considerar como concepto fundamental que la identificación de estos patógenos en niños, más allá del período neonatal, debe alertar acerca de la posibilidad de un abuso sexual. El significado y la posibilidad de asociación con ASIJ varían según el microorganismo y se describirán posteriormente. Sin embargo, la presencia de ITS en pacientes evaluadas por sospecha de abuso suele ser poco frecuente en pediatría. Según varios estudios, entre el 5% y el

8% de los niños abusados adquieren una ITS de sus victimarios.¹⁹ Es por esto que las recomendaciones mundiales establecen que en las niñas no deberá realizarse en forma rutinaria la toma de muestra de secreción genital u otras que evalúan la presencia de ITS.¹⁰ Se deberá solicitar test específicos solamente en las niñas que presenten signos y síntomas de ITS como flujo, signos traumáticos como heridas penetrantes, o el conocimiento sobre alguna ITS del abusador o si tuvieran un hermano o familiar en el hogar con una ITS. Cuando se diagnostica una ITS en un menor debe realizarse un cribado de todas las ITS. En nuestro trabajo, se tomaron muestras de flujo en el 55% de las niñas.

Las adolescentes tienen mayor riesgo de adquirir ITS frente a cualquier tipo de contacto sexual sin protección. Hay estudios que demuestran la presencia de ITS entre el 4% y el 14% de los adolescentes y adultos que son víctimas de agresión sexual.¹² También es mayor la incidencia de ITS asintomáticas que en las niñas. Es por esto que esta población sí debe ser estudiada. Para los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la presencia de las diferentes ITS en el marco diagnóstico del ASIJ puede considerarse poco concluyente, sospechosa o diagnóstica según si ya hubo inicio de relaciones sexuales. La recolección de muestras debe ser discutida con la adolescente y ella debe dar su consentimiento. Los resultados positivos pueden resultar de una infección previa por un contacto sexual consensuado.

En la Tabla 3 del Anexo se describen las repercusiones de las ITS más comúnmente halladas en el estudio de pacientes prepúberes e infantiles en caso de sospecha de ASIJ.

En nuestro trabajo, el 20.4% del total de la muestra presentó ITS. De estas, el 87.8% fueron niñas y el 12.2% adolescentes. En este último grupo, tres habían mantenido relaciones sexuales.

Como se mencionó previamente, la relación del diagnóstico con la sospecha dependerá del germen patógeno identificado. En líneas generales, la gonorrea y la sífilis adquiridas posnatalmente, la infección por *Chlamydia* sp y el VIH sin transfusión y no adquirido de manera perinatal son indicativos de abuso sexual. La infección por *Chlamydia* sp puede ser indicativa de abuso sexual en niños ≥ 3 años. Se debe sospechar de abuso

sexual cuando se diagnostica herpes genital, infección por *T. vaginalis* o verrugas ano-genitales.

A continuación se describen algunas de las infecciones que han generado controversia respecto de la posible asociación con ASIJ.

El aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en cultivos específicos es confirmatorio de ASIJ. Sin embargo, algunos autores postulan el contacto indirecto como un modo posible de transmisión (manos, fómites).²⁰ En nuestro trabajo, se aisló gonococo en tres niñas prepúberes, todas tenían flujo patológico y ninguna presentó lesiones génto-anales.

Las lesiones producidas por HPV suelen generar gran controversia, ya que se describen como posibles mecanismos de la transmisión vertical y horizontal. La edad límite superior para la aparición de lesiones por transmisión perinatal es incierta, pero se acepta que es de hasta 4 o 5 años para la aparición de papilomatosis laríngea y de 2 a 3 años para las verrugas ano-genitales. La transmisión horizontal puede darse por contacto sexual o no sexual. Dentro del último grupo, se produciría por autoinoculación o heteroinoculación a partir de verrugas vulgares localizadas en las manos del niño o de sus cuidadores. También se ha postulado que el HPV se puede transmitir por fómites, ya que se ha detectado ADN de HPV en niñas vírgenes. Sin embargo, la detección de ADN de HPV no equivale a un virus vivo o con capacidad infectante, y no tiene el mismo significado clínico ni médico-legal que el hallazgo de lesiones clínicas. Cuando un niño solamente tiene verrugas ano-genitales y que por su edad ya no necesita ser asistido para ir al baño, obliga a pensar en la posibilidad de abuso sexual.²¹⁻²³ En un estudio epidemiológico, el valor predictivo positivo de la presencia de verrugas ano-genitales para abuso sexual infantil en niños de 4 a 8 años fue del 50%, y en los mayores de 8 años, del 70%. El riesgo de ASIJ se incrementa con la edad con una razón de probabilidades (*odds ratio*) de 1.4 por cada año (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1.1 a 1.8). En los adolescentes y adultos, el período de incubación entre el contacto sexual con HPV y la aparición de verrugas ano-genitales es de aproximadamente tres meses (desde tres semanas hasta ocho meses), pero se desconoce en los niños.²⁴ En nuestro trabajo, se identificaron 17 niñas con lesiones compatibles con HPV. En una niña de 1 año, se registró el antecedente de HPV materno.

La tricomoniasis es una de la ITS más frecuentes causada por un agente no viral. Se describe únicamente su transmisión por vía sexual y es altamente prevalente en mujeres con diagnóstico de otras ITS, sobre todo en asociación con VIH. Es decir, su hallazgo obliga al equipo médico tratante a descartar otras ITS. Las parejas sexuales deben recibir tratamiento para evitar reinfecciones. En nuestro trabajo, sólo un cultivo de flujo fue positivo para *Trichomonas*. La niña que presentó este hallazgo tenía una hendidura himenal completa, por lo cual dicho hallazgo de categoría 4 (de certeza) prevaleció por sobre el de categoría 3 (abuso probable), que determinaría la presencia de *Trichomonas* como hallazgo único.

La detección de *Gardnerella vaginalis* se considera poco concluyente para el diagnóstico de abuso. En niñas pospúberes víctimas de agresión sexual se describe una amplia frecuencia, de entre el 5% y el 42%. Los datos en niñas prepúberes son escasos y controvertidos; su presencia aislada no define el ASIJ.²⁵

El molusco contagioso se transmite por contacto directo de persona a persona, por fómites contaminados o autoinoculación. Las lesiones pueden involucrar el área genital, por transmisión por vía sexual, aunque no es la única vía de contagio. Sin embargo, ante dicho hallazgo se deben solicitar serologías para descartar ITS. Si bien está descrita la transmisión a través de piletas, baños de inmersión o saunas, dicha teoría no presenta sustento científico según la literatura disponible. Una vez resuelta la infección en la piel, el virus no se transmite a otras áreas del cuerpo.²⁶

En todos los casos en los que se identificó alguna ITS, fue tratada según las guías de los CDC.

Respecto de la profilaxis para ITS en caso de sospecha de ASIJ, las recomendaciones difirieron según si se trata de una niña prepúber o una adolescente (Tabla 4 del Anexo).

Con respecto al seguimiento, los CDC recomiendan que las pruebas de sífilis y de VIH de cuarta generación se repitan a las cuatro a seis semanas y a los tres meses. Solamente se indica repetir las pruebas de VIH a los seis meses después de la agresión, si los resultados iniciales de la prueba fueron negativos y no se pudo excluir la infección en el agresor.⁹

Respecto de la profilaxis, en nuestro trabajo hubo conductas variables según si la víctima fue

o no internada y según el equipo tratante. Esto plantea un punto de partida para realizar la adecuación y mejoría en el abordaje infectológico de los casos sospechosos de ASIJ.

La recolección de muestras forenses (detección de ADN) debe realizarse solamente si hay contacto con posible intercambio de líquidos biológicos, ocurrido dentro de las 24 horas en niñas y 72 horas en la adolescente.¹² En este estudio se tomaron muestras en ocho casos.

En la población adolescente se ha descrito consumo de alcohol o drogas inmediatamente antes de la agresión sexual en más del 40% de las víctimas adolescentes y perpetradores adolescentes. Los victimarios aprovechan la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las víctimas bajo los efectos del alcohol o las drogas.⁹ En nuestro trabajo, sólo dos adolescentes refirieron haber consumido alcohol en relación con el episodio de abuso sexual, lo que representa una cifra menor que la descrita para esta población. También se ha informado la utilización de sustancias para sedar, para disminuir la inhibición o para aumentar la libido en las víctimas. Esto sucedió en cuatro de las niñas analizadas.

El abordaje interdisciplinario incluye una primera entrevista de la niña/adolescente y el adulto acompañante, realizada por profesionales de los servicios de Clínica, Salud Mental y Servicio Social, con el fin de determinar si es necesaria la hospitalización para protección de la menor o si es factible el seguimiento ambulatorio en la institución hasta definir la mejor estrategia. El 40% de las pacientes de nuestro estudio requirió internación; estos fueron los casos más complejos y graves. Es importante aclarar que la internación debe dejarse como último recurso y sólo se utiliza cuando no existan otras estrategias para la protección de las NyA. La protección del menor representó la mayor parte de los motivos de internación. Otras causales fueron el intento de suicidio, las situaciones conversivas como paroxismos para su estudio, y los tratamientos médicos, por ejemplo.

El 60% restante continuó su evaluación en forma ambulatoria, se realizó la conexión con equipos especializados en la zona de residencia y, en algunos casos, también se realizaron intervenciones de los organismos de protección zonal. Dado que el hospital Garrahan constituye un centro de alta complejidad, sólo se efectuó seguimiento de

los que ya eran pacientes del hospital con anterioridad a la situación de abuso.

Otro aspecto para considerar en los adolescentes, como parte de la valoración, es el riesgo inminente de suicidio, los pensamientos de autoeliminación o autolesión no suicida y los comportamientos de riesgo anormales.^{9,25} En nuestro trabajo, cuatro adolescentes presentaron autolesiones, y dos, intento de suicidio.

El relato de abuso sexual siempre debe ser escuchado y validado, no por el examen físico sino junto con otros indicadores y por profesionales idóneos.¹⁴ En nuestro estudio se constató un elevado porcentaje de relatos registrados (53.4% de la muestra). La literatura describe que existen múltiples mecanismos de coerción por los cuales las personas tienen dificultades para revelar el hecho abusivo. Los NNyA víctimas, con frecuencia callan por miedo, amenazas, dependencia, culpa, impotencia, desvalimiento o vergüenza. Suelen experimentar un trauma peculiar y característico de este tipo de abusos: se sienten cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados. En otras oportunidades, el relato es desestimado por los adultos protectores, lo que representa un factor de vulnerabilidad extrema.^{10,14} En el informe de UNICEF "Ocultos a plena luz", siete de cada 10 niñas y adolescentes de 15 a 19 años que mencionaron haber sido objeto de violencia física o sexual también dijeron que nunca se lo habían contado a nadie ni habían buscado ayuda.²⁷

Resulta pertinente aclarar que cuando el relato de la situación abusiva ya había sido expresado frente a otros profesionales, desde Ginecología se evitó el reinterrogatorio y se obtuvo la información a través de reuniones interdisciplinarias, de manera de evitar la revictimización de la paciente.

Habitualmente los agresores (cerca de 80% de las veces) son del ámbito familiar o conocidos por el/la menor.¹³ En la mayor parte de los casos judicializados, los abusos son cometidos por conocidos y familiares, que acceden con facilidad al niño y aprovechan la confianza nacida en la convivencia. Suelen reiterarse en el tiempo, durante meses e incluso años, antes de ser descubiertos. Generalmente, quienes cometen actos de abuso sexual pertenecen al sexo masculino, aunque también existe una proporción minoritaria de mujeres agresoras, que se diferencian de los varones por su falta de empleo de violencia física.⁵

Según nuestra casuística, 100 de los 132 (75.8) casos en los que hubo relato, fueron cometidos por familia de la víctima, ya sea consanguíneo o pariente político, cifra que concuerda con la bibliografía analizada.

Finalmente, con respecto a la denuncia, es importante tener en cuenta el cambio de legislación que hubo en 2018. Se aprobó la Ley 27455, que modifica el Código Penal, por la cual el abuso sexual infantil pasa a ser un delito de instancia pública. Al ser un delito de instancia pública, el Estado deberá investigar de oficio cualquier caso de abuso sexual contra NNyA. Lo que se denuncia es la sospecha del hecho. En el marco del abordaje interdisciplinario, se explica a la familia la importancia de que realice la denuncia y se orienta a cómo y dónde hacerlo. Si se niegan y tampoco hay un responsable legal del menor o cuando el "posible agresor" es uno de sus responsables, o si existirían intereses contrapuestos, el primer profesional que toma conocimiento del hecho debe realizar la denuncia. Estos agentes están obligados por ley a efectuar la denuncia ante la Justicia (Ley 27455).⁵ En nuestro trabajo, el profesional de la salud debió realizar la denuncia sólo en el 4.2% de los casos. Cabe destacar que el 4.8% de las denuncias llevadas a cabo fueron motivadas por maltrato infantil y no por la sospecha de abuso sexual.

CONSIDERACIONES FINALES

Podemos concluir que los casos sospechosos de ASIJ se presentaron en el hospital con motivos de consulta diversos. La prevalencia fue mayor en niñas *versus* adolescentes. En la mayoría de los casos, el examen físico fue normal. Se detectó una elevada prevalencia de ITS en niñas, con un 22.2% del total, y un 5.8% de las adolescentes sin inicio de relaciones sexuales. Asimismo, se registró relato de ASIJ en más de la mitad de la muestra; en su mayoría había sido perpetrado por personas del núcleo familiar.

La valoración interdisciplinaria se realizó mediante intervenciones proactivas en la protección de las NyA, como internación, denuncias y presentación de informes frente a organismos de protección de los derechos de NNyA. Consideramos que la importancia de un trabajo articulado interdisciplinario e interinstitucional es el mejor de los abordajes.

Por otra parte, una escucha activa con la jerarquización del relato y el resguardo de la salud de los NNyA son el primer paso en la reparación del daño producido sobre ellos. Este trabajo puede contribuir a la sensibilización y motivación de los profesionales de la salud sobre su papel en la detección, la asistencia y el seguimiento de estas situaciones.

ANEXO

Tabla 1. Clasificación de los hallazgos en el examen físico g \acute{e} nito-anal en relaci3n con el ASIJ.

Categorías	Hallazgos
Categoría/Clase 1: Sin datos de ASIJ	Examen genital normal
Categoría/Clase 2: Hallazgos inespecíficos (abuso posible)	<p>En zona vulvar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulvitis • Lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal • Fisuras en piel • Abrasiones en la horquilla vulvar • Coalescencia de labios menores • Secreción o flujo vaginal • Condilomas en ni\acute{n}a menor de dos a\acute{n}os <p>En regi3n anal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperpigmentaci3n o eritema perianal • Apéndices cutáneos perianales • Disminuci3n de los pliegues perianales • Congesti3n venosa • Fisuras anales • Dilataci3n anal con materia fecal en la ampolla rectal
Categoría/Clase 3: Hallazgos específcos (abuso probable)	<p>Uno o m\acute{a}s de los siguientes signos</p> <p>En regi3n vulvar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desgarros recientes o cicatrizales del himen • Aumento del diámetro del orificio himenal para la edad • Desgarro de la mucosa vaginal • Marcas de dientes u otros signos traumáticos (laceraciones, equimosis) • Gérmenes de transmisi3n sexual • Condilomas en ni\acute{n}as/os mayores de dos a\acute{n}os <p>En la zona anal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desgarros superficiales o profundos • Cicatrices o tunelización • Laxitud del esfínter anal • Condilomas • Gérmenes de transmisi3n sexual (descartando los correspondientes a clase 4) • Dilataci3n anal mayor de 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal
Categoría/Clase 4: Hallazgos de certeza	<ul style="list-style-type: none"> • Espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la ni\acute{n}a o adolescente • Embarazo (por coito no consensuado) • Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante (laceraci3n himenal hasta la base o “hendidura completa”) • Gérmenes de transmisi3n sexual: cultivos positivos para <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, serología positiva para sífilis o para VIH (descartada la transmisi3n vertical) • Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el abuso sexual • Confesi3n del supuesto agresor de los hechos que describe

Fuente: Protocolo contra la violencia sexual, CABA, 2008.¹⁹

Tabla 2. Enfoque actualizado para la interpretaci3n de hallazgos m \acute{e} dicos en ni \acute{n} os sospechados de ser v \acute{i} ctimas de abuso sexual.

Hallazgos al examen físico	Infecciones	Certeza de abuso sexual
<ol style="list-style-type: none"> 1. Normales 2. Comúnmente causados por afecciones m\acute{e}dicas distintas de trauma o contacto sexual 3. Debidos a otros cuadros que pueden confundirse con abuso y otros en los que no hay consenso de expertos 4. Causados por trauma y altamente sugestivos de abuso <ul style="list-style-type: none"> • Agudos • Residuales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No relacionadas con el contacto sexual 2. Pueden transmitirse por transmisi3n no sexual y sexual. La interpretaci3n de estas infecciones puede requerir informaci3n adicional 3. Causadas por el contacto sexual, si se confirman utilizando las pruebas adecuadas, y la transmisi3n perinatal se ha descartado 	<p>Embarazo</p> <p>Semen identificado en muestras forenses tomadas directamente del cuerpo de un ni\acute{n}o</p>

Adaptado: Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018.

Tabla 3. Asociación de una ITS confirmada con abuso sexual y conducta sugerida.

ITS confirmada	Abuso sexual	Acción sugerida
Gonorrea (a)	Diagnóstico (b)	Reportar (c)
Sífilis (a)	Diagnóstico	Reportar
VIH (d)	Diagnóstico	Reportar
<i>C. trachomatis</i>	Diagnóstico (b)	Reportar
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Alta sospecha	Reportar
Condilomas acuminados (verrugas ano-genitales) (a)	Sospechoso	Reportar
Herpes simplex (genitales)	Sospechoso	Reportar (e)
Vaginosis bacteriana	No concluyentes	Seguimiento médico

a- Descartada la transmisión perinatal y si descarta la transmisión vertical no sexual.

b- A pesar de que el cultivo es el método de referencia (*gold standard*), se está investigando el uso de amplificación de ácidos nucleicos como método diagnóstico en niños.

c- Al organismo de la comunidad que reciba los reportes de abuso.

d- Descartada la transmisión perinatal o por transfusión.

e- A menos que exista un claro antecedente de inoculación.

Fuente: American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for evaluation of sexual abuse. Pediatrics 87:254, 1991.²⁸

Tabla 4. Profilaxis posexposición.

ITS confirmada	Acción sugerida
Niñas prepúberes	Se desalienta por los CDC debido a la baja prevalencia de este grupo luego de situación de abuso, y la menor probabilidad de infección ascendente en niñas versus mujeres adolescentes o adultas Según el protocolo hospitalario actualizado a 2019, al considerar profilaxis posexposición (PPE) contra VIH y otras ITS, el equipo de salud deberá contemplar si puede ser tratada dentro de las 72 horas, y si hubiera violación, es decir, penetración confirmada ^{14,29}
Adolescentes	Profilaxis antibiótica empírica frente a gonococia, clamidiasis y tricomoniasis (ceftriaxona 250 mg IM más azitromicina 1 g oral más metronidazol 2 g oral) Profilaxis contra VIH. La transmisión por un solo episodio está descripta, pero la frecuencia es baja (0.1% a 0.2% para sexo vaginal y 0.5% a 3% para relación anal receptiva). La profilaxis debe considerarse y recomendarse de acuerdo con las pautas de profilaxis posexposición al VIH (PPE) de los CDC: cuando hay penetración genital o anal con eyaculación conocida, especialmente si se produjo un trauma o si el paciente tiene una infección genital conocida. Profilaxis contra VHB, antitetánica, vacunación contra el HPV Anticoncepción de emergencia (AE). Se ha descripto un riesgo de 5% de embarazo en caso de violación de mujeres de 12 a 45 años. Por lo que la AE debe ser ofrecida a las mujeres que hayan o puedan haber sido penetradas vaginalmente o a quienes crean que el producto de la eyaculación ha estado en contacto con sus genitales dentro de las 120 horas del ataque. ^{9,12}

Elaboración propia.

CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; ITS, infecciones de transmisión sexual; IM, intramuscular; VHB, virus de la hepatitis B; HPV, virus del papiloma humano.

Referencias

- World Health Organization (WHO) Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf;jsessionid=BB43D96A9E15480FDC26BC2DA1CA1E79?squence=1> (consultado 25 de agosto 2020).
- Bagnasco ME, Gelso E, Recio MG. Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Guía de abordaje integral ante situaciones de Violencia Sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes 2015. <https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2016/08/Gu%C3%ADa-ante-situaciones-de-violencia-sexual-hacia-NNyA-MSalud-PBA.pdf> (consultado 25 de agosto 2020).

3. Bianco M, Wachter P, Chiapparrone E y col. Abuso sexual en la infancia: Guía para orientación y recursos disponibles en CABA y provincia de Buenos Aires. 1ª ed. Buenos Aires. Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM- 2015. 88 p. <http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/GuiaASI2015.pdf> (consultado 25 de agosto 2020).
4. UNICEF. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos 2017. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNYa-2016.pdf.
5. Ley N° 27.455 Sancionada el 10 de octubre de 2018. Publicada en el B.O. del 25 oct. 2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27455-315663>.
6. Soubies ME, Muñoz M. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina 2018. Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001284cnt-0000001284cnt-guia-derechos-2018.pdf>(consultado 25 de agosto 2020).
7. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina. Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud / Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: UNICEF, 2019. 56 p. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001539cnt-atencion-menores-15-hoja-ruta.pdf> (consultado 25 de agosto 2020).
8. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Datos y cifras. 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. (consultado 28 de julio 2020).
9. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, AAP Committee on child abuse and neglect, AAP committee on adolescence. Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics* 2017; 139(3): e20164243.
10. Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez OL, Díez Sáez C. Sexually transmitted infections in the context of a sexual assault. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2019; 37(3): 187-194.
11. Chejter S. Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud. 2ª edición 2015. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Dirección Nacional de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual Ministerio de Salud de la Nación Argentina http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_atencion_victimas_violaciones.pdf (consultado 25 de agosto 2020).
12. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(6): 518-526.
13. Chejter S, Isla V. Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional, 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2018. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos_sexuales_y_embarazo_forzado_lineamientos_anexo.pdf(consultado 25 de agosto 2020).
14. Berlinerblau V, Nino M, Viola S. UNICEF. Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2013. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion_Guia_buenas_practicas_web.pdf.
15. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2018 [published correction appears in *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018; 31(6): 655]. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018; 31(3): 225-231. [https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(17\)30542-9/fulltext](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(17)30542-9/fulltext) (consultado 25 de agosto 2020).
16. Shrier LA. Infecciones de transmisión sexual: clamidia, gonorrea, enfermedad inflamatoria pélvica y sífilis. En: Emans SJ, Laufer MR, eds. Emans, Laufer, Goldstein. Ginecología en la infancia y la adolescencia. 6a ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Pp. 325-348.
17. Rahman G, Ocampo D, Rubinstein A, Risso P. Prevalence of vulvovaginitis and relation to physical findings in girls assessed for suspected child sexual abuse. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(5): 390-396. https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primero/2015/AO_Rahman_ingles_anticipo_14-8-15.pdf (consultado 25 de agosto 2020).
18. Lemus J, Eiguchi K. Protocolo de abuso sexual infanto-juvenil. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Resolución 904/2008 - Anexo. Disponible en <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/legislacion/articulo.asp?id=456> (consultado 25 de agosto 2020).
19. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013; 132(2): e558-e567. <https://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558> (consultado 25 de agosto 2020).
20. Daval-Cote M, Liberas S, Tristan A y col. Vulvovaginite à gonocoque chez l'enfant prépubère: infection sexuellement transmissible ou contamination accidentelle? *Arch Pediatr* 2013; 20(1): 37-40.
21. Sinclair KA, Woods CR, Kirse DJ, Sinal SH. Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender, and potential transmission through sexual abuse. *Pediatrics* 2005; 116(4): 815-825.
22. Lewin LC. Sexually transmitted infections in preadolescent children. *J Pediatr Health Care* 2007; 21(3): 153-161.
23. Mouesca JP, Indart de Arza MJ, Stabilito L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infantojuvenil. *Arch Argent Pediatr* 2012; 110(5): 438-444. <https://pdfs.semanticscholar.org/aad9/0ae4af8888dc077fda8eb9bf6f2c036f72bf.pdf> (consultado 25 de agosto 2020).
24. Mouesca JP, Indart de Arza MJ, Stabilito L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infantojuvenil. *Arch Argent Pediatr* 2012; 110(5): 438-444. <https://pdfs.semanticscholar.org/aad9/0ae4af8888dc077fda8eb9bf6f2c036f72bf.pdf> (consultado 25 de agosto 2020).
25. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116(2): 506-512.
26. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 [published correction appears in *MMWR Recomm Rep* 2015; 64(33): 924. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64(RR-03): 1-137. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf> (consultado 25 de agosto 2020).
27. UNICEF Oculitos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Nueva York 2014. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeoculitosbajolaluz.pdf>(consultado 25 de agosto 2020).
28. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1991; 87(2): 254-260. <https://pediatrics.aappublications.org/content/87/2/254.long> (consultado 8 de septiembre 2020).
29. Servicio de Epidemiología e Infectología del Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr Juan P Garrahan. Profilaxis post exposición: laboral, sexual y accidentes punzocortantes en la vía pública. Actualización Diciembre 2019. Disponible en https://www.garrahan.gov.ar/images/intranet/formularios/consentimientos/PPE_2019.pdf (consultado 25 de agosto 2020).

La interrupción voluntaria del embarazo en la población adolescente con acceso a consejería en reducción de riesgos y daños

The termination of pregnancy in adolescent with access to a risk reduction strategy

Mónica Gogna,¹ Laura Cesarato,² Valeria Mulli³

Resumen

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la población adolescente es una cuestión sociosanitaria. En la Argentina, la información es escasa y fragmentada por la clandestinidad en la cual sucede. El objetivo de esta investigación fue conocer la experiencia de un grupo de adolescentes de entre 14 y 21 años que accedieron a consejerías preaborto y posaborto en un hospital privado de la comunidad, y estudiar aspectos relacionados con este evento. Se realizó un estudio exploratorio-analítico, cualitativo, retrospectivo y prospectivo. La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas realizadas por el mismo profesional, sobre la base de trece episodios de interrupción voluntaria del embarazo, alcanzando con ellas un criterio de saturación teórica, lo que significa que en las entrevistas se logran las mismas respuestas, con lo cual el aumento del número de entrevistas no redundaría en una información diferente de la obtenida. La edad promedio al momento de la interrupción del embarazo fue 17,5 años. Conclusiones: Las adolescentes valoraron el respeto por sus decisiones, la información recibida, la posibilidad de conversar, la disposición de las médicas a atenderlas sin turno previo y el acompañamiento recibido. La adquisición del misoprostol es uno de los nudos críticos en el acceso al aborto medicamentoso, ya que la estrategia de reducción de riesgos y daños no incluye su prescripción. Pero, a pesar de ello, fue eficaz en la inmensa mayoría de los casos.

Palabras clave: interrupción voluntaria, embarazo, consejería, reducción de riesgos y daños, misoprostol

Summary

Termination of pregnancy during adolescence is a socio-sanitary issue in Argentina. There is little evidence available about it because it is clandestinely performed. The objective of this study was to describe the experience of a group of teenagers that received pre and post abortion counseling in a private hospital and to analyze other aspects related to that event. This was an exploratory-analytical study, with a retro-prospective and qualitative design. Data was obtained from semistructured interviews performed by the same person. The researcher carried out interviews about thirteen episodes of voluntary termination of pregnancy performed between the ages of 14 and 21 years old, with which the theoretical saturation criterion was reached. The mean age at the moment of the termination of pregnancy was 17.5 years old. The interviews reflect that teenagers value the respect felt for their decisions, the information received, the disposition physicians showed when giving medical assistance without previous appointment, and the support they received. Acquisition of misoprostol was the critical point in the access to medical abortion, mainly because risk and harm reduction programs do not include the prescription of the drug. In most cases the pharmacological termination of pregnancy was effective.

Keywords: termination, pregnancy, adolescent, counseling, misoprostol

INTRODUCCIÓN

El aborto en la adolescencia es una cuestión sociosanitaria sobre la que, en la Argentina, existe información escasa y fragmentada. La carencia

de información, común a otros países de la región, es básicamente producto de la clandestinidad y el estigma que tiene esta práctica en contextos legales restrictivos como el nuestro.¹ La estrategia de “reducción de riesgos y daños”, aplicada con éxito en Uruguay antes de la legalización del aborto,² parte de la premisa de que la restricción legal del aborto no lo impide, sino que lo vuelve inseguro y que, por tanto, urge intervenir con estrategias de alto impacto para disminuir el aborto de ries-

Agradecimientos: A M. Orti y M. Zabalza.

1. Doctora en Ciencias Sociales. IIEGE/CONICET.

2. Médica ginecóloga. Jefa de sección Ginecología Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

3. Médica pediatra especialista en adolescencia. Jefa del área de Adolescencia, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

go y sus consecuencias.^{3,4} A pesar de su potencial en términos de reducción de riesgos es poco lo que se sabe acerca de la implementación de esta práctica y sus consecuencias.⁵

OBJETIVOS

Generar conocimiento acerca de la experiencia de un grupo de adolescentes que accedieron a consejerías preaborto y posaborto en un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Conocer cómo la consejería “pre y pos” interrupción del embarazo era percibida y significada por las adolescentes, y cuáles eran los factores que en estos casos habían facilitado u obstaculizado el acceso a un aborto seguro, tal como pretende ese dispositivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio exploratorio-analítico de carácter cualitativo, con un diseño retrospectivo-prospectivo. La técnica de recolección de información fue una entrevista semiestructurada. En ella se indagaron, entre otros aspectos, los motivos que llevaron a la interrupción, el proceso de toma de decisión, el camino recorrido, los factores que facilitaron o dificultaron el acceso a la interrupción y la opinión acerca del papel jugado por la consejería en reducción de riesgos y daños.

Población

A partir de la base de datos de los Servicios de Adolescencia y de Ginecología Infanto-Juvenil se contactó a pacientes que hubieran interrumpido voluntariamente una gestación y asistido a las consejerías preaborto y posaborto antes de los 21 años, y se las invitó a participar del estudio. Se incluyeron también adolescentes que ingresaron con una situación de embarazo no intencional y la decisión de interrumpirlo cuando el protocolo de investigación ya estaba en marcha.

La investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano (CEPI). Como es de rigor en la investigación científica, en las entrevistas se aplicó un consentimiento informado.

Se realizaron entrevistas a adolescentes de entre 14 y 21 años; el promedio de edad al momento de la IVE fue de 17 años. El número de entrevistas fue de 13 con 11 pacientes mujeres (dos de ellas tuvieron dos episodios de interrupción), y tres

entrevistas en varones, parejas de las chicas en cuestión que accedieron a la entrevista personal.

El número total de chicas registradas fue de 19, aunque cinco se negaron a la entrevista y tres cancelaron a último momento, con lo cual, el número final de entrevista fue de 11 mujeres (dos de ellas registraron dos episodios) y tres varones (parejas de las chicas en cuestión), 14 en total. Las entrevistas se realizaron entre junio de 2018 y septiembre de 2019. La edad promedio al momento de la IVE fue 17.5 años.

Las variables más significativas estudiadas fueron: la reacción ante el embarazo y la toma de decisión, la consulta inicial, la primera ecografía, el acceso al misoprostol, el procedimiento, la ecografía de control, la anticoncepción posaborto y la participación de los varones cogestantes.

Los encuentros tuvieron lugar en una sala para garantizar su privacidad, con una duración promedio de 38 minutos. En dos casos, las entrevistas se realizaron en la sede de un centro de investigación social adscrito al CONICET.

Las entrevistas fueron individuales, a excepción de una adolescente de 14 años que prefirió que su madre estuviera presente. La Dra. Gogna fue la encargada de su realización, su grabación/transcripción, y el ordenamiento y análisis del material cualitativo, garantizando de este modo el anonimato.

RESULTADOS

En términos del perfil sociodemográfico, se entrevistaron 14 adolescentes (11 mujeres y tres parejas cogestantes), la edad fue de entre 14 y 21 años, con una edad promedio de 17 años. Con excepción de dos entrevistadas que conviven con sus parejas, el resto son solteras. Al momento de la entrevista, seis entrevistadas estudiaban y trabajaban (en general a tiempo parcial en comercios familiares o tareas administrativas), dos sólo trabajaban y tres sólo estudiaban. Cinco entrevistadas fueron a escuelas públicas, cinco a escuelas católicas y una a una escuela privada laica. Dos entrevistadas se definieron como católicas y una como judía. La gran mayoría manifestó no profesar actualmente ninguna religión. Asimismo, indicaron estar disconformes con la educación sexual recibida, particularmente quienes asistieron a escuelas católicas. Respecto de los varones entrevistados, los tres vivían con sus familias de origen. Uno de ellos (26 años) trabajaba y estudiaba, y los

otros dos (20 y 21 años) estudiaban. Sólo uno de ellos se reconoció como una persona religiosa.

El tiempo transcurrido entre la interrupción del embarazo y la entrevista fue variable: cuatro embarazos habían sido interrumpidos recientemente (menos de tres meses) y otros cuatro hacía un año, uno hacía dos años, en otros dos casos habían transcurrido tres años, y en otros dos, cuatro años o más (Tabla 1).

Tabla 1. Número de embarazos y tiempo transcurrido desde la IVE.

Nº embarazos	Tiempo transcurrido desde la IVE
4	< 3 meses
4	1 año
1	2 años
2	3 años
2	4 años

IVE, interrupción voluntaria del embarazo.

La gran mayoría de los procedimientos fueron exitosos. Sólo dos entrevistadas debieron completar el aborto mediante el procedimiento de aspiración manual endouterina.

Reacción ante el embarazo y toma de decisión

En general, los embarazos se produjeron en relaciones de noviazgo y pueden atribuirse a dificultades en el uso sistemático y adecuado del preservativo y la píldora anticonceptiva (los métodos con los que se cuidaron todas hasta el momento del embarazo). Algunas entrevistadas manifestaron rechazo al uso de hormonas basado en argumentos de tipo "naturalista" o estéticos, y dos entrevistadas reportaron problemas de accesibilidad (una manifestó haber tenido dudas sobre cómo tomarlas y otra desconocía que eran gratuitas). La mayoría conocía la anticoncepción hormonal de emergencia y la había utilizado en varias ocasiones, y la minoría expresó opiniones críticas o temores respecto de su uso.

La noticia del embarazo generó reacciones diversas. Aproximadamente la mitad de las entrevistadas estaban decididas a interrumpir la gestación desde el inicio, ya fuera porque el embarazo interfería con sus planes (viajar, estudiar), porque sentían que no tenían los recursos necesarios para hacerse cargo de un hijo, o por ambos motivos.

"No era momento. No estaba preparada. Estaba estudiando, no estaba en pareja, estaba planeando «el viaje de mi vida» (un año por América latina)" (IVE apenas cumplidos los 20 años).

"Éramos muy chicos. Yo me estaba educando a mí misma y no podía educar a otra persona. Se me complicaba mucho. No me sentía preparada y no tenía los recursos para hacerme cargo de un hijo" (IVE a los 16).

Un par de entrevistadas justificaron la decisión argumentando que no querían tener un hijo con un varón que tenía ciertas características que no lo hacían aceptable como pareja/padre. Para el resto, la reacción inicial frente a la noticia no fue el rechazo sino la aceptación o una cierta ambivalencia.

"Al principio yo lo quería tener, no sé por qué. Estaba en shock, ni feliz ni triste. Ya no me importaba nada, el futuro, en ese momento. No sé, estaba loca. Y mi novio también lo quería tener" (IVE a los 18).

"Al principio dudaba. No lo quiero, pero me daba cosita. Siempre fue él «no lo quiero». Quería terminar el colegio, estudiar. Él sabía que no quería. Si yo lo tenía le iba a cagar la carrera" (IVE a los 16).

Luego, todas tomaron la decisión de interrumpir la gestación. En algunos casos, la presión familiar o de la pareja parece haber inclinado la balanza hacia la decisión de abortar. También podría suceder que se tratara de responsabilizar a un tercero (generalmente la pareja) por la decisión, porque ellas *"viven una lucha interna entre un aspecto de sí mismas que no quiere –o no puede– y otro que la condena por el no deseo"*.⁶ De hecho, las dos adolescentes que al decidir abortar lo hicieron desde la duda, fueron las que luego manifestaron mayor malestar subjetivo.

Las actitudes iniciales de las madres fueron mayoritariamente de respeto a la autonomía de decisión de la hija y el acompañamiento. No obstante, en unos pocos casos se informaron presiones, sobre todo para que abortaran. Cabe destacar que un pequeño número de entrevistadas indicó que su padre no se había enterado de lo ocurrido, lo que no sucedió en el caso de las madres.

"Al principio no se me había cruzado la idea de interrumpir. Mi mamá fue de hecho la primera que insistió para que yo interrumpa y me negué. Que era muy chica, que no terminaba todavía el colegio, que tampoco le gustaba este chico como para que yo esté embarazada y que quería que me lo sacara" (IVE a los 18).

La consulta inicial

Tras confirmar el embarazo con una prueba de farmacia, a mayoría llamó a “su” médica, quien la citó a la brevedad, les informaron las alternativas y les explicaron en qué consistía el aborto con medicamentos y que era necesario un control posterior.

A pesar de las restricciones que derivan del contexto legal, desde el primer contacto, la consulta tiene un efecto tranquilizador. Las adolescentes, quienes generalmente acuden nerviosas y asustadas a esa primera consulta, encuentran en la consejería opciones y la reducción de riesgos y daños, tanto información sobre el procedimiento como contención y apoyo.

Según se desprende de los testimonios, las adolescentes valoran el respeto por sus decisiones, la información recibida, la posibilidad de conversar, la disposición de las médicas a atenderlas sin turno previo y el acompañamiento. A su vez, expresiones como *“hablar en código”*, *“ser precavida en tus palabras”* o preguntar *“cuánto había menstruado”* ponen de manifiesto que, producto de la legislación restrictiva, muchos profesionales pueden sentir que están interviniendo en el límite y sin respaldo jurídico.⁶

“Por suerte la vi a la doctora el mismo día. Me dio las dos opciones. Me sentí muy cómoda. Una figura muy importante. Siempre que la necesité estuvo para mí, me decía no saques turno, vení a verme. Me sentí muy acompañada por ella” (IVE a los 16).

De hecho, algunas profesionales parecen sentirse más cómodas que otras con la estrategia de reducción de riesgos y daños. Fueron minoría los casos en los que se enfatizó la “ilegalidad” del aborto, lo que incrementa la culpa, el miedo y la dificultad de hablar acerca de lo que les está ocurriendo.^{7,8}

La primera ecografía

Las ecografías suelen ser un momento de tensión para la mayoría de las entrevistadas, tanto por lo que supone ver las imágenes y escuchar los latidos como por las manifestaciones que hacen algunos profesionales que tienden a presuponer que todo embarazo es bienvenido. En las historias recogidas, se observaron actitudes diversas de parte de los profesionales intervinientes, varones o mujeres. En ocasiones las médicas advierten a sus pacientes que la persona que rea-

liza la ecografía puede llegar a felicitarlas, lo que ciertamente ocurrió en varios casos.

“En la primera ecografía me felicitaron. ¡Son gemelos! Me puso la pantalla. Es duro para una” (IVE a los 20 recién cumplidos).

En otros, las entrevistadas expresaron que quienes realizaron las ecografías se manifestaron a favor de la continuidad del embarazo.

Acerca del misoprostol

El conocimiento previo acerca de la existencia del misoprostol era bastante generalizado entre las entrevistadas, quienes en muchos casos recurrieron a internet como fuente de información no bien constataron que estaban embarazadas. La adquisición del misoprostol es uno de los nudos críticos en el acceso al aborto con medicamentos, ya que la estrategia de reducción de riesgos y daños no incluye la entrega de la receta. En la mayoría de los casos, las entrevistadas lograron adquirir el misoprostol sin receta en farmacias conocidas. La compra, generalmente a cargo de las madres, no estuvo exenta de algún grado de tensión e incertidumbre. La minoría, que no disponía del dinero para adquirir el misoprostol, recurrió a centros de salud del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en los que se realizan interrupciones legales del embarazo (ILE) enmarcándolas en la causal salud integral.

“Le dijeron de una farmacia que las vendía, pero en un lugar no muy seguro digamos y mi abuela se arriesgó y fue” (IVE a los 18).

El resto consiguió el misoprostol por internet. En algunos casos, recibieron el medicamento en su casa (*“era como una moto, un delivery”*) y en otros pactaron un encuentro con el vendedor en un lugar público (un supermercado, una plaza). Una de las entrevistadas consideró que conseguir las pastillas fue *“una odisea”* y relató que su novio decidió cambiar su foto de perfil de WhatsApp para evitar ser identificado. En el único caso en que se proveyó la receta por considerar que el procedimiento encuadraba como ILE, la madre adquirió el misoprostol en una farmacia de una conocida cadena con descuento por su obra social.

El procedimiento

La mayoría de las entrevistadas realizó el procedimiento por vía vaginal en la casa y durante

la noche, acompañada de familiares y, en algún caso, de una amiga o el novio. Sólo la entrevistada de 24 años optó por la vía oral, que le “*permitía seguir en movimiento por el nene*” (tiene un hijo de 8 años). Lo hizo acompañada de una amiga que les preparó la comida y se ocupó de cuidar al niño.

Para la minoría de las entrevistadas la experiencia se asemejó, en cierta manera, a una menstruación fuerte, que algunas reportan es la forma en que les fue descrita en la consejería.

“Yo lo sentí como una menstruación más, no me causó mucho impacto, no vi una forma. Lo más grande que vi fue un coágulo como mucho de medio centímetro” (IVE a los 16).

La mayoría informó haber tenido dolores muy fuertes, mareos, náuseas y sangrado intenso o prolongado en el tiempo.

“Yo tuve dolores por tres semanas, casi cuatro, muy fuertes.” (¿Sentías que habías expulsado?) *“Sí, coágulos muy importantes. Yo no soy de que me baje mucho. Y esto fue muy abundante y por un mes y medio”* (IVE a los 18).

Los relatos coinciden con lo informado por otros estudios en el sentido de que la expulsión es considerada un evento desagradable debido a las reacciones físicas que incluye: sudor, calambres, dolor abdominal, sangrado, dolor de cabeza, diarrea. El cuerpo se hace presente en toda su materialidad, actuando, de alguna manera, “por su cuenta”, bajo la mirada atenta de las adolescentes.⁹

“Estaba de 10 semanas... Me dio desesperación de agarrar del inodoro a ver si podía ver algo. Manché todo, el baño... Tenía mucho miedo a morirme. Esta vez fue todo peor. Miedo a la muerte, que se van a enterar... horrible” (IVE a los 20).

Quienes expresaron menor satisfacción con el procedimiento o sentimientos de angustia y pesar fueron las entrevistadas que tuvieron que repetirlo, recurrir a la aspiración manual endouterina (AMEU), o que estaban muy ambivalentes respecto de la decisión de interrumpir o en “contra del aborto”.

“El bebé estaba muerto, pero no lo saqué, no lo expulsé. Lo volví a hacer. Me dolió un montón. Terminé de expulsar en el baño del colegio. Estuve con pérdidas un mes. Me sentí muy mal. Dolor de cabeza. Quería vomitar. Mucha ansiedad” (IVE a los 16).

Otra entrevistada también señaló que tenía miedo por todo lo que dicen, y que si por la cantidad

de semanas de embarazo no hubiese podido hacer un aborto con medicamentos cree que no hubiera abortado “por miedo”. Algunas entrevistadas también manifestaron temor a que el cuerpo quedase dañado para futuros embarazos deseados.¹⁰

“Yo pensaba que me iba a quedar estéril. Busqué todo por internet” (IVE a los 16).

La ecografía de control

En los relatos de nuestras entrevistadas, la ecografía de control no presenta mayores dificultades cuando el procedimiento ha sido exitoso, mientras que cuando no lo fue, en cambio, la ecografía de control puede ser muy perturbadora.

“En la segunda sí, en la post, me preguntaron, porque no encontraba nada me preguntó si había interrumpido. Mi mamá dijo que sí. Bueno ya está, ahora a cuidarse, me dijo” (IVE a los 17).

“Cuando escuché los latidos, un caos. Estaba acompañada, pero estaba sola. Estaba de nuevo ahí. Llorar todas las noches. Soñar, era terrible. Era muy fuerte para mí. Lo que fue una locura fue venir acá y explicar por qué me hacía una ecografía. Me salían felicitando. Me dieron vuelta la pantalla... No lo querés tener, pero no sos un ser insensible. Nos dijeron «miren que está todo bien». Emocionalmente no daba más” (IVE a los 21, terminó en AMEU).

Anticoncepción posaborto

La mayoría de las entrevistadas decidió continuar con la píldora anticonceptiva (método que antes había fallado), al que en un caso se sumó también el preservativo. Dos entrevistadas optaron por el dispositivo intrauterino (DIU) y una, la de menor edad, por el implante. La minoría indicó que no estaba usando un método anticonceptivo al momento de la entrevista. Las razones argumentadas fueron que no estaba teniendo relaciones sexuales y que no había podido ir todavía al centro de salud, que le quedaba distante de la casa, a colocarse el implante.

La participación de los varones cogestantes

La mayoría de las entrevistadas reportó que la interrupción del embarazo fue una decisión personal e independiente de las preferencias de los cogestantes (tres de los cuales se inclinaban por la continuidad). En dos casos se informó haber “consultado al varón” o que se trató, de alguna for-

ma, de una “*decisión compartida*”. En otros dos, la preferencia del varón por el aborto parece haber tenido una influencia decisiva en la determinación (uno de ellos amenazó con terminar la relación si el embarazo continuaba), aunque las entrevistadas no se arrepintieron luego de la decisión que habían tomado.

Con excepción del novio de la niña de 14 años (de su misma edad), los varones –ya fueran novios o parejas circunstanciales– tuvieron algún tipo de presencia a lo largo del proceso (acompañar a ecografías, comprar el misoprostol, estar presentes durante el procedimiento).

“Me ha acompañado algunas veces al hospital, a hacerme la ecografía, un control. Bastante bien” (IVE a los 16).

“Siempre estuvo en las ecografías, todo. No en mi casa, pero atento a todo. Por miedo. Se portó bastante bien” (IVE a los 16).

Algunos relatos pusieron de manifiesto que las circunstancias que rodearon a la interrupción del embarazo no estuvieron exentas de tensiones y conflictos. Entre ellas, falta de empatía, incapacidad para asumir la responsabilidad o inclusive ruptura de la confidencialidad en un contexto que aún estigmatiza a quienes recurren a esta práctica.

“Ese día lo llamé a él, antes de hablar con mi mamá. Fue raro porque él tenía un evento importante esa semana y me dijo: «justo ahora». «Y justo ahora estoy embarazada” (con ironía) (IVE a los 17).

“Me hubiera gustado cerrar este tema con él. Pero no lo quiere hablar. Yo le dije: «nosotros dos abortamos» y él me dijo: «no, no, vos abortaste». “Está bien”. “Y después me dijo que tenía razón” (IVE a los 16).

Estos testimonios sugieren que, más allá de los cambios evidentes en las relaciones de género en el sentido de una mayor equidad, la manera en que es vivido el embarazo no intencional y su resolución tiene efectos claramente diferentes para unas y otros. A pesar de que ahora el aborto se realiza con medicamentos y disponiendo de información y contención, hay un lugar de irremediable soledad en las decisiones reproductivas de las mujeres en tanto es un solo cuerpo el que se hace cargo de todos los efectos de la unión de dos sujetos.¹¹ Varias adolescentes manifestaron haber experimentado sentimientos de soledad, a pesar de estar acompañadas por sus madres, amigas o parejas y de sentir que contaban con el apoyo de “su médica”.

Si bien algunas entrevistadas reconocieron que por su condición de clase pueden considerarse “privilegiadas”, una mayoría coincidió en que la legalización del aborto beneficiaría a todas las mujeres y no sólo a las de menores recursos: facilitaría el acceso al misoprostol, no habría dudas sobre la calidad de la droga, disminuirían el temor al estigma y a la discriminación.

DISCUSIÓN

La investigación de López Gómez y Couto⁵ distinguió tres tipos de asesoramiento coexistentes y que denominaron: formal-instrumental (apegado a la norma, con bajo involucramiento profesional); médico-normativo (interpretación restrictiva del texto de la norma, de tipo dependiente técnico-moral y basada en una concepción de género que considera la reproducción y la maternidad como acto natural) y, finalmente, integral-implicado (interpretación amplia de la norma en clave de respeto por el derecho a la decisión de la mujer, con un alto involucramiento profesional).

Podría decirse que el tipo de asesoramiento que se da en el hospital en el que se realizó este estudio se acerca al “integral-implicado”. Si bien la interpretación de la norma no es amplia (el riesgo para la salud no es entendido en sentido integral: físico, emocional o social), existe respeto por la decisión de la mujer y un alto involucramiento profesional, ya que no sólo se brinda información, sino que se acompaña en la toma de la decisión.

Como en otros estudios acerca del aborto con medicamentos, nuestra investigación muestra que las adolescentes que se atienden en el hospital no estuvieron expuestas a prácticas inseguras desde el punto de vista biomédico. De hecho, el aborto con medicamentos fue eficaz en la inmensa mayoría de los casos. Asimismo, resultó evidente que las usuarias valoraran muy positivamente la consejería y el acompañamiento recibidos. Transitar la experiencia de la interrupción del embarazo con el apoyo de médicas a las que conocen y en quienes confían luego de muchos años de relación, contribuye a disminuir temores y ansiedades. Las mayores limitaciones experimentadas tuvieron que ver con el acceso al misoprostol (aun cuando el costo no significaba un obstáculo).

Otras dificultades mencionadas por algunas adolescentes fueron el dolor (en algunos casos manifestaron que no se les había indicado anal-

gésicos), la incertidumbre o confusión frente al proceso y la dificultad para contactar a la médica durante el fin de semana. Por otra parte, un número no menor de pacientes recibió comentarios inapropiados de profesionales que se oponen a la interrupción voluntaria de la gestación y manifestaron su opinión en diversas instancias de la atención médica. Es evidente que en el itinerario que se recorre se puede encontrar profesionales más o menos "amigables". Algunas jóvenes espontáneamente compararon el trato respetuoso que les brindaron las médicas con el de otros integrantes del equipo de salud (ecografistas, personal de guardia, administrativos).

CONCLUSIONES

La reducción de riesgos y daños fue valorada por las adolescentes y el hospital podría optar por incluir más profesionales en dicha estrategia, que es llevada a cabo por un pequeño número de médicas y ecografistas comprometidos.

La limitación de la estrategia sigue siendo el acceso al misoprostol, que se modificará con la aprobación de una ley de aborto legal.

COMENTARIOS

La disconformidad en la educación sexual, sobre todo de escuelas católicas, debería ser contemplada; creemos que independientemente de

la fe que se profese, la educación y el conocimiento deberían estar por encima de todo credo.

Los mitos que continúan circulando contra el uso de las pastillas anticonceptivas deben ser aclarados con conocimiento. Lamentablemente, estos no son sólo creencias populares, sino que se replican también en el ámbito médico, para lo cual se debe trabajar con capacitación para los profesionales. La imposibilidad de sostener un doble método es un tema por demás complejo que es necesario seguir sosteniendo en los adolescentes.

El desconocimiento de la gratuidad de las pastillas es un tema casi inaceptable después de tantos años de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable; sin embargo, no todas las coberturas médicas lo reconocen.

Si bien las actitudes de las madres fueron de respeto a la decisión de sus hijas, algunas refieren haber sentido presión de su familia o su pareja para interrumpir el embarazo. La consulta inicial con su médica y el ser escuchada y respetada es un factor tranquilizador para la paciente.

Mientras sigamos con un marco legal restrictivo, se debe fortalecer la estrategia de reducción de riesgos y daños y difundir sus logros en términos de salud integral, ya que contribuye a evitar la morbimortalidad, así como la alteración de la salud psíquica y emocional, e incrementa las oportunidades de vida.

Referencias

- World Health Organization (WHO) Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf;jsessionid=BB43D96A9E15480FDC26BC2DA1CA1E79?ssequence=1> (consultado 25 de agosto 2020).
- Bagnasco ME, Gelsó E, Recio MG. Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Guía de abordaje integral ante situaciones de Violencia Sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes 2015. <https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2016/08/Gu%C3%ADa-ante-situaciones-de-violencia-sexual-hacia-NNyA-MSalud-PBA.pdf> (consultado 25 de agosto 2020).
- Ramos S. Investigación sobre aborto en América latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas. CEDES-Population Council-Promsex. Estud Demogr Urbanos 2016; 31(3).
- Ramos L, Pons E. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 95: 221-226.
- Romero M, Zamberlin N, Gianni MC. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. Salud Colectiva 2010; 6(1): 21-25.
- Zamberlin N, Vázquez S, Real P y col. Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no deseado (FUSA/IPPF/CLACAI) 2012; 1-73.
- López Gómez A, Couto M. Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. Descentrada. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación 2017; 1(2).
- Carril Berro E, López Gómez A. Entre el alivio y el dolor: mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Cap II, pág. 40, Ediciones Trilce; 2008.
- Gutiérrez MA, Vázquez S, Calandra N y col. El aborto en la adolescencia: investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. En: Checa S (comp.). Entre el derecho y la necesidad: realidades y coyunturas del aborto. Editorial Paidós; 2006.
- Dosso D. Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. En: Perspectivas Bioéticas 2013; 34(18): 75-93.
- Amuchástegui A. Body and embodiment in the experience of abortion for Mexican women: the sexual body, the fertile body, and the body of abortion. En: Gender, Sexuality&Feminism 2013; 1(1): 1-17.
- Fernández AM, Tajer D. Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres.

- En: Checa S (comp.) Entre el derecho y la necesidad: realidades y coyunturas del aborto. Editorial Paidós; 2005. Pp. 2-19.
11. Rosemberg M. Las mujeres como sujetos... De las elecciones reproductivas, las condiciones de las mismas y los derechos

que las garantizan, la libertad de tomarlas. En AAVV, Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y reproductivos, Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos; 1997.

Anexo 1

Guía entrevista mujeres

- Entrevistada (nombre y fecha de nacimiento):
- Fecha y lugar:
- N° entrevista y duración:
- ✓ Para comenzar me gustaría que me cuentes acerca de tu vida actual (con quién vivís, qué hacés, si estás en pareja)
- ✓ Hablemos un poco de tu familia (padres, hermanos, si fue criada en alguna religión, si se considera creyente)
- Escolaridad: último nivel alcanzado y tipo de colegio (público, religioso)
- Cobertura de salud: ¿Te atendés en Italiano por OS/Prepaga? ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- IRS e historia reproductiva
- ¿Podemos hablar un poco de tu iniciación sexual?
- ✓ Con quién (amigo, compañero de colegio, novio, conocido circunstancial, etc.). ¿Cuántos años tenía él? ¿Fue planeada o inesperada? ¿Usaron preservativo/algún anticonceptivo? ¿Cuál? ¿Quién tomó la iniciativa de usarlo?
- Si no usaron método anticonceptivo (MAC). Explorar motivo
- ✓ ¿Continuaste teniendo relaciones? Si continuaron, cuidado en relaciones posteriores, ¿se cuidaron (frecuencia y tipo MAC)? ¿Cuánto tiempo duró esa relación?
- ✓ Explorar cuidado anticonceptivo en parejas posteriores (método y frecuencia uso; obstáculos reportados)
- Embarazos y abortos (espontáneos y/o voluntarios)
- ✓ Ahora quisiera preguntarte por el o los embarazos que tuviste. ¿Comenzando por el primero, a qué edad quedaste embarazada por primera vez? ¿Estabas en pareja? (Si reporta más de uno, recoger información sobre todos)
- ✓ ¿Cómo te sentiste cuándo te enteraste? ¿Qué fue lo primero que pensaste?
- ✓ ¿A quién se lo contaste? ¿Cómo reaccionó esa persona?
- Actitud cogestante
- ✓ ¿Cómo confirmaste que estabas embarazada? (test casero, hospital). Si fue a un centro de salud, indagar si fue acompañada (por quién) y qué te hicieron (test, ecografía).
- ✓ Si manifestó dudas respecto de continuar el embarazo indagar qué le dijeron al respecto y cómo se sintió tratada
- ¿Conocías la anticoncepción de emergencia? ¿La usaste? (sí/no, motivos) ¿Qué pasó?
- ¿Podrías contarme cómo fue ese proceso de tomar la decisión de interrumpir el embarazo?
- Si estaba en pareja: ¿dirías que fue una decisión compartida y por qué? (sí/no)
- ¿Qué fue lo que más pesó en ese momento para tomar la decisión? (espontánea y sino probe: ¿eras muy chica, interrumpía tus proyectos, no querías ser madre sola...?)
- ¿Influyeron otras personas en la decisión? ¿En qué sentido? ¿Te apoyaron? ¿Intentaron disuadirte? ¿Quiénes? Rol del varón
- ¿Qué métodos para interrumpir conocías? ¿Cuál usaste?
- ¿Recibiste información/accompañamiento médico?
- ✓ Explorar: *timing* y consejería en opciones, ecografía previa, indicación dosis y signos de alarma, ecografía pos, asesoramiento anticonceptivo, MAC actual
- Si misoprostol: ¿Cómo lo conseguiste? ¿Quién te ayudó? ¿Dónde te aplicaste las pastillas? ¿Quién te acompañó? ¿Cómo te sentiste?
- ¿Recibiste algún tipo de ayuda económica para realizar el aborto? ¿Quién te ayudó?
- ¿Cómo fue la experiencia? ¿La recomendarías a otras chicas en una situación similar? (por qué sí o no)
- ¿Cuánto tiempo pasó entre que tomaste la decisión y la interrupción del embarazo?
- Para finalizar, ¿cuál es tu opinión acerca del debate social y las movilizaciones por aborto legal, seguro y gratuito? ¿Qué sentimientos/emociones te despiertan?
- ¿Querés agregar algo más respecto de lo que estuvimos conversando? ¡¡¡Gracias!!!

Anexo 2

Guía entrevista varones

- Entrevistado (nombre y fecha de nacimiento):
 - Entrevistadora:
 - Fecha y lugar:
 - N° entrevista y duración:
 - ✓ Para comenzar me gustaría que me cuentes acerca de tu vida actual (con quién vivís, qué hacés, si estás en pareja)
 - ✓ Hablemos un poco de tu familia (padres, hermanos, si fue criado en alguna religión, si se considera creyente)
 - ¿Cuántos años tenés?
 - Escolaridad: último nivel alcanzado y tipo de colegio (¿público, religioso?)
 - Cobertura de salud
 - ¿Tuviste alguna vez clases de educación sexual? ¿Qué opinás de ellas?
 - ¿Cuánto dirías que les preocupa a los varones el embarazo accidental? ¿Se toman precauciones? ¿Difieren según el tipo de relación de pareja?
 - Alguna vez, antes de tu primer embarazo no buscado, ¿pensaste en qué harías si una chica con la que tuviste relaciones quedara embarazada?
 - Y cuando eso sucedió, ¿qué pensaste? ¿Cuál fue tu primera reacción? ¿Podrías verle alguna ventaja a ser padre en ese momento de tu vida? ¿Y desventajas?
 - ¿Con quién compartiste la noticia?
 - ¿Qué pasó después? (sondear grado de participación que tuvo en la decisión de interrumpir el embarazo)
 - ✓ Si dice que él no quería continuar con el embarazo: ¿cuáles fueron tus principales motivaciones para la interrupción?
 - ✓ Si dice que quería continuarlo: ¿qué pasó? ¿Cómo te sentís al respecto?
 - ¿Qué métodos para interrumpir embarazos conocías? ¿Tenías alguna idea respecto de las ventajas y desventajas de los diferentes métodos? ¿Cuáles?
 - Ref. misoprostol (si lo nombra, si no, sondear) ¿Conocías su existencia? ¿Cómo te enteraste?
 - ¿Cómo te sentiste durante el tiempo que llevó desde la noticia a la toma de decisión y el resultado?
 - ¿Qué efectos dirías que tuvo para vos la experiencia del aborto? (sondear: pena, alivio, frustración)
 - ¿Pudiste expresar los sentimientos que te generó la experiencia?
- Querés comentar algo más ¡Muchas gracias!

Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. Consideraciones a tener en cuenta en anticoncepción e interacciones medicamentosas

Contraception and mental health disorders in adolescents. Drug interactions between hormonal contraceptives and psychotropic drugs

Silvina Pradier,¹ Lorena Bozza²

Resumen

Los trastornos psiquiátricos son frecuentes en la adolescencia. Actualmente, la anticoncepción hormonal (AH) es el método anticonceptivo más popular entre las mujeres en edad reproductiva. La medicación psiquiátrica y la AH pueden alterar mutuamente sus respectivos metabolismos y su eficacia clínica, con posibles embarazos no intencionales o mal control de su cuadro psiquiátrico, efectos adversos o toxicidad medicamentosa. Un embarazo no intencional podría ser especialmente preocupante en una paciente epiléptica que toma medicación potencialmente teratogénica. Existe evidencia clínica de que la AH podría aumentar el riesgo de depresión en la población vulnerable, con aumento del uso de psicotrópicos e, incluso, de suicidio entre la población adolescente. Es necesario el conocimiento de las interacciones medicamentosas entre los diversos fármacos y la AH a la hora de indicar un método anticonceptivo. La adolescente con trastornos psiquiátricos merece consideraciones especiales a la hora de la consejería en anticoncepción. Debemos realizar una evaluación biopsicosocial que incluya su condición mental y el estrés ambiental, como también su perfil cultural y psicosocial, de forma tal de identificar a la población vulnerable y asesorarla adecuadamente con respecto al método anticonceptivo.

Palabras clave: anticoncepción, trastornos psiquiátricos, interacciones medicamentosas, depresión, embarazo no intencional, estado de ánimo, suicidio

Summary

Mental health disorders are frequent among the adolescents. Hormonal preparations have become one of the most popular methods used for controlling fertility. Combined oral contraceptives and psychiatric medications can interact bi-directionally, resulting in possible therapeutic failure of either treatment, which may lead to an unintended pregnancy and/or increased seizure activity, adverse effects, or toxicity. Contraceptive failure is particularly critical for women with epilepsy owing to the teratogenic potential of the antiepileptic drugs. There is clinical evidence suggesting that hormonal contraception could worsen mood in women who are susceptible to depression, increase psychotropic drug use and suicide in adolescent girls. Updated knowledge regarding drug interactions is important to provide effective contraception. Adolescents suffering from mental health disorders have special contraceptive needs. We need to carry out a biopsychosocial assessment of the woman, including her mental condition and environmental distress, as part of her psychosocial and cultural profile so as to identify special vulnerable populations and provide a better choice of contraceptive methods.

Keywords: contraception, mental health disorders, drug interactions, depression, unintended pregnancy, mood, suicide

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción hormonal (AH) es el método anticonceptivo más utilizado a nivel mundial, es

una opción anticonceptiva segura y fiable para la gran mayoría de las mujeres y, además, ofrece varios beneficios no anticonceptivos. Todos los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) son eficaces y tienen ventajas y desventajas, pero hay que tener en cuenta varias cuestiones a la hora de seleccionarlos, entre las que podemos mencionar la experiencia y las preferencias de la paciente, sus características clínicas, la cobertura de salud, los posibles beneficios y riesgos, y las po-

1. Ginecóloga especialista en Endocrinología Ginecológica. Jefa de la Sección de Endocrinología Ginecológica y de Reproducción, Hospital Británico de Buenos Aires. Docente adscripta de la Primera Cátedra de Ginecología, Universidad de Buenos Aires. Docente de Ginecología, Universidad Católica Argentina y Universidad Favaloro. Actual Presidenta de AMAdA, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

2. Ginecóloga especialista en Endocrinología Ginecológica. Ginecóloga de la Sección Planificación Familiar, Hospital Italiano de Buenos Aires. Actual tesorera de AMAdA, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

sibles interacciones medicamentosas con algún tratamiento concomitante, entre otras.

La eficacia anticonceptiva puede verse afectada por cambios en la farmacocinética y en la farmacodinamia de los anticonceptivos hormonales y, a la inversa, los AH pueden afectar el metabolismo de otros fármacos. Si bien pueden existir interacciones medicamentosas con múltiples fármacos, como los antirretrovirales, en esta oportunidad nos centraremos principalmente en las interacciones que tienen lugar con los psicofármacos.¹

Por otro lado, es conocido que la incidencia de los trastornos mentales es mayor en las mujeres que en los hombres.² Este exceso de morbilidad psiquiátrica se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres; entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol. El curso de los diversos trastornos, en algunas mujeres, puede también verse afectado por el ciclo menstrual. La fase premenstrual parece revertir una especial vulnerabilidad para el inicio de un episodio depresivo o para el empeoramiento de la sintomatología depresiva; entre el 3% y el 8% de las mujeres en edad reproductiva presentan un trastorno disfórico premenstrual.³

Aproximadamente el 17% de las mujeres experimentan depresión durante su vida, cuya incidencia es mayor durante los años reproductivos, y aún mayor es el número de mujeres que sufren síntomas depresivos. Se ha postulado un papel etiológico hormonal que involucra a los estrógenos y a la progesterona; sin embargo, esta asociación permanece sin ser adecuadamente entendida.⁴

Los anticonceptivos orales combinados (ACO) se asocian con labilidad emocional, ansiedad y depresión en aproximadamente el 16% al 56% de las mujeres. Se estima que un porcentaje menor o igual al 30% de las usuarias abandonan el método debido a efectos adversos psicológicos, la mayoría dentro de los primeros tres meses.⁵

Por último, en las últimas décadas, el uso de los psicofármacos se ha extendido a varias afecciones ginecológicas, como por ejemplo el síndrome disfórico premenstrual, los sofocos en el climaterio o la vulvodinia. Dado que hay un aumento progresivo en el uso de psicofármacos, es cada vez más frecuente que nos encontremos, en nuestra tarea asistencial, ante la realidad de una paciente

que llega a la consulta refiriendo que toma AH, que está embarazada o en período de lactancia.

SALUD MENTAL EN LAS MUJERES

Según datos publicados, una de cada cinco mujeres tiene discapacidad mental, y una de cada diez mujeres presenta una discapacidad significativa.⁶ Como la depresión es tan común en las mujeres, es importante evaluar la salud mental de nuestras pacientes. La pesquiza de una voz triste, expresiones ansiosas, postura letárgica, múltiples cuadros clínicos inespecíficos (p. ej.: dolores inespecíficos en vulva, pelvis o vagina, dolor coital, cefaleas, trastornos gastrointestinales), pueden alertar sobre trastornos depresivos o de ansiedad, así como la transferencia de tristeza o depresión después de haber visto a la paciente. Todos estos parámetros nos tienen que poner en alerta.⁷

El suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años. Los trastornos mentales más frecuentes son las alteraciones del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta y de la atención.⁸ En los Estados Unidos, entre las mujeres de 18 a 34 años es más frecuente la venta de medicación psiquiátrica que la de anticonceptivos.⁸

EFFECTOS DE LA SALUD MENTAL SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN

En la población psiquiátrica se observan con mayor frecuencia comportamientos sexuales no seguros, peor adhesión al método anticonceptivo y, como consecuencia, aumento de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), de embarazo no intencional, con mayor tasa de aborto inducido y peores resultados perinatales, con baja detección y tratamiento de complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el posparto.^{6,7,9,10} Los cambios depresivos son una razón frecuente de abandono del método hormonal.^{10,11}

Entre las consideraciones a tener en cuenta en esta población están la eficacia del método anticonceptivo, la seguridad del método, la adhesión, la posible modificación del cuadro de base por la formulación hormonal y las interacciones medicamentosas.

Por lo mencionado, la anticoncepción puede ser una importante estrategia para mantener y mejorar la salud de esta población y el bienestar personal y de su familia.

EFFECTOS DE LA ANTICONCEPCIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

En las décadas de 1960 y 1970 aparecieron publicaciones que asociaban las altas dosis hormonales de los anticonceptivos orales (etinilestradiol [EE] > 50 µg), con alteración de los neurotransmisores en el sistema nervioso central relacionados con el estado de ánimo.¹² En 1969 se disminuyó la dosis de estrógeno en los anticonceptivos para reducir los riesgos de trombosis venosa, pero la incidencia de depresión o ansiedad y aumento de peso se ha incrementado entre las mujeres jóvenes. En 2014, la encuesta del Servicio Nacional de Salud Mental del Reino Unido halló un 26% de mujeres de 16 a 24 años con trastornos mentales en Inglaterra, en comparación con el 9.1% de los hombres de similar edad.¹³

Posteriormente surgió evidencia clínica controvertida de los AHC de baja dosis (EE ≤ 30 µg), obtenida a partir de revisiones sistemáticas y pequeños estudios prospectivos de cohorte, de los que algunos informaron un efecto beneficioso, y otros, un detrimento del estado de ánimo.¹⁴

El primer estudio que investigó la relación entre las diferentes formulaciones anticonceptivas y el uso de antidepresivos mediante un registro nacional de datos fue el grupo sueco liderado por Wiréhn, con una población de 917 993 mujeres de 16 a 31 años. Encontraron que el uso de antidepresivos era más frecuente en las usuarias de progestágenos solos en todos los grupos etarios, con respecto al grupo de AHC; esta diferencia resultó más pronunciada en el grupo de las más jóvenes.¹⁵

El grupo de Skovlund y colaboradores¹⁶ realizó, en 2016, el primer estudio prospectivo de cohorte que intentó identificar una relación causal entre la AH y los trastornos del estado de ánimo en las mujeres. Se incluyeron 1 061 997 mujeres sin antecedentes psiquiátricos ni enfermedades crónicas, de entre 15 y 34 años, con un seguimiento de 14 años. Hallaron un riesgo significativamente aumentado de padecer depresión entre las usuarias de métodos hormonales, con respecto a las no usuarias. El diagnóstico de depresión o el inicio de tratamiento con antidepresivos aumentó en forma sostenida en los primeros seis meses de iniciada la anticoncepción hormonal, y luego disminuyó lentamente para equipararse a las no usuarias a los cuatro años.¹⁴ De manera notable,

el riesgo para el uso de antidepresivos fue máximo para las adolescentes de entre 15 y 19 años, con un riesgo relativo 1.8 veces mayor que el de las adolescentes no usuarias de AH.¹⁴ Según estos resultados, la depresión tendría lugar en una de cada 95 adolescentes y en una de cada 225 adultas tratadas con AH. Entre las adolescentes, las que utilizaron formulaciones no orales, ya sea de progestágenos solos o combinadas con estrógeno, tuvieron triplicado el riesgo de depresión con respecto a las no usuarias. La medroxiprogesterona de depósito presentó el riesgo más alto de depresión entre todas las formulaciones hormonales, con un riesgo relativo de 2.7 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 2.45 a 2.87).¹⁶

Como las adolescentes son más vulnerables a los factores de riesgo de depresión, se recomienda citarlas para control en los primeros seis meses de iniciada la AH para evaluar el riesgo de depresión en esta población vulnerable.¹⁴

Dado el potencial aumento de depresión, el uso de progestágenos solos y de métodos no orales de AH debe ser cuidadosamente considerado y balanceado contra los posibles beneficios en la población adolescente.¹⁴

DEPRESIÓN Y AH: ¿OTRO ESCÁNDALO CON LA PÍLDORA?

El diagnóstico de depresión es difícil ya que es una enfermedad multifactorial en la que intervienen los genes, los eventos vitales, la angustia y las hormonas. El trabajo de Skovlund y colegas no tenía el diseño ni la información para controlar estos posibles factores de confusión. No sabemos qué pasó cuando las participantes dejaron el tratamiento hormonal y, además, no se excluyeron posibles cambios psicosociales. Tenemos que tener en cuenta que el riesgo absoluto (RA) informado sería bajo: entre las no usuarias de AH, el 1.7% tomó antidepresivos y el 0.28% tuvo diagnóstico de depresión; mientras que entre las usuarias de AH, el 2.2% tomó antidepresivos y el 0.3% tuvo diagnóstico de depresión.¹⁷

La depresión podría estar relacionada con el progestágeno. Habría una interacción compleja y poco clara entre los niveles hormonales y los receptores hormonales cerebrales. El componente estrogénico tiene un efecto de elevación del estado de ánimo, mientras que, al mismo tiempo, reduce los niveles de testosterona libre, lo que po-

dría disminuir el ánimo.¹⁷ El agregado de progesterona al tratamiento hormonal ha demostrado inducir cambios adversos en el estado de ánimo.¹⁸

Entre los posibles mecanismos involucrados se incluye la acción de los metabolitos de la progesterona (pregnanolona y alopregnanolona) sobre el receptor ácido gamma-aminobutírico (GABA), que es el mayor sistema inhibitorio del sistema nervioso central.¹⁹ Por otra parte, los gestágenos exógenos, probablemente en mayor medida que la progesterona endógena, aumentan los niveles de la monoaminoxidasa (MAO), lo que disminuye las concentraciones de serotonina favoreciendo la irritabilidad y la depresión.¹⁶ Otros mecanismos propuestos serían: una deficiencia de piridoxina inducida por estrógenos que resulta en una disminución en los niveles de serotonina y GABA debido a la baja afinidad de las descarboxilasas por el fosfato de piridoxal, y un aumento de la inhibición y supresión de la excitación por glutamato inducido por un incremento en los niveles de GABA mediados por los estrógenos y la progesterona. Debido a que los estrógenos inducen los receptores cerebrales de progesterona, es posible que los estrógenos potencien los efectos de los progestágenos sobre el estado de ánimo. Los efectos positivos sobre el estado de ánimo estarían relacionados con un aumento en los niveles de serotonina por una inhibición estrogénica de la MAO. De hecho, los aumentos en los niveles de estrógeno se relacionan con un incremento en la densidad de receptores de 5-hidroxitriptamina 2A (5-HT_{2A}), expresión de genes para el receptor de 5-HT_{2A} y presencia de ARNm transportador de serotonina.¹¹

Los estudios clínicos indican que las variaciones en los niveles de estrógenos pueden desencadenar episodios depresivos en mujeres vulnerables a la depresión y que las mujeres con depresión mayor tienen niveles de estradiol menores que los controles.¹⁶

Rapkin y colaboradores⁵ demostraron que, en mujeres sanas sin trastornos subyacentes del estado de ánimo o de ansiedad, el uso de AHC de baja dosis no produjo síntomas psicológicos adversos a pesar de la reducción significativa de esteroides neuroactivos, lo que indica que la vulnerabilidad individual a la acción esteroidea en el cerebro es una condición predisponente para efectos adversos, y que en las mujeres sanas las fluctuaciones neuroesteroideas son bien tolera-

das. La vulnerabilidad de las mujeres a los esteroides sexuales endógenos ha sido bien estudiada en el síndrome disfórico premenstrual, en el que se corroboró que los progestágenos pueden empeorar la depresión en mujeres predispuestas. Se cree que los progestágenos neutrales o antiandrogénicos tendrían una acción más favorable que los androgénicos.^{17,20} Una revisión sistemática de Cochrane demostró que la formulación de EE 20 µg asociada con 3 mg de drospirenona fue mejor que el placebo para controlar los síntomas de síndrome disfórico premenstrual grave. Se comprobó mejoría en la productividad, las actividades sociales y las relaciones afectivas.²¹

En 2018, un estudio farmacoepidemiológico, prospectivo, de cohorte, con 800 000 mujeres, realizado en Suecia, investigó el riesgo de utilización de psicotrópicos entre las mujeres de 12 a 30 años sin antecedentes psiquiátricos, usuarias de AH. Observó una asociación entre uso de psicotrópicos y AH entre las adolescentes y no en las adultas.²² Esta correlación fue especialmente pronunciada entre las usuarias de 12 a 14 años, tanto para vías orales como no orales. El riesgo de uso de fármacos psiquiátricos se triplicó con respecto a las no usuarias de medicación hormonal en este subgrupo. Esto habla de una vulnerabilidad especial del sistema nervioso central a los estrógenos y progestágenos en edades ginecológicas tempranas.

Una revisión sistemática de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estadounidenses evaluó la asociación entre uso de AH y depresión posparto. No halló una correlación coherente entre el uso de AH y la depresión posparto.²³

ASOCIACIÓN ENTRE AH Y SUICIDIO

El primer trabajo a gran escala en evaluar la influencia de la AH sobre el intento de suicidio fue el estudio prospectivo de cohorte nacional danés de Skovlund y Lidegaard.²⁴ En él se incluyeron 475 802 mujeres sin antecedentes psiquiátricos ni de uso de antidepresivos, sin uso previo de medicación hormonal, que cumplieron 15 años durante el período estudiado. Hallaron un riesgo aumentado de suicidio entre las usuarias de AH. En comparación con las no usuarias, las usuarias de AH de 15 a 33 años tuvieron un riesgo relativo (RR) de 1.97 (IC 95%: 1.85 a 2.10) de un primer intento de suicidio y de 3.08 (IC 95%: 1.34 a 7.08)

de suicidio. Las mujeres de 15 a 19 años tuvieron duplicado el riesgo de intento de suicidio con respecto a las no usuarias (RR: 2.06; IC 95%: 1.92 a 2.21). El riesgo de suicidio aumentó rápidamente con el inicio del tratamiento hormonal y permaneció por lo menos duplicado a lo largo del primer año de uso, para luego disminuir, pero permanecer un 30% más alto que entre las no usuarias durante más de siete años de uso. No hubo diferencias entre las formulaciones, ni en las dosis de estrógenos.²⁴ Las formulaciones no orales presentaron mayor riesgo en comparación con las orales. El incremento absoluto de casos de intento de suicidio en esta población usuaria de AH de 15 a 34 años sería de 12 casos cada 1 000 000 personas/años, con respecto a lo esperado en la población general.²⁴ Esta información nos obliga a investigar activamente señales directas o indirectas de depresión o vulnerabilidad en las pacientes antes de indicar la AH, a realizar un seguimiento cercano durante el primer año de uso y a indagar acerca del estado de ánimo y las conductas de riesgo.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Los niveles séricos de los AH pueden verse alterados por el uso concomitante de otros agentes, como también los AH pueden alterar los niveles séricos de ciertos fármacos. Por lo tanto, las interacciones medicamentosas siempre se deben tener en cuenta al prescribir AH, ya que podría haber riesgo de fracaso anticonceptivo, otros efectos adversos o toxicidad.^{1,25}

Hace más de 50 años, con la introducción del Enovid© (noretinodrel 10 µg/mestranol 150 µg) se revolucionó la anticoncepción al proveer un control de la natalidad conveniente y seguro. Los informes de interacciones entre los ACO y otros fármacos comenzaron a surgir. Al principio, ocasionales y no vinculantes. El mayor entendimiento de las enzimas del sistema P450 y de las reacciones de fase II de sulfatación y de glucuronidación ha permitido la categorización y la valoración de la relevancia clínica de estas interacciones medicamentosas.¹²

Mecanismos relacionados con las interacciones medicamentosas

La eficacia anticonceptiva puede verse afectada por cambios en la farmacocinética y en la farma-

codinamia de los AH. Las interacciones farmacocinéticas tienen lugar cuando un fármaco altera la absorción, la distribución, el metabolismo o la excreción de otro, por lo que altera su concentración sérica y sus efectos. Por lo tanto, los agentes que reducen la absorción, el metabolismo o la excreción de las hormonas pueden afectar su biodisponibilidad y la eficacia anticonceptiva.²⁶ Las interacciones farmacodinámicas se producen cuando un fármaco influye directamente en las acciones clínicas de otro por sinergia o antagonismo. Por ejemplo, los progestágenos solos pueden reducir la eficacia de la anticoncepción de emergencia con acetato de ulipristal (UPA) debido a la acción opuesta sobre los receptores de progesterona, y viceversa.¹

En resumen, los fármacos pueden inducir o inhibir el metabolismo hepático, interferir con la recirculación de los metabolitos esteroideos, interferir con la absorción en el tracto gastrointestinal, competir ambos agentes por la misma enzima metabólica o inducir un efecto opuesto.²⁵

Metabolismo del EE y los progestágenos

Absorción

Cuando el EE y los progestágenos se administran por vía oral, y la absorción de las hormonas esteroideas comienza en el estómago con la disolución del comprimido. En el intestino, el 30% del EE se conjuga con sulfato y no se absorbe, mientras que el 70% se absorbe y pasa a la circulación portal.

Metabolismo

Efecto del primer paso hepático. El EE se metaboliza en el hígado por hidroxilación a nivel del sistema enzimático citocromo P450, por la isoenzima CYP3A4. El metabolismo hepático determina una inhibición competitiva de dicha isoenzima. Esto provoca una reducción absoluta de su actividad enzimática e inhibición competitiva.⁹

Entre el 38% y el 48% del EE pasa a la circulación sistémica, determinando la fracción biodisponible, y circula en plasma unido a la albúmina. Los metabolitos resultantes son catecolestrógenos, principalmente 2-hidroxitietinilestradiol, que se excreta en parte por vía urinaria y también por conjugación con ácido glucurónico, formando glucuronato de estradiol que llega a la luz del colon, donde las bacterias del colon lo hidrolizan liberando EE, que vuelve a absorberse para en-

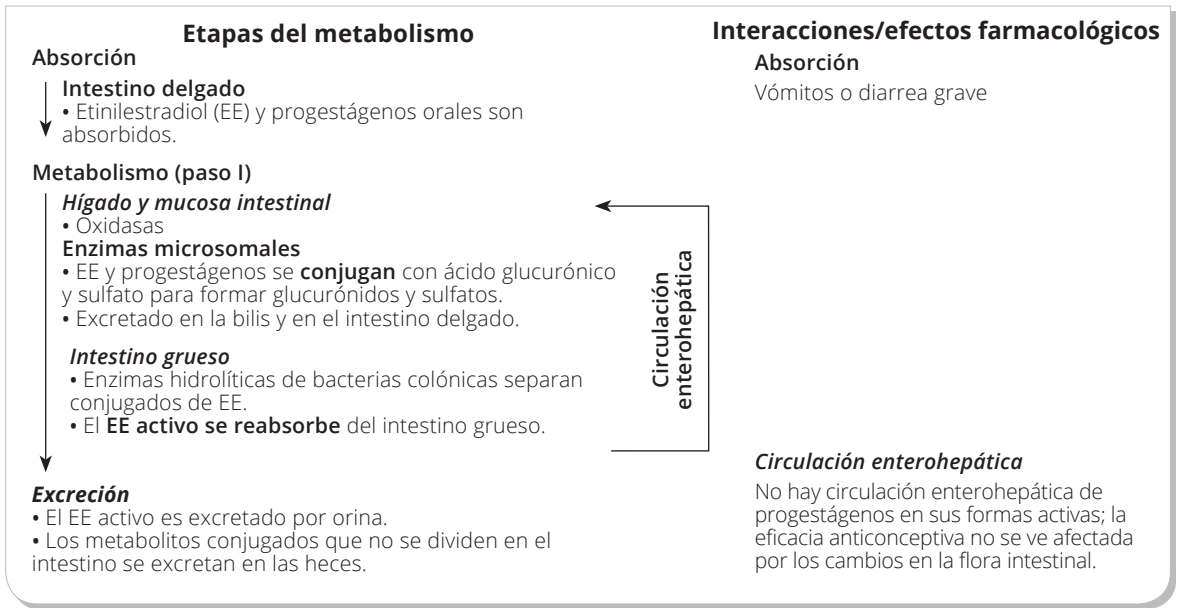


Figura 1. Etapas del metabolismo del etinilestradiol y de los progestágenos. Adaptado de Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception. FSRH CEU January 2017 [última revisión 2019].¹

trar nuevamente en la circulación portohepática. Como se observa en la Figura 1, este mecanismo determina la recirculación enterohepática, que va a determinar que la vida media se componga de dos fases, una de 10 horas y otra de 27 horas, brindando concentraciones séricas activas con una sola administración diaria. El glucuronato de EE se excreta por vía biliar.

Los progestágenos son bien absorbidos, no tie-

nen metabolismo en la pared intestinal, escaso metabolismo de primer paso hepático y no tienen recirculación enterohepática, por lo cual tienen menos posibilidades de interacciones que el EE.²⁷

Posibles puntos de interacción farmacológica

Los posibles puntos de interacción farmacológica se pueden dar por sustancias que alteren

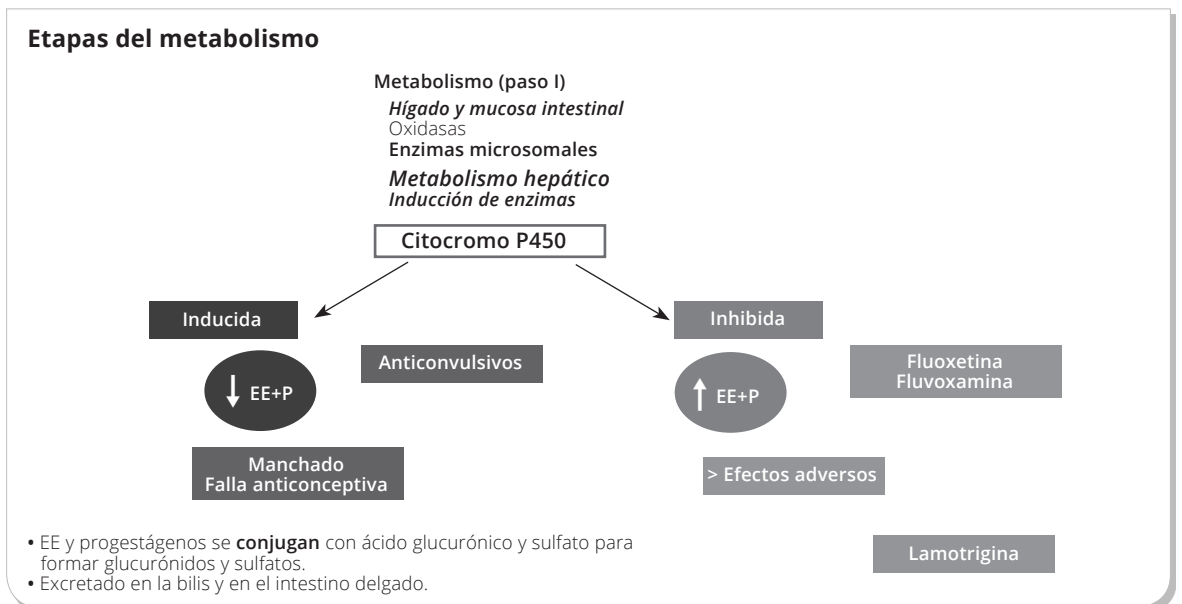


Figura 2. Etapas del metabolismo del etinilestradiol y de los progestágenos e interacciones medicamentosas.

la absorción a nivel gástrico, del intestino delgado y el colon, situaciones que alteren la unión a proteínas plasmáticas o a nivel del metabolismo hepático. La absorción podría verse afectada por medicamentos que causan vómitos o diarrea intensa, quelantes y fármacos que alteran el pH gástrico o el tránsito intestinal. En cuanto al metabolismo, puede observarse la inducción o la inhibición enzimáticas.¹

Cuando las enzimas del sistema citocromo P450 son inducidas, (por ejemplo, por un anti-epiléptico inductor enzimático) el metabolismo de los fármacos concomitantes puede aumentar, reduciendo el efecto clínico del anticonceptivo y favoreciendo el manchado o sangrado, ya que la dosis de estrógeno circulante no logra un buen control del ciclo. Una vez iniciada la toma del medicamento puede inducir las enzimas del sistema citocromo P450 en dos días, con efectos máximos dentro de la primera semana. Después del cese, las enzimas generalmente regresan a su nivel anterior de actividad en cuatro semanas. Esto nos obliga a continuar con cuidados anticonceptivos durante el mes posterior a la suspensión del anti-epiléptico inductor enzimático.²⁸

Como se observa en la Figura 2, si las enzimas del sistema citocromo P450 son inhibidas (por ejemplo, por fluoxetina o fluvoxamina), el metabolismo de los fármacos concomitantes puede disminuir, lo que conduce a un aumento de los efectos adversos de los anticonceptivos. Otros fármacos compiten por la conjugación con el ácido glucurónico, como es el caso de la lamotrigina.¹

Tipo de fármacos

Medicamentos que alteran la absorción de los AH

Los medicamentos que aumentan el pH gástrico (incluidos inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y antagonistas de los receptores H2) pueden reducir la absorción y eficacia del UPA. Se deben tener en cuenta también los fármacos que provocan diarrea o vómitos.

Medicamentos que alteran el metabolismo de los AH

Los fármacos inductores enzimáticos pueden disminuir la eficacia anticonceptiva de las usuarias de AHC, progestágeno solo, implante y UPA.

Este efecto se observa durante el uso de estos y durante cuatro semanas posteriores. Entre los anti-epilépticos podemos mencionar carbamazepina, eslicarbazepina, fosfenitoína, oxcarbazepina, fenobarbital, fenitoína, primidona, rufinamida y topiramato. Entre los antidepresivos se destacan la hierba de San Juan.¹

Se les debe advertir a las mujeres que comienzan a tomar medicamentos inductores enzimáticos, sobre las posibles interacciones con la AH y asesorarlas acerca de métodos anticonceptivos cuya eficacia no se vea afectada por los inductores enzimáticos. Además, cuando requieran anticoncepción de emergencia, deberán ser informadas de las posibles interacciones y asesorarlas sobre la posibilidad de utilizar el dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu). Si este método no es aceptado, se podría indicar el doble de la dosis de levonorgestrel (LNG).¹

Por el contrario, los fármacos inhibidores enzimáticos pueden incrementar los niveles hormonales con aumento de los efectos adversos. Entre ellos podemos mencionar la lamotrigina, que es un anti-epiléptico, y los psicotrópicos como fluoxetina, fluvoxamina y nefazodona.¹

Efecto de la AH sobre el metabolismo de otros agentes

La concentración plasmática de algunos fármacos puede alterarse con el uso simultáneo de AH. Las mujeres que toman medicamentos que se ven afectados por los AH pueden requerir el control de los niveles de dichos agentes o el control de la aparición de efectos de los medicamentos al comenzar, cambiarlos o suspenderlos.

Mayor exposición al fármaco

El EE es un inductor enzimático, por lo tanto genera mayor exposición a fármacos psicotrópicos. El EE inhibe moderadamente el metabolismo de psicotrópicos metabolizados por la enzima citocromo P450 1A2, como se observa en la Figura 3, con el potencial aumento de exposición al agente psicotrópico, como es el caso de la amitriptilina, la clomipramina, la clozapina, la fluvoxamina y el zolmitriptán. Habría menor seguridad en fármacos con ventana terapéutica estrecha, como los antidepresivos tricíclicos, como por ejemplo amitriptilina e imipramina, con la posible toxicidad de estos.¹²

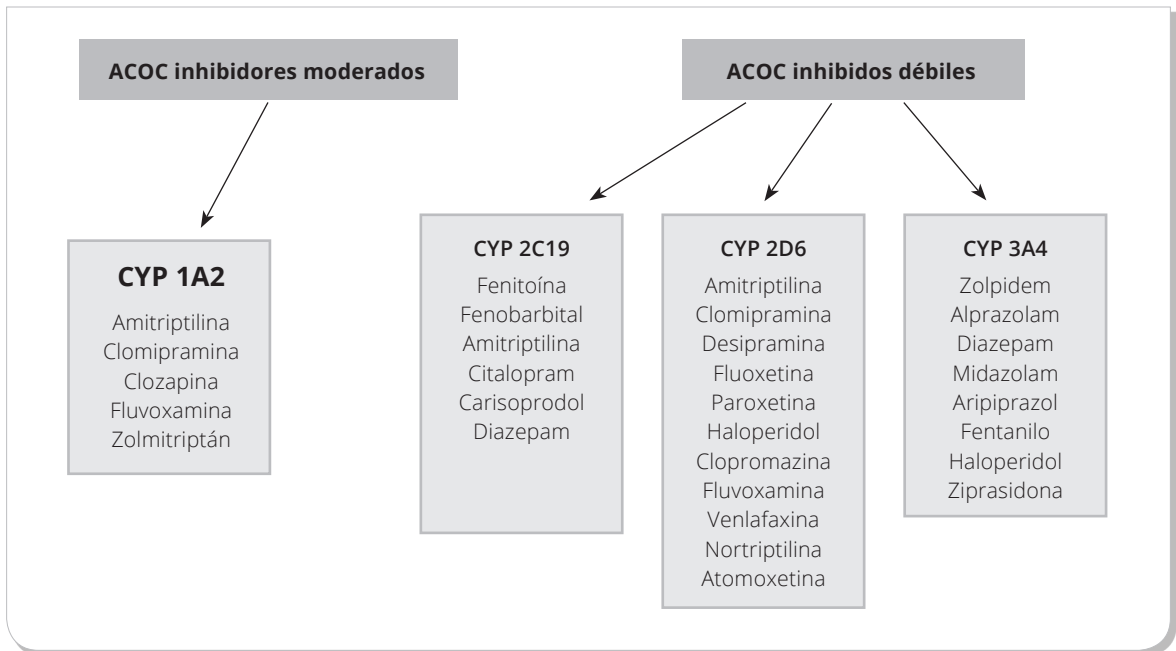


Figura 3. Acción de los AHC sobre los fármacos.^{9,12}

AHC, anticonceptivos hormonales combinados; AOC, anticonceptivos orales combinados.

Ansiofíticos e hipnóticos

Los estrógenos y progestágenos pueden reducir la concentración plasmática de lorazepam, oxazepam y temazepam, y pueden aumentar la concentración plasmática de clordiazepóxido, diazepam y nitrazepam.¹

Triptanos

Los AHC parecen elevar ligeramente el nivel de frovatriptán, naratriptán y zolmitriptán, pero este efecto no parece que sea clínicamente significativo.¹

Reducción de los efectos de los fármacos

Antiepilepticos

Lamotrigina. La AHC reduce moderadamente la exposición a la lamotrigina, lo que puede llevar a una disminución del control de las convulsiones en la fase hormonal activa, y luego al aumento de la exposición a la lamotrigina con riesgo de toxicidad en la semana libre de hormonas, debido a la observación de un incremento del 84% en las concentraciones séricas de lamotrigina.^{12,29} Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) califica como categoría 3 a la AHC en usuarias de lamotrigina.²⁸ El desogestrel podría aumentar los niveles de lamotrigina y los efectos adversos. En el caso de utilizar AHC, emplear es-

quemias continuos y tener en cuenta de que la paciente cumpla con la toma, ya que los olvidos exponen a la usuaria a mayores concentraciones séricas del anticonvulsivo.

Valproato de sodio. El EE puede reducir modestamente los niveles de valproato de sodio.¹ En el período de descanso se elevarían los niveles de ácido valproico.¹²

En resumen, como los niveles séricos de lamotrigina y de valproato de sodio se ven disminuidos por la administración del EE, es imprescindible el seguimiento en conjunto con el psiquiatra para que ajuste la dosis.²⁶

En usuarias de lamotrigina evitar usar EE o usar esquemas continuos. Evitar olvidos.

Consecuencias clínicas

Antiepilepticos

La epilepsia representa una enfermedad crónica que justifica la utilización de anticoncepción eficaz como parte del plan de atención médica, ya que la cantidad de las convulsiones empeora durante el embarazo, afectando negativamente los resultados maternos y fetales. Además, la exposición fetal a fármacos antiepilepticos está asociada con mayor riesgo de malformaciones congénitas, en comparación con la población general. Varios

fármacos antiepilépticos inducen las enzimas hepáticas, lo que puede resultar en la disminución de la concentración sérica de los AH, exponiendo al riesgo de fracaso anticonceptivo y embarazo no deseado.⁶ La eficacia anticonceptiva puede mejorarse con formulaciones que contienen una dosis de EE de 30 a 35 µg en lugar de dosis más bajas, y con progestágenos de mayor vida media y con intervalos sin hormonas menores de siete días para minimizar el riesgo de escape ovular, así como recomendar el uso de condón.⁶

Con algunos fármacos, el grado de inducción enzimática puede ser dependiente de la dosis, pero es difícil de cuantificar ya que está sujeto a grandes variaciones interindividuales. El topiramato en monoterapia, a una dosis < 200 mg, no afecta significativamente la farmacocinética de los AHC con 35 µg de EE (dosis usada para el tratamiento de la migraña).³⁰ Los métodos anticonceptivos sugeridos son el DIU-Cu, el dispositivo intrauterino con levonogestrel (DIU-LNG) o

el implante de etonogestrel. Existen muchos anticonvulsivos que provocan teratogenicidad, por lo cual es prioritaria la utilización de anticoncepción eficaz. Según se observa en la Tabla 1, entre los anticonvulsivos nuevos existen algunos que no presentan interacciones con la AH; entre ellos se encuentran: gabapentina, lacosamida, levetiracetam, retigabina, ezogabina y zonisamida. Se recomienda la interconsulta con el psiquiatra antes de iniciar AH.³¹

Los antiepilépticos inductores enzimáticos la AHC y los progestágenos solos serían categoría 3 de la OMS,²⁸ mientras que el uso de inyectables combinados e implante de etonogestrel sería categoría 2. En el caso del implante, la OMS aclara: *“Los anticonvulsivos inductores enzimáticos es probable que reduzcan la efectividad de los implantes y las píldoras con progestágeno solo (POP). Se debe alentar el uso de otros anticonceptivos para las mujeres que son usuarias a largo plazo de cualquiera de estos medicamentos”* (Tabla 2).

Tabla 1. Viejos y nuevos anticonvulsivos y sus interacciones con la AH.

Viejos anticonvulsivos	Anticonvulsivo reducido por EE	EE reducido por anticonvulsivo	Progestágeno reducido por anticonvulsivo
Carbamazepina Fenobarbital Fenitoína	?	SÍ	SÍ
Valproato	SÍ	NO	NO
Nuevos anticonvulsivos			
Rufinamida Oxcarbazepina Felbamato Eslicarbazepina	NO ? ? ?	SÍ	SÍ
Topiramato	?	SÍ	NO
Lamotrigina Parampel	SÍ ?	NO	SÍ
Gabapentina Lacosamida Levetiracetam Retigabina/Ezogabina Zonisamida	? NO NO NO NO	NO	NO

Tabla 2. Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud.²⁸

OMS	ACOC/P/AV	IC	POP	DMPA	Implante	DIU-Cu	DIU-LNG
Fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, fosfenitoína, oxcarbazepina, primidona, hierba de San Juan	3	2	3	1	2	1	1

El felbamato y el perampanel son nuevos anti-convulsivos que aceleran la eliminación del estrógeno del AHC.³¹

Inductores enzimáticos y anticoncepción de emergencia

En estos casos, la primera elección sería el DIU-Cu. Si es inaceptable o inapropiado, se podría utilizar como segunda elección el doble de la dosis de LNG (3 mg). No se conoce la eficacia exacta del UPA, pero tiene igual vía metabólica que el LNG, con lo cual sería de esperar una disminución en su eficacia. La *Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare* (FSRH),¹ en sus criterios de elegibilidad pone un interrogante para el uso de LNG y desaconseja la utilización de UPA, mientras que la OMS pone a ambos fármacos como categoría 1 para la utilización concomitante con inductores de la CYP3A4: fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, fosfenitoína, oxcarbazepina, primidona y hierba de San Juan.²⁸

Depresión y enfermedad bipolar

En una revisión sistemática reciente de evidencia limitada, el uso de AHC, DIU-LNG y medroxiprogesterona de depósito (MPA) no se asoció con empeoramiento del curso clínico, en comparación con las no usuarias, ni hubo diferencia en la frecuencia de internaciones. No habría estudios para depresión posparto.³²

Otra revisión sistemática de los CDC de los Estados Unidos analizó si la AH reduciría la efectividad del psicotrópico con la utilización de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, bupropión, antipsicóticos atípicos, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona y benzodiazepinas. No encontraron diferencias en embarazo no intencional entre usuarias y no usuarias de AH y estos agentes.⁹

Opciones anticonceptivas en la población psiquiátrica

AHC oral: Es una alternativa muy útil por los beneficios no anticonceptivos, pero hay que considerar y consensuar con la paciente la posibilidad del cumplimiento de la toma diaria y, además, evaluar las posibles interacciones con el tratamiento por su enfermedad de base. Preferir EE20/drospirenona en mujeres con depresión y ansiedad. Considerar esquemas extendidos.⁷

Parches: no utilizarlos en pacientes con un peso mayor de 90 kg.

Anillos vaginales: Dificultad de aceptación en esta población, ya que requiere la manipulación de los genitales.

Inyectables combinados: Se los considera muy buena opción, ya que la aplicación es mensual y no presentan interferencias con fármacos inductores.

Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA): Se asocia con 50% a 60% de amenorrea al año y 70% a los dos años, lo cual se considera una ventaja para esta población. Se ha asociado con aumento de peso y de circunferencia abdominal. Precaución con su uso en menores de 20 años vulnerables a la depresión. Hay preocupación con respecto al impacto a largo plazo sobre la densidad mineral ósea en adolescentes, especialmente cuando se inicia dentro de los primeros tres años de la menarca.³³ Se sugiere aporte adecuado de vitamina D y calcio.

POP: Considerarlo para pacientes con factores de riesgo cardiovascular, contraindicación o intolerancia a estrógenos.

Anticoncepción intrauterina: Es de elección en esta población ya que no depende de la usuaria, y otorga buena adhesión y autonomía. Estos métodos pueden requerir anestesia general en las pacientes psiquiátricas.

DIU-Cu. Puede aumentar la pérdida menstrual. Dura hasta 10 años.

DIU-LNG. Dispositivo que contiene en su reservorio 52 mg de LNG. Es de alta eficacia anticonceptiva, con beneficios no anticonceptivos en la reducción del sangrado menstrual, lo que lo convierte en una excelente alternativa. Confiere cinco años de protección. Aproximadamente el 50% de las usuarias tiene amenorrea al año.

DIU-LNG. El reservorio contiene 13.5 mg de LNG. Brinda protección anticonceptiva durante tres años, con menor incidencia de amenorrea.

Implante subdérmico: Implante anticonceptivo que libera etonogestrel, que es el metabolito activo del desogestrel. Es muy eficaz, con una duración de tres años; su colocación requiere anestesia local, pero es de fácil colocación. Las usuarias pueden presentar manchado en los primeros meses, y a veces sangrados frecuentes o prolongados. No afecta la masa ósea.

Ligadura tubaria en personas con discapacidad: Ley 26130 de Anticoncepción Quirúrgica: Acceso a

Tabla 3. Métodos anticonceptivos para pacientes que utilizan antiepilépticos inductores enzimáticos.³⁵

Métodos anticonceptivos no afectados por antiepilépticos inductores enzimáticos	Métodos anticonceptivos afectados por antiepilépticos inductores enzimáticos
Métodos de barrera	Anticonceptivos orales combinados
DIU de cobre	Parches anticonceptivos
DIU-LNG	Píldoras de progestágenos
Medroxiprogesterona inyectable de depósito	Implantes de progestágenos

la ligadura tubaria como un derecho de todas las personas. Las personas con discapacidad mental o psicosocial tienen derecho a mantener su fertilidad y a otorgar, o no, su consentimiento para la realización de la práctica. Se requiere una autorización judicial; en el caso de que sea incapaz deberá ser por una sentencia judicial. Dicha autorización debe ser solicitada por el representante legal de la paciente.³⁴

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

En esta población se deben buscar factores de riesgo familiares y personales, interrogar acerca de la presencia de dismenorrea, endometriosis, enfermedades crónicas, depresión posparto, exposición a violencia física o psíquica, antecedentes personales o familiares de trastornos mentales o de alteraciones del estado de ánimo con AHC, entre otros.⁷

Para las pacientes usuarias de AHC se recomienda establecer citas más frecuentes en los primeros seis meses del uso de la AH. Se debe interrogar sobre la aparición de efectos adversos sobre la función sexual y el estado de ánimo, explorar factores causales para evaluar su relación con la medicación hormonal. Se recomienda evaluar la posibilidad de realizar un cambio de método anticonceptivo o de formulación, intentando seleccionar progestágenos neutros o antiandrogénicos.⁷ Siempre es importante recomendar el uso del preservativo. Es recomendable investigar la adhesión al método hormonal utilizado e interrogar acerca de cambios en la medicación psiquiátrica.

La utilización de métodos de larga acción, entre los que se encuentran los DIU y el implante sub-

dérmico, que no requieren de la atención de la usuaria, son de alta eficacia anticonceptiva y alta tasa de continuidad en el uso; son especialmente recomendados en mujeres en situación de violencia doméstica.⁷

Métodos anticonceptivos para pacientes con inductores enzimáticos

Hay que recordar que las pacientes que estén recibiendo inductores enzimáticos pueden utilizar métodos de barrera, medroxiprogesterona inyectable, inyectables combinados y métodos intrauterinos (DIU-Cu y DIU-LNG) (Tabla 3).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La mayoría de los efectos de la AH sobre el estado de ánimo son positivos, con estabilización del estado de ánimo y disminución del estado de ánimo negativo en el premenstruo. Sin embargo, habría un subgrupo de mujeres que experimentan cambios negativos de su estado de ánimo, y algunas de estas podrían empeorar con la administración de AH. Se necesitan más estudios prospectivos a largo plazo con análisis de los posibles factores desencadenantes o predisponentes a la depresión, de tal forma de poder identificar a aquellos subgrupos que podrían tener más riesgo de depresión o de suicidio, como también el análisis de las distintas formulaciones y su impacto sobre el estado de ánimo. Otro punto para esclarecer sería la evolución posterior de las mujeres que dejaron su AH por trastornos del estado de ánimo.

Los profesionales que asesoramos y prescribimos hormonas debemos tener en cuenta las posibles interacciones medicamentosas a la hora de prescribir AH. Siempre se debe preguntar a las

mujeres sobre el uso actual y previo de fármacos, tanto recetados como de venta libre. Las mujeres que utilizan o están considerando la AH deben estar asesoradas sobre las potenciales interacciones con otros medicamentos y la necesidad de buscar el consejo de un profesional de la salud antes de iniciar cualquier fármaco nuevo. Las mujeres pueden estar seguras de la eficacia anticonceptiva, tanto de la anticoncepción intrauterina (DIU-Cu y DIU-LNG) y la anticoncepción inyectable (DMPA), ya que no se ven afectadas por cualquier interacción con otros medicamentos.¹

Es esencial que las mujeres en edad reproductiva que se encuentren recibiendo medicamentos teratogénicos (p. ej.: metotrexato, algunos anti-epilépticos y retinoides), sean asesoradas sobre métodos anticonceptivos de alta eficacia, como DIU-Cu, DIU-LNG o implante, tanto durante el tra-

tamiento como durante el período recomendado después de la interrupción.¹

En resumen, es imposible recordar de memoria todas las interacciones medicamentosas. Lo más importante es conocer la farmacocinética y la farmacodinamia de los compuestos hormonales para poder interpretar la interacción. La real repercusión clínica de las interacciones sólo es evaluable mediante la farmacovigilancia, donde las interacciones accidentales nos dan una idea más aproximada del impacto clínico en la población general. Existen sitios web de consulta con respecto a nuevos fármacos y sus interacciones medicamentosas, herramienta fundamental para la anticoncepción en la práctica diaria.^{36,37} Se brinda información de drogas teratogénicas en la página web del Servicio de Información de Teratología del Reino Unido.³⁸

Referencias

1. Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception. FSRH CEU January 2017, last reviewed 2019. Disponible en: www.fsrh.org.
2. Böttcher B, Radenbach K, Wildt L, Hinney B. Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286(1): 231-236.
3. Yonkers K, Brown C, Pearlstein T y col. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 492-501.
4. Keyes K, Cheslak-Postava, Westhoff C y col. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: A national study of sexually active women in the United States. *Am J Epidemiology* 2013; 178(9): 1378-1388.
5. Rapkin A, Morgan M, Sogliano C y col. Decreased neuroactive steroids induced by combined oral contraceptive pills are not associated with mood changes. *Fertil Steril* 2006; 85: 1371-1378.
6. Allen R, Kaunitz A, Bartz D. ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice. *Bulletins Gynecology* 2019; 133(2): e128-e150.
7. Hall K. Contraception and mental health: A commentary on the evidence and principles of practice. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212(6): 740-746.
8. Gidal B, French J, Grossman P, Le Teuff G. Assessment of potential drug interactions in patients with epilepsy: impact of age and sex. *Neurology* 2009; 72(5): 419-425.
9. Berry-Bibee E, Myong-jin K, Simmons K y col. Drug interactions between hormonal contraceptives and psychotropic drugs: systematic review. *Contraception* 2016; 94:650.
10. Steinberg J. Fatal flaws in a recent meta-analysis on abortion and mental health. *Contraception* 2012; 86(5): 430-437.
11. Oinonen K, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *Journal of Affective Disorders* 2002; 70: 229-240.
12. Oesterheld J, Cozza K, Benedek D. Med-psych drug-drug interactions update. Oral contraceptives. *Psychosomatics* 2008; 49: 168-175.
13. Grant E. Hormonal contraception and its association with depression. *JAMA Psych Letters* 2017. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3701.
14. Ross R. The emotional cost of contraception. *Nat Rev Endocrinol* 2016; 13(1): 7-9.
15. Wirehn A, Foldemo A, Josefsson A, Lindberg M. Use of hormonal contraceptives in relation to antidepressant therapy: A nationwide population-based study. *Eur J Contracept and Reprod Health Care* 2010; 15: 41-47.
16. Wessel Skovlund C, Steinrud Mørch L, Kessing L, Lidgaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(11): 1154-1162.
17. Bitzer J. Hormonal contraception and depression: another pill scandal? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017; 22(1): 1-2.
18. Young E, Kornstein S, Harvey A y col. Influences of hormone-based contraception on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32: 843-853.
19. Andreen L, Nyberg S, Turkmen S y col. Sex steroid induced negative mood may be explained by the paradoxical effect mediated by GABA A modulators. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 1121-1132.

20. Schaffir J, Worly B, Gur T. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2016; 21(5): 347-355.
21. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 2(CD006586).
22. Zettermark S, Perez Vicente R, Merlo J. Hormonal contraception increases the risk of psychotropic drug use in adolescent girls but not in adults: A pharmacoepidemiological study on 800 000 Swedish women. *PLoS One* 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194773>.
23. Ti A, Curtis K. Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systemic review. *Eur J Contracept Health Care* 2019. Disponible en : <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1569610>.
24. Wessel Skovlund C, Steinrud Mørch L, Kessing L y col. Association of hormonal contraception with suicide attempts and suicides. *Am J Psychiatry* 2017. *AJP in Advance* (doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17060616)
25. Koke S, Brown E, Miner C. Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 551-555.
26. Johannessen S, Johannessen Landmark C. Antiepileptic drug interactions-principles and clinical implications. *Current Neuropharmacology* 2010; 8: 254-267.
27. Schenfield G. Oral contraceptives. Are drug interactions of clinical significance? *Drug Safety* 1993; 9(1): 21-37.
28. Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/reproductive-health/publications/family_planning/MEC-5/en/.
29. Patsalos P. Drug interactions with the newer antiepileptic drugs-part 2: Pharmacokinetic and pharmacodynamics interactions between AEDS and drugs used to treat non epilepsy disorders. *Clin Pharmacokinet* 2013. doi 10.1007/s40262-013-0088-z.
30. Rosenfeld WE, Doose DR, Walker SA y col. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia* 1997; 38(3): 317-323.
31. Reimers A. Contraception for women with epilepsy: counseling, choices, and concerns. *Open Access J Contracept* 2016; 7: 69-76.
32. Pagano HP, Zapata LB, Berry-Bibee EN y col. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review. *Contraception* 2016; 94(6): 641-649.
33. Nunes FRP, Neves FAD, Geraldes FDPB, Águas Lopes MFR. Contraception in adolescents with intellectual disability. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017; 22(6): 401-406.
34. www.salud.gov.ar/dels/entradas/anticoncepcion-quirurgica-un-derecho-de-todas-las-personas.
35. Crawford P. Managing epilepsy in women of childbearing age. *Review Drug Saf* 2009; 32(4): 293-307.
36. British National Formulary (BNF) (www.bnf.org).
37. Electronic Medicine Compendium (www.medicines.org.uk/emc).
38. UK Teratology Information Service. www.uktis.org.

Trastornos del eje reproductivo en pacientes psiquiátricos

Reproductive axis disorders in psychiatric patients

Gladys Isabel Fernández¹

Resumen

Es frecuente observar en pacientes con enfermedades psiquiátricas la presencia de alteraciones reproductivas que van desde una fase lútea inadecuada, que muchas veces pasa inadvertida, hasta la clínicamente evidente amenorrea. Estas alteraciones aparecen como consecuencia del impacto sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, ya sea de la enfermedad psiquiátrica de base o como resultado del uso de diversos psicofármacos. En este trabajo, se desarrollarán los dos grandes grupos de trastornos reproductivos más comúnmente observados en pacientes psiquiátricos. Se analizará el mecanismo de acción por el cual cada una de estas situaciones altera el eje reproductivo y, asimismo, se abordará el abordaje terapéutico. Finalmente, se analizará brevemente el impacto de la actual pandemia de COVID-19 en dichos cuadros psiquiátricos.

Palabras clave: trastornos reproductivos, trastornos psiquiátricos, alteraciones del ciclo, psicofármacos, anorexia nerviosa, hiperprolactinemia

Summary

Reproductive disorders ranging from the inadequate luteal phase, which often goes unnoticed, to the clinically evident amenorrhea are frequent in patients with psychiatric illnesses. These alterations appear as a consequence of the impact on the hypothalamic-pituitary-gonadal axis, either from the underlying psychiatric disease or as a result of the use of various psychotropic drugs. In this work, the two major groups of reproductive disorders most commonly observed in these psychiatric patients will be developed. The mechanism of action by which each of these situations alter the reproductive axis will be analyzed, and therapeutic management will also be addressed. Finally, the impact that the current pandemic of COVID-19 has on each of these psychiatric situations will be briefly analyzed.

Keywords: reproductive disorders, psychiatric disorders, menstrual disorders, psychotropic drugs, anorexia nervosa, hyperprolactinemia

OBJETIVO

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los factores que intervienen en las alteraciones del ciclo menstrual en las pacientes psiquiátricas. A su vez, se investigó el impacto de la actual pandemia por COVID-19 sobre estas alteraciones reproductivas. Para ello se revisaron los artículos publicados hasta la fecha en la base de datos Medline.

INTRODUCCIÓN

Existen dos grandes grupos de trastornos reproductivos en las pacientes psiquiátricas (Figura 1): aquellos producidos por cuadros psiquiátricos que provocan directamente trastornos reproductivos, y los trastornos reproductivos ocasionados

por los fármacos que reciben las pacientes psiquiátricas.

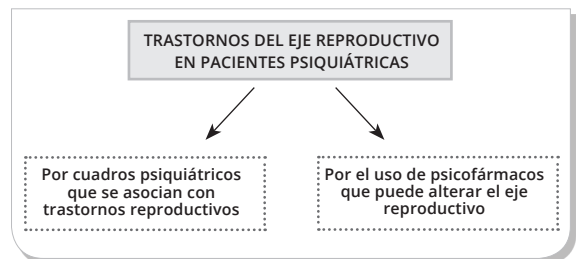


Figura 1. Grupos de trastornos reproductivos en pacientes psiquiátricos.

CUADROS PSIQUIÁTRICOS QUE PROVOCAN TRASTORNOS REPRODUCTIVOS

Dentro de este grupo se incluyen los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), profundizados

¹ Médica ginecóloga, especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción. Jefa de la Sección Endocrinología Ginecológica y Climatario. Servicio de Ginecología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

a continuación, como también el estrés físico o psíquico, la ansiedad y la depresión.

Es ampliamente conocido que los TCA se asocian con alteraciones de la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, llevando a alteraciones del ciclo menstrual. Existen en la actualidad seis grandes grupos de TCA definidos por el último Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5): anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón, trastorno de ingesta restrictiva/evitativa de alimentos, pica y trastornos de rumia (además de los documentados trastornos no especificados de la conducta alimentaria).¹

Los TCA suelen asociarse con una disminución de la ingesta alimentaria, originando en mayor o menor grado una reducción de la biodisponibilidad energética. Ante un déficit energético, el cuerpo humano responde eliminando procesos fisiológicos prescindibles, como son el almacenamiento de la grasa corporal y la reproducción, en un intento por conservar la escasa energía disponible para las funciones esenciales de la vida.²

Cuando el déficit energético es leve, la frecuencia de pulsos de hormona luteinizante (LH) se altera originando una fase lútea inadecuada; pero a medida que dicho déficit se profundiza, la alteración reproductiva se agrava hasta llegar a su máxima expresión: la amenorrea hipotalámica funcional (AHF).³

Ya en 1974, Frisch y colaboradores sostenían que se requería un 17% de grasa corporal para iniciar los ciclos menstruales y un 22% para mantener los ciclos menstruales regulares. Sin embargo, en 1994, con el descubrimiento de la leptina, se demostró que en realidad era necesario un nivel mínimo de esta adipoquina para que la función reproductiva tenga lugar de manera normal.⁴

Hoy se conoce que la leptina actúa indirectamente, ya que no se han descubierto receptores de esta hormona en las neuronas GnRH, pero sí se han identificado receptores de leptina en las interneuronas productoras de neuropéptido Y (NPY) y de kisspeptinas (Kiss-1).^{5,6} De este modo, un nivel óptimo de leptina sérica facilitaría la función de las neuronas GnRH al inhibir la expresión del ARNm y la liberación del NPY en el núcleo arcuato (que, además, de producir saciedad, tiene acción inhibitoria sobre las neuronas GnRH) y al estimular las neuronas Kiss-1, hoy considera-

das el más potente estimulador de las neuronas GnRH.

En las mujeres con TCA, los niveles de leptina se encuentran disminuidos, ya sea como resultado del bajo peso corporal, la escasa masa grasa, la baja ingesta de grasa o la conducta restrictiva alimentaria (principal factor que disminuye los niveles de leptina). Bajos niveles de leptina provocan una desinhibición de las neuronas productoras de NPY y un descenso de la actividad de las neuronas Kiss-1, cuya consecuencia final es la disminución de la amplitud y de la frecuencia de pulsos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) hipotalámica.

Se ha documentado que la leptina es el principal regulador metabólico del sistema de kisspeptinas y que actúa como señal periférica informando al cerebro la energía disponible.⁶

Otra hormona que colabora con la inhibición del eje gonadal es la grelina. Esta es una hormona producida por las células oxínticas del estómago que aumenta su secreción en situaciones de restricción alimentaria y ante estrés psicofísico.⁷ De esta manera, en situaciones de déficit energético se produce un gran aumento de su secreción con el objeto de mantener la supervivencia. Tanto es así que el incremento de los niveles de grelina en sangre provoca: aumento del apetito, al estimular las neuronas productoras de NPY (potente orexígeno); mejora del estado de ánimo como defensa ante el estrés psicológico; incremento de la secreción de hormonas hiperglucemiantes con la finalidad de mantener la euglucemia (cortisol, glucagón), y aumento de la secreción de la hormona de crecimiento (GH) para proteger el peso corporal y evitar la pérdida de masa muscular, previniendo la caquexia.

Si bien tampoco se han identificado receptores de grelina en las neuronas GnRH, se sabe que este péptido de origen gástrico inhibe indirectamente las neuronas hipotalámicas productoras de GnRH al estimular las interneuronas NPY e inhibir las neuronas Kiss-1.

Por otra parte, cualquier situación de estrés físico, psíquico o metabólico, ya sea asociado o no con TCA, provoca:⁸⁻¹⁰ (Figura 2)

1) Activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, con el consiguiente aumento de la secreción de cortisol durante las 24 horas del día. Todos los componentes elevados de este eje ac-

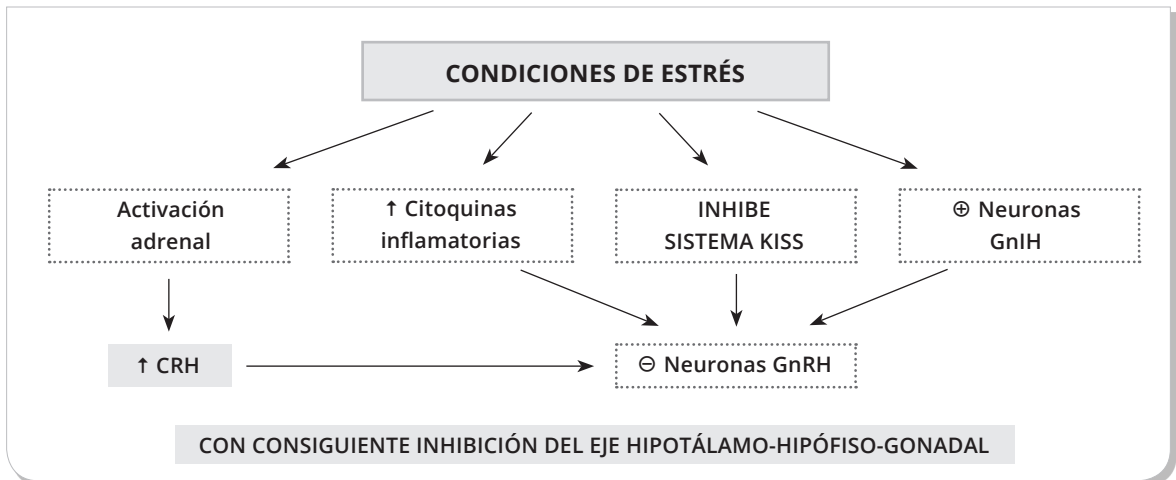


Figura 2. Mecanismos activados ante situaciones de estrés.

CRH, hormona liberadora de corticotropina; GnIH, hormona inhibidora de gonadotropinas; GnRH, hormona liberadora de gonadotropinas.

tivado colaboran con la inhibición del eje gonadal (el aumento de hormona liberadora de corticotropina [CRH], de proopiomelanocortina [POMC], de β -endorfinas, de corticotrofina [ACTH] y el mismo cortisol).

2) Aumento de la producción de citoquinas inflamatorias (interleuquina [IL]-6, IL-1 β y factor de necrosis tumoral [TNF]- α), originando estrés inmune, que inhibe directamente a las neuronas Kiss-1.

3) Inhibición directa de las neuronas Kiss-1 e indirectamente a través del aumento del cortisol, ya que se ha demostrado que el cortisol también inhibe las neuronas Kiss-1.

4) Aumento de la actividad de las neuronas productoras de péptido inhibidor de gonadotropinas.

Se debe recordar también que el bajo peso corporal y la restricción alimentaria que se observan en los TCA provocan inhibición de la enzima deshalogenasa. Esta enzima transforma T4 en T3, que es la hormona tiroidea activa, originando un estado de déficit de T3 como un salvataje para ahorrar energía. Este descenso de T3 es el responsable de la presentación clínica similar a hipotiroidismo y colabora con el aumento del cortisol, ya que la T3 es necesaria para una adecuada depuración metabólica de esta hormona.¹¹ De esta manera, el incremento del cortisol sérico obedece a un doble mecanismo: el aumento de su producción por hiperactividad del eje suprarrenal y la disminución de su metabolismo.

Como resultado final de todos estos cambios a nivel central se produce disminución de la amplitud y de la frecuencia de los pulsos de la GnRH, lo que origina descenso de las gonadotropinas con inhibición preferencial de la subunidad beta de la LH, sin modificación de la secreción de la hormona foliculoestimulante (FSH). Así, aparece un estado de hipogonadismo hipogonadotrófico con relación LH/FSH menor de 1, similar a lo que se observa en la prepubertad.¹²

El diagnóstico de la AHF es un diagnóstico de exclusión de otras causas de amenorrea, y se caracteriza por presentar una relación LH/FSH menor que 1, un aumento de los niveles de cortisol y una disminución de los niveles de T3.

El tratamiento de los TCA es multidisciplinario, recordando el papel principal del psiquiatra, ya que se trata de un trastorno psiquiátrico como lo establece el DSM-5.¹²

Se ha documentado que en época de pandemia todos los TCA se exacerbaban. La falta de provisión de alimentos que acompaña a la pandemia por COVID-19 provoca en las pacientes con AN inseguridad alimentaria, lo que aumenta su restricción en la ingesta de alimentos. Por otra parte, el aislamiento origina en las pacientes con BN y con trastorno por atracón exposición a la comida durante las 24 horas del día, los siete días de la semana, por lo cual no existe escapatoria para distanciarse de ella. Además, la pandemia acen-

túa el aislamiento social que suele observarse en este grupo de pacientes, como también interfiere con el tratamiento de la enfermedad.¹³

Trastornos reproductivos producidos por el uso de psicofármacos

Existen tres mecanismos por los cuales un psicofármaco puede alterar el eje reproductivo (Figura 3).

Alteración de la función del eje tiroideo

El litio es, por lejos, el psicofármaco que más se asocia con la aparición de alteraciones tiroideas. Este agente se utiliza para el abordaje de la manía aguda, la depresión unipolar, el trastorno bipolar y otros trastornos psiquiátricos. Es ampliamente conocido que altera la función y la estructura tiroidea, al tiempo que en individuos predispuestos puede inducir autoinmunidad tiroidea. Con respecto a la función tiroidea, inhibe la síntesis y la liberación de las hormonas tiroideas, altera la estructura de la tiroglobulina y disminuye la desiodinación periférica de T4 a T3, originando comúnmente hipotiroidismo.¹⁴

El grado de alteración reproductiva originada por el litio dependerá de la magnitud del hipotiroidismo ocasionado y es revertido con el tratamiento con levotiroxina en dosis óptima, hasta lograr el estado eutiroideo.

El Departamento de Tiroides de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM) difundió recientemente sus recomendaciones, en las que sostiene que las afecciones tiroideas no se ven afectadas por infecciones virales como la pandemia por COVID-19.¹⁵

Hiperprolactinemia

Existen numerosos fármacos que provocan hiperprolactinemia y, entre ellos, los antipsicóticos son los que se asocian con las más frecuentes y más potentes hiperprolactinemias.

En condiciones normales, la producción de prolactina (PRL) por las células de la adenohipófisis (lactotrofos) se encuentra bajo un control tónico inhibitorio dopaminérgico proveniente del hipotálamo. Esta dopamina (DA) liberada actúa sobre los receptores D2 del lactotrofo, inhibiendo la síntesis y liberación de PRL.

Los antipsicóticos actúan bloqueando los receptores D2 en el lactotrofo, disminuyendo así el

control inhibitorio de la secreción de PRL y originando finalmente hiperprolactinemia.¹⁶

La mayoría de los antipsicóticos de primera generación, como también la risperidona y la paliperidona (antipsicóticos de segunda generación), presentan alto índice de ocupación de receptores D2, por lo que son conocidos como antipsicóticos hiperprolactinémicos por asociarse con importantes elevaciones de los niveles de PRL (incluso mayores de 200 ng/ml). En cambio, el resto de los antipsicóticos de segunda generación suele producir hiperprolactinemia más leve.^{16,17}

El aumento de la PRL provoca alteración del eje reproductivo, con mayor intensidad cuanto más elevados se encuentren sus valores. Esto se debe a que el aumento de PRL altera la pulsatilidad de GnRH por varios mecanismos, principalmente indirectos, ya que poca proporción de neuronas GnRH expresan receptores de PRL.^{18,19} Los caminos por los cuales la PRL elevada inhibe el generador hipotalámico de GnRH son:

- Un mecanismo de asa corta o retroalimentación corta negativa, por el cual la PRL origina aumento de DA en el hipotálamo en un intento para frenar sus niveles elevados. Este aumento de DA ejerce efecto inhibitorio directo sobre la neurona GnRH al tiempo que estimula las neuronas productoras de β -endorfinas, conocidas inhibidoras de la neurona GnRH.
- Inhibición directa de las neuronas Kiss-1.

La hiperprolactinemia no sólo actúa a nivel hipotalámico, sino también altera la función de la hipófisis y, a nivel ovárico, impide el correcto desarrollo folicular, inhibe la ovulación y la función del cuerpo lúteo.

Las guías de la *Endocrine Society* sostienen que ante una paciente que presenta hiperprolactinemia asociada con el uso de psicofármacos, si es posible, se debería cambiar el fármaco o suspenderlo por 72 horas para repetir la determinación de PRL. Si estas medidas no pueden realizarse o si la PRL persiste elevada aun luego de cambiar o suspender la medicación, debemos solicitar resonancia magnética nuclear (RMN) para descartar alteración hipofisaria o hipotalámica.²⁰

Una vez descartada la causa orgánica y confirmada la hiperprolactinemia inducida por psicofármacos, la conducta, según las guías, dependerá de si la paciente es o no sintomática. De este modo, sugieren no tratar la hiperprolactinemia asintomá-

tica inducida por psicofármacos, y en pacientes sintomáticas evitar el uso de agonistas de DA, ya que pueden reducir la efectividad del tratamiento psiquiátrico de base. Si la paciente presenta hipoestrogenismo, lo ideal es agregar estrógenos *add-back* como tratamiento de los síntomas y con el fin de evitar la pérdida de masa ósea.²⁰

Por provocar aumento de peso e insulinoresistencia

Muchos psicofármacos se han asociado con aumento del peso corporal y, entre ellos, el ácido valproico se ha vinculado con aumento de peso y con insulinoresistencia (IR). Es más, se ha documentado aparición de síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) en casi el 50% de las mujeres epilépticas que utilizan esta medicación.

Tres mecanismos han asociado el uso del ácido valproico con el SOP:²¹⁻²³

- El ácido valproico provoca IR por asociarse con aumento de peso. Dado que la IR no compromete a las células de la teca del ovario ni a las células de la capa reticular de la glándula suprarrenal, la insulina podrá actuar en estos tejidos estimulando la producción de andrógenos ovárico y suprarrenal, con el consiguiente hiperandrogenismo.

- Altera directamente el metabolismo hepático de la insulina.

- Estimula la producción de andrógenos por células de la teca al estimular las enzimas esteroideogénicas citocromo P450 c17, al tiempo que inhibe a la aromatasa.

- Para evitar la aparición de SOP en las mujeres que se encuentran en tratamiento con ácido valproico, se deben promover programas de estilo de vida con dieta y actividad física con el objeto de evitar el aumento de peso y la IR asociada.

Lamentablemente, se conoce de manera amplia que la pandemia de COVID-19 se ha asociado con incremento del peso corporal, ya sea por el comportamiento sedentario del “quedarse en casa” o por mayor ingesta alimentaria secundaria al aumento en el tiempo no estructurado.

Estas preocupaciones se reflejan en la explosión de publicaciones en las redes sociales que hacen referencia a la “cuarentena 15”, donde 15 equivale a las 15 libras de peso que pareciera que, inevitablemente, todos ganarán con la cuarentena.²⁴ Además, múltiples reportes han revelado que las personas con obesidad tienen más probabilidades de enfermarse gravemente de COVID-19. Este peor pronóstico que le otorga la obesidad a los pacientes con coronavirus 2 se debe a que los obesos tienen a menudo disfunción respiratoria, alteraciones metabólicas y de la respuesta inmune, y mayor secreción de citoquinas inflamatorias que colaboran con la tormenta de citoquinas que provoca la infección por coronavirus.²⁵

Tanto es así que un trabajo publicado con más de 4000 pacientes con coronavirus en Nueva York, determinó que el índice de masa corporal mayor de 40 kg/m² fue, luego de la edad avanzada, el segundo predictor independiente de hospitalización.

DISCUSIÓN

Es importante reconocer que las pacientes psiquiátricas presentan mayor prevalencia de alteraciones del eje reproductivo, en comparación con la población general. Estas alteraciones pueden ser consecuencia del cuadro psiquiátrico de la paciente o ser producto de la medicación psiquiátrica que ella recibe, e impactan ya sea directa o indirectamente en el correcto funcionamiento del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.

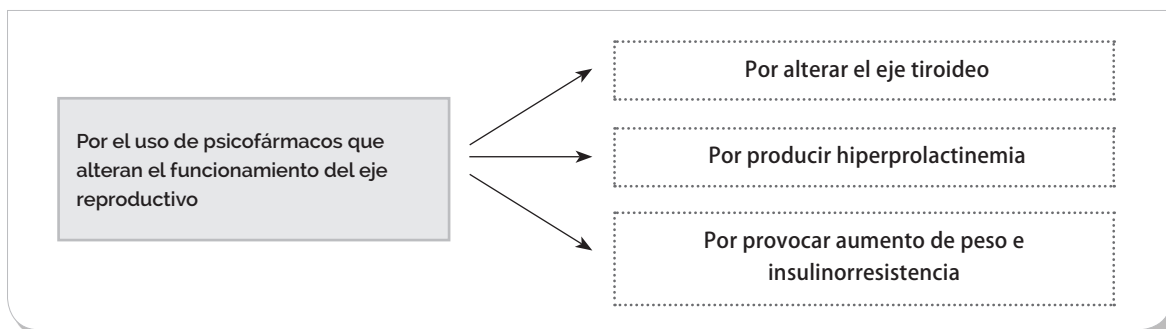


Figura 3. Mecanismos por los cuales los psicofármacos pueden alterar el eje reproductivo.

La actual pandemia ocasionada por el coronavirus 2 no ha hecho más que exacerbar muchas de estas alteraciones reproductivas observadas en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

Las pacientes psiquiátricas pueden presentar alteraciones del eje reproductivo como parte de

la enfermedad psiquiátrica de base, o bien como resultado del uso de psicofármacos, que interfieren con el correcto funcionamiento del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. Debemos tener presente que en época de pandemia por COVID-19, todas estas alteraciones reproductivas pueden incrementarse.

Referencias

- Treasure J, Antunes Duarte T, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet* 2020; 395(10227): 899-911.
- Baird D, Cnattingius S, Collins J y col. Nutrition and reproduction in women. *Human Reproduction Update* 2006; 12(3): 193-207.
- Koltun K, De Souza MJ, Scheid J y col. Energy availability is associated with luteinizing hormone pulse frequency and induction of luteal phase defects. *J Clin Endocrinol Metab* 2020; 105(1): 185-193.
- Moschos S, Chan J, Mantzoros C. Leptin and reproduction: a review. *Fertil Steril* 2002; 77(3): 433-444.
- Dungan H, Clifton D, Steiner R. Minireview: Kisspeptin neurons as central processors in the regulation of gonadotropin-releasing hormone secretion. *Endocrinology* 2006; 147(3): 1154-1158.
- Fuqua J, Rogol A. Neuroendocrine alterations in the exercising human: Implications for energy homeostasis. *Metabolism* 2013; 62(7): 911-921.
- Mani B, Zigman JM. Ghrelin as a survival hormone. *Trends Endocrinol Metab* 28(12):843-854, 2017.
- Sominsky L, Hodgson D, McLaughlin E. Linking stress and infertility: A novel role for ghrelin. *Endocr Rev* 2017; 38(5): 432-467.
- Iwasa T, Matsuzaki T, Yano K y col. The roles of kisspeptin and gonadotropin inhibitory hormone in stress-induced reproductive disorders. *Endocr J* 2018; 65(2): 133-140.
- Valsamakis G, Chrousos G, Mastorakos G. Stress, female reproduction and pregnancy. *Psychoneuroendocrinology* 2019; 100: 48-57.
- Fazeli PK, Klibanski A. Effects of anorexia nervosa on bone metabolism. *Endocrine Rev* 2018; 39(6): 895-910.
- Gordon C, Ackerman K, Berga S y col. Functional hypothalamic amenorrhea: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102(5): 1413-1439.
- Touyz S, Lacey H, Hay P. Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat Disord* 2020; 8:19.
- Kraszewska A, Ziemnicka K, Jończyk-Potoczna K y col. Thyroid structure and function in long-term lithium-treated and lithium-naïve bipolar patients. *Psychopharmacol* 2019; 34(4): e2708.
- Recomendaciones del Departamento de Tiroides de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo. La endocrinología en tiempos de COVID-19. YouTube; 2020.
- Grigg J, Worsley R, Thew C y col. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia: Synthesis of world-wide guidelines and integrated recommendations for assessment, management and future research. *Psychopharmacol* 2017; 234(22): 3279-3297.
- Takechi K, Yoshioka Y, Kawazoe H y col. Psychiatric patients with antipsychotic drug-induced hyperprolactinemia and menstruation disorders. *Biol Pharm Bull* 2017; 40(10): 1775-1778.
- Taylor H, Pal L y Seli E. Chapter 11: Chronic anovulation and the polycystic ovary syndrome. *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Chapter 11, 9th edition; 2020.
- Grattan D. Coordination or coincidence? The relationship between prolactin and gonadotropin secretion. *Trends Endocrinol Metab* 2018; 29(1): 3-5.
- Melmed S, Casanueva F, Hoffman A y col. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96(2): 273-288.
- Kawakami Y, Fujii S, Ishikawa G y col. Valproate-induced polycystic ovary syndrome in a girl with epilepsy: A case study. *J Nippon Med Sch* 2018; 85(5): 287-290.
- Zhang L, Li H, Li S y col. Reproductive and metabolic abnormalities in women taking valproate for bipolar disorder: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 202: 26-31.
- Sidhu H, Srinivasa R, Akshay S. Evaluate the effects of antiepileptic drugs on reproductive endocrine system in newly diagnosed female epileptic patients receiving Valproate or Lamotrigine monotherapy: A prospective study. *Epilepsy Res* 2018; 139: 20-27.
- Pearl R. Weight stigma and the "Quarantine-15". *Obesity (Silver Spring)* 2020. doi: 10.1002.
- Stefan N, Birkenfeld A, Schulze M y col. Obesity and impaired metabolic health in patients with COVID-19. *Nat Rev Endocrinol* 2020; 23: 1-2.

Trastornos psiquiátricos: pautas de alarma en la consulta ginecológica infantojuvenil

Psychiatric disorders: warning signs guidelines in the gynecological consultation for young children

"La menstruación, es el llanto en sangre del útero, por no poder engendrar un hijo."

Hipócrates de Cos, siglo V a. C.

María Ana Bernard¹

Resumen

La presencia de síntomas que sugieren pérdida de salud mental en niñas y adolescentes que consultan en ginecología, como tristeza, temor, preocupación excesiva, problemas de pensamiento o de conducta, pueden predecir la presencia de trastornos psiquiátricos infantojuveniles. La detección precoz, y su posterior derivación al especialista, promueven una mejor calidad de vida, evitando deterioros o desenlaces más graves como el suicidio adolescente, el embarazo no intencional, el consumo de sustancias o situaciones de abuso sexual y otras formas de maltrato. Los datos epidemiológicos sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos infantiles muestran que estos han aumentado sustancialmente en la última década. La pertenencia al sexo femenino aumenta 1.8 veces el riesgo de presentar trastornos ansiosos. Además, los trastornos psiquiátricos en la edad adulta registran su inicio antes de los 14 años, en el 25% de los casos. Evitar la sobrecarga por sufrimiento en el padecimiento de un trastorno mental, su pesquisa temprana para su derivación al especialista, favorece la calidad de vida en las niñas y adolescentes.

Palabras clave: alarma, trastornos psiquiátricos, salud mental, cerebro adolescente, neurobiología, vulnerabilidad, abuso sexual, malformaciones ginecológicas, identidad

Summary

The presence of symptoms suggesting the lack of mental health among girls and teenagers during gynecological appointment, such as sadness, fear, excessive worries, psychic or behavior problems, can predict the presence of child and teenager psychiatric issues. Early detection, with the subsequent referral to the specialist, may promote a better quality of life, avoiding deterioration or more serious outcomes such as teenage suicide, unintended pregnancy, substance use or situations of sexual abuse and other forms of abuse. Epidemiological data on the prevalence of childhood psychiatric disorders show that they have increased substantially in the past decade. In addition, psychiatric disorders in adulthood record their onset before the age of 14, in 25% of cases. Avoid the overload due to suffering in the suffering of a mental disorder, its early investigation for its referral to the specialist, favors the quality of life may be improved by avoiding burden from suffering from mental health illnesses and its early diagnosis. Girls and adolescent's quality of life may be improved by avoiding burden from suffering from mental health illnesses and its early diagnosis

Keywords: alarm, psychiatric disorders, mental health, adolescent brain, neurobiology, vulnerability, sexual abuse, gynecological malformations, identity

OBJETIVOS

Durante la anamnesis, en la consulta ginecológica, es frecuente la presencia de signos o síntomas de la esfera afectiva, emocional, conductual o del pensamiento, que pueden impactar al profesional, quien podría reconocer en forma temprana los principales síndromes psicopatológicos

que amenazan la salud mental de su paciente.

La pesquisa temprana facilita la derivación oportuna y la intervención más temprana del especialista, favoreciendo una mejor calidad de vida y la adhesión a tratamientos posteriores.

INTRODUCCIÓN

La pesquisa de síntomas de alarma en la población infantojuvenil, en la consulta ginecológica, revela una variedad de manifestaciones emocionales conductuales y cognitivas. Estas permiten

¹. Médica especialista en Pediatría y Psiquiatría Infanto Juvenil. Magister en Psiconeurofarmacología. Médica de staff del Servicio de Psiquiatría, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

comprender el estado de su salud mental, que reflejan desde reacciones adaptativas hasta verdaderos trastornos psiquiátricos.

Reconocer los principales síntomas, criterios para considerar un trastorno, favorece la derivación oportuna al especialista, y puede prevenir daños o deterioros que puedan tener lugar al desconocer o minimizar su asistencia adecuada.

Evitar riesgos, como conductas suicidas o la perpetuación de abusos sexuales infantiles, podría mejorar y modificar las consecuencias, en el futuro, del curso de los trastornos mentales al ser evaluados y derivados para su tratamiento más adecuado.

Los síndromes psiquiátricos fundamentales y más comunes en la práctica clínica son aquellos observables y susceptibles de descripción verbal y fenomenológica, antesala del diagnóstico nosológico:

Síndrome ansioso

La hiperactivación, la hipervigilancia, el insomnio, la inquietud motriz y los síntomas autonómicos como taquicardia, diaforesis, náuseas, tensión muscular y un patrón de preocupación generalizada, excesiva, sin un foco específico, son sus elementos típicos. En su comienzo puede ser funcional, ya que da sensación de control, pero el gradiente de gravedad lo lleva a un desgaste crónico. Suele asociarse con depresión.

Síndrome depresivo

La tristeza patológica, profunda y reactiva a estímulos desagradables o neutros, y la incapacidad para experimentar placer son sus elementos nucleares. El estado de ánimo depresivo y la anhedonia marcada pueden llevar a alteraciones graves del contenido del pensamiento, culpa excesiva, desesperanza y suicidio. Estos síntomas se acompañan de alteraciones en la psicomotricidad, entecimiento, hipoactividad, reducción o aumento del apetito, alteraciones en el sueño, insomnio o hipersomnia y quejas somáticas inespecíficas, dolores musculares, cefaleas y epigastralgias. Si el síndrome es grave puede acompañarse de un síndrome psicótico.

Síndrome psicótico

Es un síndrome disruptivo incapacitante compuesto por alteraciones del pensamiento, la sen-

sopercepción, el afecto y la personalidad que, posteriormente, llevan a la persona a la pérdida del contacto con la realidad.

Hay pérdida de la función psicosocial y conducta errática, pérdida del juicio de realidad y alteraciones del pensamiento lógico, trastornos en la esfera intelectual, volitiva y afectiva.

Son frecuentes las alteraciones en el curso y contenido del pensamiento, acompañadas de experiencias alucinatorias. La conciencia no está afectada, con escaso reconocimiento de enfermedad.

Síndrome maníaco

Se caracteriza por la expansividad del ánimo patológica, escasa o nula necesidad de dormir, verbosidad con fuga de ideas, aceleración psicomotora, megalomanía y exceso de confianza e hiperfamiliaridad con extraños, diferenciándose la manía, más grave, de más de una semana de duración, y la hipomanía, menos grave, de menos de una semana; en estados graves puede coexistir con un síndrome psicótico.¹

IMPORTANCIA DE LA PESQUISA Y DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL

La prevalencia de trastornos psiquiátricos infantojuveniles ha aumentado significativamente durante los últimos años.²

Además, la población infantojuvenil representa un tercio de la población mundial. La prevalencia de trastornos psiquiátricos ha aumentado significativamente durante los últimos años. En el 25% de los pacientes encuestados los síntomas de trastornos psiquiátricos en el adulto comenzaron antes de los 14 años.³

En su trabajo, Rey registró, entre los 10 y 15 años, un aumento del 45% del trastorno por dispersión atencional con hiperactividad (TDACH), un 37% en el trastorno depresivo mayor (TDM) y un aumento de la tasa de suicidios del 200%.⁴

En 2018, la Dirección de Estadísticas en Salud registró 2350 recién nacidos vivos hijos de madres menores de 15 años, circunstancia que podría estar encubriendo situaciones de maltrato infantil, como abuso sexual, y también una dificultad de acceso a educación formal y a programas de salud sexual y reproductiva.⁵

Trastornos en psiquiatría infantojuvenil

Según su prevalencia y presentación, los más frecuentes son:

- Trastornos de ansiedad y crisis de pánico
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos de personalidad
- Trastornos por consumo de sustancias
- Maltrato infantil (abuso sexual infantil)
- Malformaciones ginecológicas

NEUROBIOLOGÍA DEL CEREBRO ADOLESCENTE

La adolescencia es un período crítico y sensible; representa el pasaje de la infancia a la adultez, por lo que es una etapa de alta vulnerabilidad.

El conocimiento de la neurobiología del cerebro adolescente posibilitará comprender cuáles son las áreas cerebrales involucradas en cada trastorno, pero, además, permite reflexionar sobre su funcionamiento esperable en esta etapa del desarrollo.

Los circuitos cerebrales comienzan un proceso de reorganización de redes, llamado *pruning* o podado, que forman circuitos dependientes de la experiencia; muchas neuronas que no son utilizadas se pierden en forma programada (apoptosis), dando lugar a una reconstrucción y poda sináptica.

Las áreas cerebrales aún inmaduras se encuentran en el sistema límbico, la amígdala y el núcleo accumbens, y la corteza prefrontal continúa su proceso de maduración hasta los 30 años.

Además, en esta etapa, desde la pubertad el cerebro recibe la influencia de las hormonas sexuales. El hipotálamo, gran centro regulador de ritmos, recibe aferencias recíprocas de la amígdala y el sistema nervioso autónomo.

En la adolescencia, los cambios físicos son evidentes, la influencia de las hormonas sexuales estimula el crecimiento de las características sexuales secundarias, pero, además, se produce una gran remodelación sináptica que subyace a las conductas, emociones y pensamientos durante este período. Esta remodelación sináptica en áreas cerebrales de procesamiento de información podría explicar las conductas peculiares del adolescente: (Figura 1)

- Amígdala: es la encargada del procesamiento de emociones, reactividad emocional y el miedo.
- Núcleo accumbens: es el encargado de la búsqueda de placer, de novedad y riesgo, hedonismo, impulsividad, satisfacción inmediata de deseos.
- Corteza prefrontal: es la encargada de regular la motivación, la planificación, la toma de decisiones, el autocontrol, la flexibilidad de pensamiento, la empatía, el juicio, la identidad, la conducta social y ética y la teoría de la mente (intuición del mundo mental de los otros).

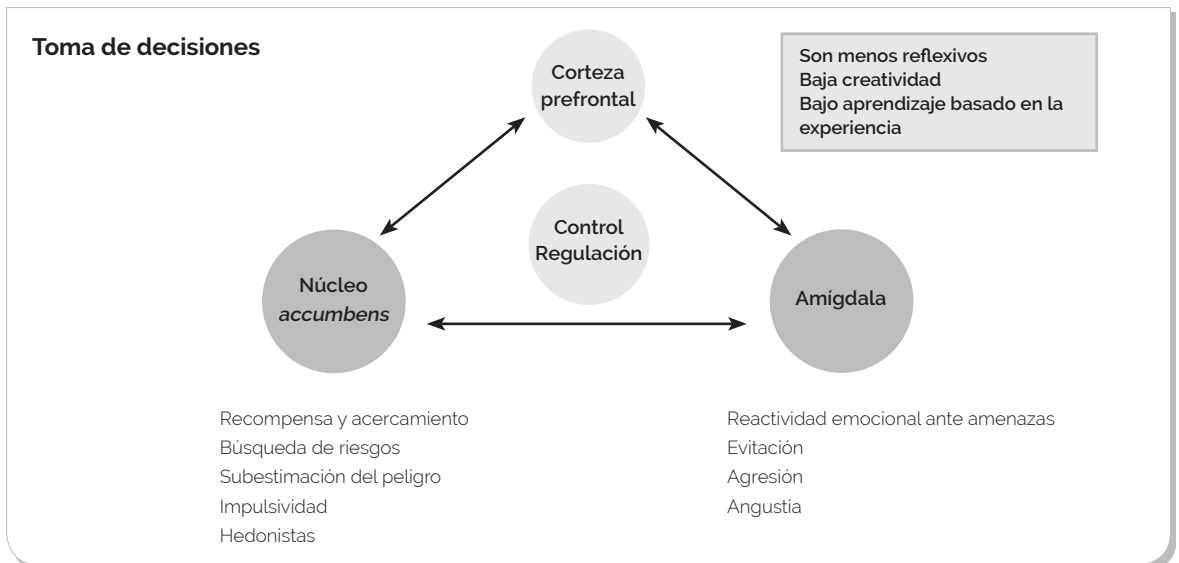


Figura 1. Funcionamiento de núcleos y corteza cerebral en la adolescencia.

Durante este período de cambios significativos es muy frecuente la reorganización del ritmo circadiano; suele observarse un desfase del sueño de aproximadamente tres horas, con riesgo aumentado de sobrepeso, obesidad y depresión.

La falta de sueño reparador suele asociarse con aumento en el riesgo de accidentes de tránsito que, sumado a la búsqueda de novedad y riesgos, predicen un funcionamiento adolescente impulsivo. También suelen observarse dificultades para concentrarse, caída en el rendimiento escolar, aumento de la frustración, repitencias y abandono escolar.

SÍNTOMAS MÁS RELEVANTES DE CADA TRASTORNO

Trastornos de ansiedad

Es el trastorno mental de inicio más temprano en la infancia. Los estudios epidemiológicos reflejan una prevalencia del 5.7% al 17.7%, más frecuente en niñas que en varones. Estas cifras se elevan durante la adolescencia hasta el 31.9% de por vida, y continúan como la enfermedad mental más común.

En general, son poco diagnosticados y tratados debido a la dificultad de los padres o pediatras de diferenciar la ansiedad esperable para la edad de la ansiedad patológica.

Las formas clínicas de presentación de la ansiedad son varias: trastorno de ansiedad de separación (TAS) que luego evoluciona a trastorno de ansiedad social, fobia social (FS) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Suelen ser comórbidos entre sí y de comienzo muy temprano, lo que demuestra vulnerabilidad biológica, que puede alterar el desarrollo psicosocial normal a través de conductas evitativas y ausentismo escolar, y puede generar dificultades a la pertenencia al grupo de pares y dificultades familiares.

Muchas niñas crecen llegando a su adultez siendo evitativas y dependientes.

La ansiedad infantil suele ser predictora de trastornos depresivos, consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos; produce estrés familiar, deterioro personal y sobrecarga económica significativa para la sociedad.

Sus síntomas son:⁶ miedo intenso y quejas somáticas –cefalea, dolor abdominal, náuseas–; preocupación intensa; irritabilidad; evitación social

(este síntoma diferencia los diferentes tipos de ansiedad, según qué lo desencadena y qué pensamiento lo sostiene) y comorbilidades –abuso de alcohol, depresión y trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

Trastorno de pánico

La prevalencia en la población general es del 2% al 3%, más en mujeres (2:1 a 3:1). Se define como episodios recurrentes inesperados y súbitos de miedo intenso, y temor a la aparición de nuevos episodios.⁷ Es frecuente en el comienzo de una carrera, un nuevo trabajo, donde hay expectativa familiar de autonomía e independencia e inseguridad en lograrlas. Los factores de riesgo incluyen antecedente familiar de trastorno de pánico, experiencias adversas en la infancia, temperamento con tendencia a dependencia o necesidad de aprobación, pensamiento rígido e hipercontrol.

Trastorno de estrés postraumático

Presenta una prevalencia del 8% a lo largo de la vida en la población general, y una incidencia del 9% al 15% en la población infantojuvenil.

Se caracteriza por la exposición previa a una experiencia potencialmente traumática (asalto, violación, accidente de tránsito, lesiones o quemaduras, o haber presenciado situaciones traumáticas).⁸

El trastorno de estrés postraumático se manifiesta mediante síntomas de intrusión en el pensamiento, disociación y cambios negativos en el estado de ánimo. Hay evitación de estímulos recordatorios del trauma, hiperactividad autonómica, hipervigilancia, reacción de sobresalto y pesadillas recurrentes. Es frecuente la predisposición biológica a padecer este trastorno. Las mujeres presentan mayor riesgo de tener un trastorno de estrés agudo, por reactividad elevada antes de la exposición al trauma.

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo se dividen en varios tipos. Analizaremos el trastorno depresivo, la distimia y el trastorno disfórico premenstrual.

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes son enfermedades crónicas, recurrentes, episódicas y de carácter familiar, con alta morbilidad psicosocial, en cuyos síntomas sub-

yacen alteraciones en el neurodesarrollo y en el procesamiento de emociones en interacción con el medio. Su prevalencia es del 6%, pero la depresión subsindrómica se eleva al 40% en la adolescencia, y es mayor en los pacientes que presentan enfermedades orgánicas crónicas y otros trastornos psiquiátricos.⁹

Se caracteriza por tristeza o irritabilidad, pérdida de intereses o disfrutes, sentimientos de culpa, baja autoestima, desesperanza, pérdida o aumento del apetito, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), falta de concentración, caída en el rendimiento escolar, apatía y sensación de fatiga. Si persiste en el tiempo y se agregan factores de riesgo ambiental o biológico, puede conducir a ideación o conducta suicida. Puede presentarse comorbilidad con consumo de sustancias.

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Su etiopatogenia es multifactorial, obedece a cuestiones genéticas, estructura y función cerebrales alteradas, y factores ambientales (adversidad en la crianza, desamparo, bajos ingresos), así como factores de estrés, desregulación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, sobreproducción de hormona liberadora de corticotrofina, alteraciones y desequilibrio en los neurotransmisores de los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos, dopaminérgicos, GABA y glutamato, y aumento de marcadores proinflamatorios como citoquinas y proteína C-reactiva.

La distimia es un subtipo de depresión, de carácter crónico, menos intenso y grave, pero con igual deterioro psicosocial. Los síntomas de comienzo son inespecíficos, pero representan un cambio o modificación del nivel previo de desempeño. Su inicio temprano, antes de los 21 años, se asocia con mayor riesgo de trastorno de personalidad y trastornos por consumo de sustancias.

El trastorno disfórico premenstrual es la exacerbación patológica de los cambios físicos, afectivos, cognitivos y conductuales que tienen lugar durante la fase lútea del ciclo femenino normal, y que produce malestar físico y psíquico, como también deterioro funcional en diferentes ámbitos familiares, laborales y sociales.

No debe confundirse con el síndrome premenstrual, que es definido como una condición en la cual una mujer experimenta un síntoma

afectivo y un síntoma somático que puede llegar a causar disfunción social o laboral. La mayoría de las mujeres lo experimentan durante el período premenstrual. Se diferencia de la disforia por la gravedad y el número de síntomas, y por el grado de deterioro funcional.

El 25% de las mujeres presenta síntomas leves a moderados, mientras que el 5% presenta disforia premenstrual.

Los factores etiopatogénicos involucran neurotransmisores. Producen disminución de la sensibilidad paradójica del receptor del GABA a la alopregnanolona (metabolito de la progesterona), aumento de la actividad noradrenérgica, alteraciones del sistema serotoninérgico por estradiol, alteraciones de la homeostasis del calcio, alteraciones del sistema inmunitario (perfil proinflamatorio) y respuestas anormales en regiones cerebrales en cuanto al procesamiento y la regulación de las emociones en la fase lútea.

En los últimos años, la participación del sistema inmunitario/inflamatorio en la evolución del trastorno del estado de ánimo se ha vuelto cada vez más relevante.

Muchos estudios demostraron una asociación mutua entre enfermedades inflamatorias y biomarcadores y alteraciones del estado de ánimo; en particular, alteraciones inflamatorias asociadas con neurotransmisores y disfunciones de neurotrofinas, activación crónica del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, anomalías del sistema purinérgico y aumento del estrés oxidativo.

Clínicamente se caracteriza por labilidad afectiva intensa, irritabilidad y aumento de conflictos interpersonales, ánimo deprimido, desesperanza, baja autoestima, ansiedad, inquietud y nerviosismo. Otros síntomas que acompañan a este síndrome son la pérdida de interés, la concentración deficiente, la fatiga y la hipersomnia, las artralgias, los edemas y las mialgias.

Los síntomas aparecen durante la fase lútea, y desaparecen a los pocos días del comienzo de la menstruación. Deben estar presente en la mayoría de los ciclos y causar disfunción, tales como dolor intenso, irritabilidad y desasosiego.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otros cuadros orgánicos, por ejemplo: endometriosis, alteraciones tiroideas, hiperprolactinemia, trastornos del sistema suprarrenal y panhipopituitarismo.

Trastornos bipolares

Se caracterizan por alteraciones en el estado de ánimo, la energía y el pensamiento consistentes en episodios de manía o hipomanía, y depresión crónica recurrente y cíclica.

Sus principales síntomas son grandiosidad, pensamiento acelerado y fuga de ideas, insomnio o disminución de la necesidad de dormir (la persona se siente descansada después de solo tres horas de sueño), facilidad de distracción (la atención cambia fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes según se informa o se observa), exceso en abstracciones, conductas de riesgo (participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolosas, como dedicarse en forma desenfrenada a compras, juegos, fiestas, indiscreciones sexuales, o inversiones de dinero imprudentes), familiaridad excesiva y con extraños, embarazo adolescente y frecuente alternancia con depresión.

Presenta alta heredabilidad; hay factores ambientales que pueden modificar el inicio y curso de la enfermedad: factores perinatales; cambios estacionales; edad materna elevada; tabaquismo durante el embarazo, y factores asociados con enfermedades somáticas como esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, uso indebido de drogas (marihuana) durante la adolescencia. Los mismos factores se describen como desencadenantes o predictores del curso de la enfermedad. Se estima que los factores genéticos y ambientales pueden contribuir a la evolución de la enfermedad, a través de cambios neuronales que modifican los circuitos cerebrales, que se manifiestan en cambios conductuales y deterioro psicosocial y cognitivo.¹⁰

Suicidio

Se refiere al acto que realiza una persona para intencionalmente causar su propia muerte. Es la principal urgencia en psiquiatría. Se trata de un fenómeno complejo y multifactorial; la evolución de la ideación suicida y su traslación a la acción depende de factores precipitantes y de los antecedentes individuales; puede realizarse de manera impulsiva, planeada o ambivalente. Mundialmente, la tasa por edad es de 12 por 100 000; los métodos más comunes son envenenamiento, ahorcamiento, armas de fuego y precipitarse al vacío. La ideación suicida es mayor en las muje-

res, con el 2.2%. La edad es de 15 a 20 años durante la última década.

Factores biológicos

Se ha relacionado el suicidio con la disminución de las concentraciones de serotonina en el tronco encefálico y la corteza prefrontal, en estudios de genética molecular, se asocia con el polimorfismo del gen de la triptófano hidroxilasa. Las regiones cerebrales relacionadas con el comportamiento suicida son la corteza orbitofrontal, ventromedial y dorsolateral, así como la corteza cingulada anterior, involucradas en la revaloración cognitiva, la regulación emocional y la toma de decisiones.

Factores familiares

Antecedentes familiares de depresión o suicidio, pérdida de uno de los padres por muerte o divorcio, conflicto familiar.

Otros factores

Abuso físico o sexual. Ausencia de red de apoyo, malas relaciones con los pares y aislamiento social. "Salir del armario" o lidiar con sentimientos homosexuales en una familia, comunidad o contexto escolar que no brindan apoyo. Disponibilidad de métodos letales. Haber estado expuesto al suicidio (p. ej., suicidio o intento de suicidio en miembros de la familia o amigos; noticias en los medios de comunicación).

El 90% presenta TDM, trastorno bipolar, trastorno en el control de impulsos, trastorno de personalidad; el 15%, trastorno por consumo de sustancias; el 11%, trastorno esquizoafectivo/esquizofrenia.

Se deben valorar los intentos previos de suicidio, el uso de antidepresivos por el potencial de *switch* a la manía, las pérdidas y los rasgos impulsivos y ansiosos.

Trastornos de personalidad

Son trastornos limítrofes o *borderline*, que se manifiestan como dramáticos, inestables o erráticos, junto con el trastorno histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad. Estos trastornos se incluyen en el grupo B, y tienen una prevalencia del 6%.

Es común el antecedente de abuso sexual y maltrato en la infancia. Las principales características clínicas del trastorno límite de personalidad

son la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la desregulación afectiva y la impulsividad.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con esta, que llevan a una alteración en el consumo y la absorción de los alimentos, lo que causa un deterioro significativo en la salud física o el desempeño psicosocial.

Los tres principales trastornos alimentarios son: anorexia nerviosa, trastorno de atracones y bulimia nerviosa.

Anorexia nerviosa

Tiene la tasa de mortalidad más alta de todas las enfermedades psiquiátricas, como consecuencia de las alteraciones médicas que provoca, y puede llegar a poner en peligro la vida. Los individuos con anorexia nerviosa tienen distorsiones cognitivas en cuanto al peso y la forma de su cuerpo, combinadas con un miedo desproporcionado a aumentar de peso y a una enorme obsesión con la gordura, incluso en estado de caquexia. Es 0.6% más frecuente en mujeres, en una proporción 20:1, y en clases socioeconómicas medias-altas.

Trastorno por atracones

Estas personas presentan atracones recurrentes durante los cuales ingieren cantidades anormalmente grandes de comidas en un período corto, sin conductas compensatorias para evitar el aumento de peso.

Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, ingesta de grandes cantidades de alimentos en poco tiempo, preferentemente dulces, y la provocación deliberada del vómito, compensador del atracón, presentes por lo menos dos veces por semana, durante tres meses. Su prevalencia es del 1%, es más frecuente en las mujeres, y suele asociarse con trastornos de conducta, depresión y ansiedad. En su etiopatogenia intervienen factores genéticos, alta heredabilidad, ambientales, presión cultural y factores estresantes.¹¹

Trastornos relacionados con abuso de sustancias

El abuso de sustancias es un hábito de consumo que causa daño a la salud al interferir con las obligaciones académicas, laborales y familiares. Quienes lo padecen no pueden evitar la suspensión del consumo, aun reconociendo los daños que ocasiona.

Es importante diferenciar los siguientes términos:

Abuso: Consumo de sustancias con deterioro significativo de la escolaridad, relaciones familiares y con pares, sin llegar a la dependencia.

Dependencia: Uso continuo de sustancias, a pesar del daño y la disfunción social que causa, pero que presenta tolerancia.

Tolerancia: Necesidad de aumentar el consumo para lograr los mismos efectos.

El concepto de trastornos relacionados con sustancias es una suma de los criterios de abuso y dependencia; en este concepto hay niveles de gravedad: baja, moderada y grave. Se ha sugerido que el nivel bajo equivale a abuso, mientras que los niveles moderado y grave equivalen a dependencia. Cada sustancia cumple con sus propias características para determinar estos criterios, con el fin de seleccionar la categoría que más se ajusta al perfil clínico del usuario.

Las principales sustancias de abuso son alcohol, tabaco, anfetaminas, marihuana, ácido lisérgico, cocaína y ansiolíticos. Se recomienda valorar dependencia, abuso y abstinencia, personalidad previa y tipo de tratamientos realizados. Hay múltiples factores que intervienen sobre el trastorno por consumo de sustancias. La disponibilidad de la droga, su aceptación social y las presiones de los iguales pueden considerarse como los principales determinantes para el consumo inicial de drogas; sin embargo, la personalidad y la vulnerabilidad genética individual son factores que también influyen sobre la percepción de la droga. La frecuencia del abuso de sustancias, asociada con otro trastorno mental, como trastorno bipolar o esquizofrenia, es llamada patología dual.

Esquizofrenia y otras psicosis

“Es un proceso de transformación profunda de la persona que deja de construir sus vínculos con los demás para perderse en un caos imaginario,” Bleuler.

Es un trastorno complejo en el cual se alteran múltiples funciones mentales, como la cognición, el afecto, la percepción, el pensamiento, el juicio el lenguaje, causando deterioro global. El término esquizofrenia fue acuñado por Bleuler en 1908 y describe los síntomas principales: alteraciones en las asociaciones y en la afectividad, presencia de autismo y ambivalencia.

Dentro del trastorno del pensamiento se presentan alucinaciones y delirios, lenguaje desorganizado e incoherente, comportamiento desorganizado, catatónico, síntomas negativos, apatía, alergia, anhedonia, abulia y aplanamiento afectivo.

Su prevalencia es del 1%, y en su etiopatogenia intervienen factores genéticos, ambientales, neurológicos e inmuoendocrinológicos.

Abuso sexual

El abuso sexual infantil (ASI) es una de las formas de maltrato infantil más tardíamente estudiada; su revelación conlleva perdurables consecuencias psicológicas.

Estudios nacionales e internacionales han constatado una prevalencia de entre 10% y 20% de la población; una de cada cinco niñas es abusada, y en el 80% de los casos el abuso es intrafamiliar (tío, padrastro o amigo de la familia, padre biológico, abuelo).¹²

No existe un síntoma único ni un conjunto de síntomas psicológicos específicos que permitan su detección o diagnóstico unívoco, lo que ha hecho que sea tan difícil de detectar por los profesionales de la salud.

El ASI no es un diagnóstico psicopatológico ni psiquiátrico. Es una causa de trauma y un factor de riesgo grave para sufrir diferentes consecuencias.

El abuso sexual infantil se define como involucrar a niños y adolescentes, dependientes e inmaduros en cuanto a su nivel de desarrollo, en actividades sexuales que no pueden comprender ni consentir y que violan los tabúes sociales o roles parentales.

Se caracteriza por actividades sexuales como manoseo de genitales o de la zona anal, exposición a actividad sexual adulta, exposición a material pornográfico, exhibicionismo o masturbación, y no solamente penetración.

La importancia del relato del niño o adolescente es primordial. Los profesionales deberán estar

entrenados, disponibles y comprometidos.

En cada etapa evolutiva del niño o adolescente se valorará la capacidad narrativa a través de juegos y conductas.

Pesquisa para el sistema de salud

Indicadores específicos:

- Lesiones o sangrado anal/genital, cicatrices, inflamaciones
- Embarazo
- Cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (descartada la transmisión vertical)
- Otras infecciones de transmisión sexual: clamidiasis; tricomoniasis; herpes genital; hepatitis A, B, C; virus del papiloma humano (HPV)
- Presencia de espermatozoides o líquido seminal

Indicadores inespecíficos:

- Trastornos psicósomáticos
- Pérdida de función del desarrollo (enuresis, encopresis)
- Conocimiento sexual, más allá del adecuado al nivel de desarrollo
- Juegos sexualizados con muñecos
- Introducción de objetos en genitales
- Masturbación excesiva
- Comportamiento seductor con el adulto
- Búsqueda de estimulación sexual en los demás

Ley 26601/05: Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes

En la detección del abuso sexual infantil será responsable de su denuncia cualquier persona que tomara conocimiento de la situación de abuso: docentes, preceptores, pediatras, adultos. Ante la sospecha o conocimiento de abuso sexual infantil, la responsabilidad de la denuncia corresponde a los profesionales de la salud, docentes y adultos responsables.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se solicita al familiar que realice la denuncia policial, como medida de credibilidad, confianza y cuidado del niño. Si presenta negativa, la denuncia la realiza el médico de guardia; el objetivo es aplicar el protocolo.

Los delitos contra la integridad de los menores de 18 años son de instancia pública, es decir,

cualquier persona puede denunciar ante el sistema de administración de justicia, donde se iniciarán las acciones penales de oficio.

Las principales consecuencias psicopatológicas se pueden agrupar en cinco dominios.

Relaciones interpersonales: Aislamiento social, dificultades en vínculos de pareja, dificultades familiares.

Conductas socioadaptativas: Hostilidad, agresividad, aislamiento y retracción social, autolesiones.

Trastornos emocionales: Trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares.

Trastorno límite de personalidad: Ideación y conducta suicida.

Trastornos funcionales: Dolor físico, conversiones, trastornos de conducta alimentaria, trastorno disociativo, trastorno por somatización, trastornos ginecológicos, abuso de sustancias.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia que azota al mundo desde diciembre de 2019, como consecuencia de la infección masiva y el contagio generalizado, distintos gobiernos han instalado medidas para prevenir la propagación del virus y dar tiempo al

sistema de salud para prepararse y asistir a más personas.

Una de las medidas adoptadas ha sido el aislamiento social, que ha comenzado a producir un impacto social y emocional profundo.

Los trastornos psiquiátricos se consideran una segunda pandemia, no solo consecuencia del estrés que produce la cuarentena y la pérdida de seres queridos, sino la amenaza permanente, la incertidumbre y el miedo al contagio. Se reportan aumentos en los trastornos de ansiedad, depresión y de estrés postraumático.

Las poblaciones más vulnerables y postergadas son los adultos mayores y los afectados por enfermedades orgánicas y psiquiátricas preexistentes.

Es necesario asegurar que la psiquiatría se incluya en el diseño de planes de emergencia, especialmente en la participación de psiquiatras, en función de garantizar la asistencia a poblaciones vulnerables y con preexistencia en salud mental.

Es situaciones de crisis es necesario el esfuerzo colectivo y la mirada hacia todos los dominios, humano, social y económico, que garanticen la asistencia de toda la población.

Referencias

- Herrera Huerta C. Compendio de psiquiatría clínica. Generalidades. AILANCYP. México; 2020.
- De la Barra FM, Vicente BP, Saldivia SB, Melipillán RA. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Rev Méd Clín Condes 2012; 23(5): 521-529.
- De la Barra FM. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudio de prevalencia. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2009; 47(4): 303-314.
- Rey J. e-Textbook of child and adolescent mental health. IACAPAP.
- Guevel CG. Estadísticas vitales. Información básica (Vol. 5). Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>.
- Moyano B. Trastorno de ansiedad en la población infantojuvenil. En Alvano S. Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Segunda ed.; 2016. Pp. 627-636.
- Alonso M. Depresión unipolar en niños y adolescentes. En Alvano S. Trastornos depresivos y de ansiedad (Primera ed.).
- Salas Hernández LP. Estrés postraumático. En Herrera Huerta C. Compendio de psiquiatría clínica. AILANCYP: México; 2020.
- Biederman J, Petty C, Hirshfeld-Becker y col. Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. Psychitr Res 2007; 153(3): 245-252.
- Hernandez Neri A. Trastornos del espectro bipolar. En Herrera Huerta C. Compendio de psiquiatría clínica. AILANCYP: México; 2020.
- Barajas Pérez G. Trastorno de conducta alimentaria. 2020.
- Pereda N, Gallardo Pujol D. Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. Barcelona, 2010.

COVID-19: impacto de la pandemia en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva de los adolescentes

COVID-19: pandemic impact on adolescent sexual and reproductive health care

Silvia Ciarmatori¹

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto drástico en la salud pública. Aunque los adolescentes y adultos jóvenes tienen un riesgo bajo de hospitalización y muerte por COVID-19, en comparación con grupos de otras edades, la enfermedad puede afectar otros aspectos de su salud física, mental y social. Desde el inicio de la pandemia se ha tenido en cuenta que la atención a la salud sexual y reproductiva (SSR) es un servicio esencial que no debe ser interrumpido; sin embargo, algunos aspectos de la atención de la SSR pueden verse afectados. El acceso a métodos anticonceptivos podría deteriorarse como efecto directo de la interrupción de la atención de la SSR, así como resultado indirecto de la disminución de los ingresos personales y familiares debido a la pandemia. El acceso al asesoramiento podría verse disminuido debido a una reducción en la oferta de la atención y por el menor acercamiento a los centros de salud, dado el temor de la gente al contagio y las restricciones en la movilidad que impone el aislamiento. Afortunadamente, la telemedicina nos ofrece la posibilidad de brindar un "acercamiento sin contacto", dando mensajes congruentes y frecuentes para ayudar a las niñas, adolescentes y mujeres. Los jóvenes de hoy son nativos digitales que están muy familiarizados con esta modalidad, por lo que pueden hacer un mejor aprovechamiento de ella. Finalmente, siempre que sea posible, los métodos reversibles de larga duración (LARC, por su sigla en inglés) deben ofrecerse como método anticonceptivo de primera línea debido a la menor posibilidad de discontinuación. Las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales combinados pueden tener mayor riesgo de trombosis si presentan una infección grave por COVID-19. Por lo tanto, en mujeres con factores de riesgo, considerar elegir métodos anticonceptivos de progestágeno solo.

Palabras clave: pandemia de COVID-19, salud sexual y la salud reproductiva, adolescentes, telemedicina, acceso a métodos anticonceptivos

Summary

COVID-19 pandemic has had a dramatic impact on public health. Although adolescents and young adults are at low risk of hospitalization and death from COVID-19 compared to other age- groups, the disease can affect other aspects of their physical, mental and social health. Since pandemic's beginning, sexual and reproductive health care (SRH) was considered an essential service that should not be interrupted; however, some aspects of SRH care might be affected. Access to contraceptive methods could deteriorate as a direct effect of the SRH care interruption, as well as an indirect result of the decrease in personal and family income due to the pandemic. Counseling access could decrease due to a reduction in the care offer and because of the people's fear of contagion and reduced transport options to go to health centers. Fortunately, we can use telemedicine to offer a "no touch" approach, giving consistent and frequent messages to help girls, adolescents, and women. Today's youth are digital natives who are very familiar with this modality and can make a better use of it. Finally, whenever it's possible LARCs must be offered as first line contraceptive method due to its low rate of discontinuation. Combined Hormonal contraceptives methods users may be at an increased risk of thrombosis if they present severe COVID-19 infection. Therefore, consider choosing progestogen only contraceptive methods in women with risk factors

Keywords: COVID-19 pandemic, adolescence, sexual health and reproductive health, telemedicine, contraceptive methods access

INTRODUCCIÓN

La vida de todos nosotros ha cambiado desde la aparición de la pandemia por COVID-19 en

marzo de 2020. El impacto de la infección ha ido mucho más allá de las cuestiones de salud, para afectar a la humanidad en muchos otros aspectos que jamás podríamos haber imaginado: en lo económico, en lo social, en lo cultural, en lo político, en lo psicológico, en la educación, en los hábitos cotidianos...

¹. Jefa de la Sección Planificación Familiar, Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Médica de planta, Sección Reproducción y sección Ginecología Endocrinológica, Especialista en Reproducción Humana. Docente Universidad de Buenos Aires, IUHIBA. Expresidente de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.

Recuerdo haber escrito en un artículo, a poco de iniciarse la cuarentena, que *“el impacto de la pandemia pondrá de manifiesto las desigualdades ya existentes, en el acceso a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, para impactar desproporcionadamente en la salud, el bienestar y la estabilidad económica de las mujeres, las niñas y poblaciones vulnerables”*.¹ La historia ha mostrado más de una vez que, en este tipo de situaciones, las mujeres, las niñas y los grupos marginados son los que llevan la carga más pesada de las devastadoras consecuencias económicas y sociales. Y en lo que hace específicamente a la salud, otras epidemias ya nos han enseñado que la interrupción de la asistencia sanitaria de servicios considerados no relacionados con la epidemia ha provocado más muertes que las causadas por la epidemia misma.^{2,3} De ahí que la atención de la salud sexual y la salud reproductiva haya sido considerada un servicio esencial que no debe interrumpirse.^{4,5}

Hoy, a varios meses de haberse instalado el aislamiento social preventivo y obligatorio, resulta interesante revisar algunos aspectos en lo que hace a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el contexto de pandemia, poniendo el foco en la anticoncepción. Si bien los adolescentes no son considerados un grupo de alto riesgo para contraer la infección o sufrir la forma grave de la enfermedad, la pandemia puede afectar su salud sexual y reproductiva de manera indirecta. En este sentido, analizaré algunos puntos críticos sobre la anticoncepción en adolescentes en época de pandemia, a saber: el acceso a los métodos anticonceptivos (MAC), el acceso a la consejería y el impacto de la infección por COVID-19 en la elección del MAC.

EL ACCESO A LOS MAC

Según un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha impactado sobre las necesidades insatisfechas de planificación familiar en América Latina y el Caribe, llevándolas a los niveles que se registraban antes de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo, de 1994.⁶ Desde ese año a la fecha, gracias al compromiso y al esfuerzo que asumieron los países de la región, el nivel de necesidades insatisfechas de planificación familiar

descendió del 16% al 11.4%. Pero a partir de la pandemia, el acceso a la anticoncepción se vio afectado en la región por dos motivos: impactar sobre la provisión pública y afectar la capacidad de las personas para adquirir los métodos anticonceptivos modernos en las farmacias con sus propios recursos. Esta situación aumentará el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar. Según este informe, del total de mujeres que deban interrumpir el uso de anticonceptivos en nuestro país durante la pandemia, el 65% lo hará afectado por una retracción de los ingresos familiares, mientras que el 35% restante lo hará por dificultades de aprovisionamiento de anticonceptivos modernos en los servicios públicos de salud, así como por discontinuidad de los servicios o por una disminución en la demanda, vinculada al temor al contagio.⁶

Es interesante notar que el impacto en el acceso a los MAC va a ser mayor en nuestro país que en otros países de la región, independientemente de que se considere el sector de atención público o privado. Esto tiene que ver con que los MAC que se usan predominantemente en nuestro país son los métodos de corta duración (condones, anticonceptivos orales, inyectables, vaginales o transdérmicos).⁷ La pandemia afecta fundamentalmente el acceso a este tipo de anticonceptivos, ya sea por la interrupción de la cadena de abastecimiento o por la disminución de ingresos en los hogares; sin embargo, estos factores no afectan a las usuarias de métodos permanentes o métodos reversibles de larga duración o LARC (del inglés, *long acting reversible contraception*) (implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos [DIU]). En ese sentido, la Argentina presenta una vulnerabilidad mayor que el promedio de los países de la región, puesto que el 81% de las usuarias de métodos anticonceptivos modernos utilizan los de corta duración, mientras que en la región el promedio es del 57%.⁷

A pesar de que nuestro país cuenta con un programa de provisión gratuita de la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos, muchas mujeres los adquieren en las farmacias. El informe del UNFPA proyecta, a través de un modelo econométrico, cómo afectará la adquisición de los MAC el incremento de la pobreza vinculado con la pandemia.⁶ Como consecuencia de la crisis económica, la proporción de población pobre

en la República Argentina subirá, durante 2020, del 26.7% al 37.5%, o más.⁸ Esto significa que en la Argentina habrá una disminución de ventas de anticonceptivos, y que más de 700 000 mujeres que venían adquiriendo sus anticonceptivos modernos de corta duración en farmacias, interrumpirán su uso durante 2020 como consecuencia de la COVID-19. Esta cifra podría aumentar a un millón si la pandemia se extendiera, el confinamiento durara un año más y el impacto económico continuara prologándose.⁶

También fueron estimadas las restricciones en el acceso a los anticonceptivos en la provisión pública mediante la evaluación de las limitaciones en la oferta de MAC y de la retracción en la demanda de estos. Estas estimaciones se realizaron sobre la base del relevamiento de los registros sobre cantidades de cada insumo disponibles, compras públicas en curso y consumos mensuales de cada anticonceptivo. Basándose en estos datos, se estima que un total de 379 000 mujeres que venían recibiendo sus anticonceptivos modernos de corta duración en servicios públicos de salud de la Argentina, interrumpirán su uso durante 2020 como consecuencia de la COVID-19. Si se suman entonces las 700 000 mujeres que en el ámbito privado adquieren los MAC en las farmacias, más las 379 000 mujeres a quienes se proveen los MAC en el sector público, se calcula que más de un millón de mujeres que viven en la Argentina interrumpirán el uso de métodos anticonceptivos modernos.⁶ Considerando que antes de la pandemia la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos era casi de 6.5 millones de usuarias, se estima que la COVID-19 generará una retracción en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos del orden del 17%.

Esto podría traducirse en un aumento proporcional de embarazos no intencionados, abortos provocados y muertes maternas y neonatales. Y aunque no existen registros actuales sobre qué proporción de estas mujeres afectadas corresponde a la población adolescente, es probable que alrededor del 20% de estas usuarias sean menores de 20 años. Según la Organización Mundial de la Salud, entre las niñas de 15 a 19 años, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte a nivel mundial.⁹

Otro aspecto importante a considerar en relación con el acceso a los MAC tiene que ver con las

recomendaciones emanadas desde las diferentes sociedades científicas al inicio de la cuarentena, y la necesidad de reconsiderar esos lineamientos en función de cómo ha evolucionado la pandemia en nuestro país durante estos meses. Desde el punto de vista epidemiológico, los especialistas vienen señalando que es probable que en nuestro país la pandemia tenga un comportamiento diferente al observado en otros países. Es probable que no ocurra el tan comentado “pico”, sino que más bien la pandemia se presente como una “meseta” prolongada. Esto obliga a reanalizar las recomendaciones que se dieron al principio de la cuarentena, que se basaban principalmente en recomendaciones internacionales, diseñadas en países que nos precedían en la evolución de la pandemia. En varias de estas guías se sugería posponer la colocación de LARC hasta después que pasara el tan famoso “pico”, y que se administraran en su reemplazo métodos de corta duración. Sin embargo, dada la diferencia de la curva epidemiológica en la Argentina, los métodos LARC deben colocarse cuando la paciente lo solicite; no debe posponerse su colocación. En el caso de los anticonceptivos de corta duración, deberá facilitarse su provisión entregando de a tres o más cajas. La aprobación del decreto que habilita a las farmacias a aceptar las recetas en formato electrónico es otra medida acertada en pos de facilitar el uso continuo de los MAC.

EL ACCESO A LA CONSEJERÍA

Otro aspecto clave a considerar en la eficacia de los MAC es el asesoramiento en el momento de la elección del MAC y su posterior seguimiento. En diferentes estudios se ha demostrado que para disminuir la tasa de embarazos no intencionados no solo es importante garantizar la provisión de los MAC, sino que también es clave brindar un asesoramiento completo y comprensivo de los métodos, y monitorizar su uso de manera intensiva.¹⁰ La consejería es crucial para lograr un uso correcto y continuo de los MAC. En ese sentido, la pandemia también puede poner en jaque la posibilidad de ofrecer consejería. En situación de pandemia, los sistemas de salud enfocan toda la atención médica en los pacientes afectados por el virus, se reduce la oferta de atención por carencia de equipamiento de protección personal, e incluso la misma población deja de acudir a los centros

de salud por el temor al contagio, así como por restricciones de movilidad. La importancia de estos factores ha sido documentada en epidemias anteriores.^{11,12} Por ello, atendiendo a esta situación, desde el inicio de la pandemia numerosos organismos internacionales y sociedades científicas advirtieron sobre el impacto que podría llegar a tener la interrupción o la pérdida de confianza en los servicios de salud reproductiva.¹³⁻¹⁵ Se puso mucho énfasis en la importancia de que los servicios de maternidad y salud pública planificaran con anticipación la estrategia de cómo se debería ofrecer el servicio, para minimizar los retrasos en el acceso y la atención recibida, y garantizar la provisión de métodos anticonceptivos. Con el objeto de disminuir la posibilidad de contagio, la estrategia propuesta por diferentes organismos internacionales fue el “acercamiento sin contacto” o “primero, digital”:¹⁴ en otras palabras, que la estrategia a priorizar fuera la atención vía telemedicina.¹⁶ La telemedicina fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 como la prestación de servicios médicos empleando tecnologías de la información y las comunicaciones donde la distancia es un factor crítico.¹⁷ La recomendación generalizada fue entonces, siempre que sea posible, brindar atención a través de teleconsulta utilizando distintos canales como SMS, WhatsApp, videollamadas, llamadas telefónicas o plataformas diseñadas ad hoc. En el contexto de la cuarentena, en la situación de autoaislamiento o con opciones de transporte reducidas, es esencial que haya mensajes consistentes y frecuentes, para ayudar a las niñas, adolescentes y mujeres con capacidad de gestar, a buscar asesoramiento temprano y tomar decisiones oportunas.

En esta situación de emergencia la telemedicina ha demostrado muchísimas ventajas, a saber:

- Es una forma de comunicación rápida, efectiva y económica.
- Es posible utilizar dispositivos altamente accesibles (*smartphones*, tabletas, PC) optimizando los recursos materiales de toda la red de salud sin importar la distancia geográfica.
- Libera la demanda de consultas ajenas a la pandemia en los sistemas público y privado de salud.¹⁸

Pero la “no presencialidad” también presenta algunas limitaciones, entre las que pueden citarse:

- Limitación en el encuentro personal en la relación médico-paciente.

- Falta de privacidad por el contexto en el que los pacientes realizan la consulta.
- Posibilidad de socavar la confidencialidad de los datos y la intimidad de pacientes.
- Fragilidad sobre la posibilidad de auditoría del acto médico digital.
- Incertidumbre médico-legal por la ausencia de un marco regulatorio específico.
- Falta de cobertura de algunas aseguradoras en litigios que surgieran a partir de teleconsultas.
- Imposibilidad de garantizar el acceso a la tecnología digital a toda la población.¹⁹

En la atención de los adolescentes por telemedicina, una de las principales limitaciones es la frecuente falta de privacidad en el momento y en el lugar en el que la o el adolescente realiza la consulta. Los adolescentes viven generalmente con sus padres, mayores a cargo y hermanos, y no siempre disponen de un ámbito separado del resto de los convivientes en el que puedan realizar la consulta sin ser interrumpidos o escuchados por alguno de sus familiares. Esto afecta la privacidad del acto médico. Por otra parte, si bien en los centros urbanos la mayor parte de la población dispone de un dispositivo móvil, esta no es la realidad de todos los adolescentes más jóvenes, de 12 o 13 años, o que viven en zonas más periféricas, o de las poblaciones más humildes. A esto se suma el problema de la conectividad, que se ve limitada –o incluso no existe– en los lugares más pobres o más periféricos.

La telemedicina también puede presentar dificultad para los profesionales, para la pesquisa o el diagnóstico de ciertas situaciones, que sí podrían ser detectadas en la presencialidad. Tal es el caso del abuso sexual y de los casos de violencia de género, que pueden aumentar en situación de pandemia debido al confinamiento, la mayor exposición a los perpetradores en el hogar, la precariedad económica y el acceso limitado a los servicios de protección.

Más allá de estas limitaciones, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) afirma que la atención a través de plataformas de video o por vía telefónica debe verse como un efecto beneficioso surgido gracias a la pandemia. Esta forma innovadora de atención resulta adecuada para el cuidado de las necesidades anticonceptivas. Y agrega que esta modalidad resultará provechosa para los jóvenes a largo plazo, ya que

a través de la telemedicina se puede proporcionar un servicio de alta calidad y de gran alcance, minimizando los riesgos para los pacientes y los profesionales.²⁰ Por otra parte, los adolescentes de hoy, al ser nativos digitales, están muy familiarizados con las tecnologías de la comunicación y resulta más sencillo para ellos conectarse a las teleconsultas que para la mayoría de los adultos.²¹

EL IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS 2019 EN LA ELECCIÓN DEL MAC

Conforme se fue avanzando en el conocimiento de la infección por coronavirus 2019, se supo que aquellos individuos que desarrollaban la forma grave de la enfermedad sufrían eventos tromboticos casi en el 100% de los casos.²² Tal es así, que algunas editoriales se preguntaban si la infección por coronavirus 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) no se trataba en realidad de una nueva enfermedad tromboembólica.²³ Habida cuenta de que la anticoncepción hormonal con estrógenos se asocia con mayor riesgo de trombosis, surgió una gran preocupación en el ámbito de la ginecología por el temor de que las pacientes usuarias de MAC con estrógenos estuvieran expuestas a un riesgo trombotico inusualmente alto en caso de contagiarse con coronavirus 2019. Aunque no existía evidencia concreta, esta preocupación teórica llevó a formular una serie de recomendaciones, entre las que se destacaba la limitación en el uso de anticonceptivos con estrógenos.^{24,25}

Hoy, a varios meses de iniciada la pandemia, no se han publicado estudios en los que se haya constatado un aumento significativo de episodios tromboticos en usuarias de MAC combinados. Aun así, parece recomendable tomar ciertas precauciones a la hora de indicar este tipo de anticoncepción.²⁶

USO DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DURANTE LA PANDEMIA (INICIO/CONTINUACIÓN)

En las adolescentes que ya están utilizando métodos con estrógenos, debe mantenerse la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados en cualquiera de sus formulaciones: anticonceptivos combinados orales (ACO), parches, inyectables y anillos vaginales.^{27,28}

En adolescentes con diagnóstico de COVID-19 que presenten sintomatología respiratoria grave o neumonía, o factores de riesgo trombotico arterial o venoso, se sugiere rotar a anticoncepción con pastillas de sólo gestágeno (*progestogen only pills*, POP). Si no presentan factores de riesgo, pueden continuar con la anticoncepción combinada.²⁶

En caso de adolescentes que presenten la forma grave de la enfermedad y que requieran internación en cuidados críticos, debe retirarse la anticoncepción hormonal combinada y, además, recibir anticoagulación.²⁴⁻²⁶

Las adolescentes a quienes se les haya retirado o cambiado la anticoncepción combinada podrán volver a usarla una vez curadas y recuperada la movilidad habitual.

Para las adolescentes sin diagnóstico ni sospecha de COVID-19 que desean iniciar un método hormonal combinado (ACO, parches, inyectables o anillos vaginales), se mantienen los mismos requisitos de siempre y se consideran los mismos criterios de elegibilidad para quienes presenten algún cuadro patológico. También se puede sugerir a las adolescentes utilizar, en primera instancia, POP.^{24,26,27,29} Todas las mujeres que pueden utilizar ACO pueden usar también POP; incluso mujeres con hipertensión arterial o que presenten algún factor de riesgo para el uso de estrógenos.

La administración de anticoncepción de emergencia puede hacerse en cualquier circunstancia, ya que no existen contraindicaciones para ella. Se puede repetir todas las veces que sea necesario, aunque sea más de una vez en el mismo ciclo.^{26,27,29}

USO DE LARC DURANTE LA PANDEMIA (INICIO/CONTINUACIÓN)

Tanto para las adolescentes como para las mujeres adultas, los métodos de mayor eficacia anticonceptiva son los LARC: implante subdérmico, DIU de cobre y DIU de levonorgestrel (DIU-LNG). Al principio de la pandemia, en varias publicaciones se sugería posponer su colocación, dado que el uso de estos métodos requiere de al menos una consulta médica presencial y el procedimiento de la colocación podría considerarse un contacto estrecho.²⁷ Sin embargo, el procedimiento en sí mismo no implica, en principio, mayor riesgo de complicaciones en el contexto de la pande-

mía.²⁶ Y con los recaudos necesarios y la protección adecuada, el procedimiento de la colocación no debería comportar mayor riesgo de contagio, tanto si el médico como la paciente fueran individuos infectados asintomáticos. La decisión de avanzar con el procedimiento de la colocación dependerá de cómo se encuentre en cada lugar el sistema de salud frente al curso de la pandemia.

En el caso de adolescentes que soliciten iniciar el uso de un LARC, deberán tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:²⁶

- *Antes de la colocación:* Debe realizarse la consulta de asesoramiento previo, siempre que sea posible, de manera digital, por cualquiera de los canales. Deberá informarse las características del método, las ventajas y las desventajas, los cambios en el patrón de sangrado, y efectuarse el rastreo de posibles síntomas de infección por coronavirus 2019. Idealmente, contactarse el día anterior para confirmar la asistencia de la paciente y realizarle preguntas sobre su estado de salud, para saber si tiene síntomas compatibles con COVID-19. Recordar a la paciente la obligación de asistir a la consulta con tapabocas.

- *Para el momento de la colocación:* Los turnos deberán agendarse con una duración no menor de 30 minutos para evitar la aglomeración de pacientes en la sala de espera. Al ingreso al centro de salud o al consultorio, se debe realizar nuevamente un triage o cuestionario breve con preguntas para identificar los posibles síntomas asociados con COVID-19 (si la mujer presenta algún síntoma compatible con la COVID-19, se suspende el procedimiento y se le indica el circuito de atención correspondiente). En la sala de espera, debe indicarse el distanciamiento, exigir el uso del tapabocas y ofrecer alcohol en gel para limpieza de manos.

- *En la consulta:* Los procedimientos de colocación de un LARC deberán realizarse respetando los requisitos de la práctica habitual. Dado que se trata de una situación potencial de contacto estrecho, es importante que el profesional utilice un equipo de protección personal. Mínimamente debe portar: guardapolvo, barbijo triple capa, protección ocular (antiparras o anteojos) y guantes.

- *Control posterior a la colocación:* A las usuarias de anticoncepción intrauterina debe ofrecerse, en lo posible, un control presencial. Si esto no fuera posible, acordar una teleconsulta, para

reforzar los conceptos sobre los cambios en el patrón de sangrado, pesquisar síntomas asociados con la colocación y conversar sobre ellos. A las adolescentes usuarias de DIU-LNG y que estén en amenorrea o hipomenorrea, informar que deben realizar una consulta frente a la aparición de un sangrado importante o de mayor volumen que el que venían presentando, para descartar la expulsión del DIU-LNG. Las usuarias de implante subdérmico no necesitan realizar control presencial posterior a la colocación, pero sí es recomendable que realicen una teleconsulta para, al igual que con los DIU, reforzar los conceptos sobre los cambios en el patrón de sangrado, y conversar –y muchas veces tranquilizar– sobre síntomas asociados con la colocación del método.

En el caso de adolescentes que ya están usando un LARC y que consultan para retirarlo y colocar uno nuevo porque el dispositivo se está venciendo en ese momento, debe informarse que:

- El DIU-LNG de 52 mg (Mirena®) puede mantenerse un año más (hasta seis años), manteniendo su eficacia anticonceptiva.³⁰⁻³²

- El implante subdérmico puede mantenerse un año más (hasta cuatro años), manteniendo su eficacia anticonceptiva.^{27,31,33,34}

- Lo mismo cuenta para el DIU con cobre (puede mantenerse un año más).^{27,35}

- El DIU-LNG de 13.5 mg (Blusiri®) debe cambiarse al cumplirse los tres años de uso.²⁷

Si la adolescente que está usando un LARC desea retirarlo porque está disconforme con el método, debe realizar previamente una consulta remota por cualquiera de los canales, para conversar los pros y contras de retirarlo y definir previamente con qué método va a continuar.^{26,27} Si finalmente persiste la decisión de retirarlo, (especialmente en los casos de estar experimentando efectos adversos o frente a la sospecha de infección), se combina una consulta presencial.

Si la usuaria desea retirar un LARC para buscar un embarazo, es importante conversar acerca de lo que se sabe y de lo que no se sabe actualmente sobre los riesgos de cursar un embarazo en el contexto de la pandemia³⁶ e indicar ácido fólico. Es importante que la mujer reflexione que, en caso de quedar embarazada, deberá concurrir a los controles prenatales, lo cual implica mayor probabilidad de exposición, y que es posible que durante el curso de la pandemia existan restric-

ciones en el acceso a los servicios de salud ante eventuales complicaciones. En caso de decidir interrumpir el LARC, se combina una consulta presencial para la extracción.

ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO POSPARTO O POSABORTO PARA LA ADOLESCENTE

En estos momentos, en los que la pandemia obliga al aislamiento social y muchos de los servicios de planificación están total o parcialmente cerrados, debe promoverse la anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPE), que consiste en que la adolescente se vaya de alta después del evento obstétrico con el método anticonceptivo, especialmente un LARC.³⁷

La estrategia de AIPE constituye una oportunidad única para brindar y proveer a toda persona con capacidad de gestar, y especialmente a las adolescentes, el método anticonceptivo en el marco de una atención médica integral. La AIPE asegura el uso del MAC, evita la necesidad de regresar al sistema de salud y disminuye el riesgo de un embarazo no intencionado. Para hacer un uso óptimo de esta estrategia es clave iniciar el asesoramiento durante la atención prenatal, enfatizando la importancia del espaciamiento de los nacimientos.³⁸

CONSIDERACIONES FINALES. ¿EL FUTURO?

Aunque todavía es imposible avizorar cuál será el impacto final de la pandemia, es indudable que sus consecuencias moldearán en varios aspectos las conductas y la atención de la salud sexual y reproductiva de adultos y adolescentes.

A medida que el aislamiento social y las prácticas de distanciamiento físico disminuyan, es posible que se dé un período de “recuperación del tiempo perdido”, en el que aumente la actividad sexual. La fatiga psicológica, producto de las restricciones prolongadas al comportamiento social debido al coronavirus 2019, podría llevar a que los adolescentes tengan más relaciones sexuales sin protección.²¹

Un cambio favorable impulsado por la pandemia es la atención médica por telemedicina. Si

esta sigue siendo una opción para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, es esperable que los adolescentes y adultos jóvenes sean la población que más adhiera a esta modalidad, alcanzando a un número mayor de adolescentes que con la clásica modalidad presencial. Las innovaciones en esta área, como la teleconsulta y la prescripción electrónica de anticonceptivos, ayudarán a ampliar el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva para los jóvenes. Sin embargo, el uso de estos enfoques innovadores de la atención puede aumentar la brecha en el acceso a los servicios de atención para los jóvenes particularmente marginados, de bajos recursos o los jóvenes sin hogar. La crisis económica provocará que muchos adolescentes dejen de tener una cobertura médica prepaga o pierdan la obra social, producto de que sus padres se quedaron sin trabajo. En este contexto, es posible que el sector público no pueda dar respuesta a todos los adolescentes que necesitan atención, tanto en la modalidad presencial como virtual.

Los cambios en el uso de los métodos anticonceptivos de corta duración serán otra área importante para evaluar en los próximos años. La posibilidad de futuras oleadas de infección por coronavirus debería impulsar la tendencia hacia el uso de LARC. Un motivo más para seguir educando en los beneficios ya reconocidos de estos MAC.

Los distintos aspectos que conforman el modo en que los adolescentes recorren la transición hacia la edad adulta, incluidas las decisiones sobre educación, trabajo, formación de una pareja y el proyecto reproductivo, se verán afectados por la pandemia y sus consecuencias económicas y sociales. Aun cuando el distanciamiento social ya no sea tan necesario, se harán evidentes los trastornos sociales que la pandemia de COVID-19 haya causado y siga causando en la vida de los jóvenes en general, y el impacto sobre su salud, en particular. Para mitigar este efecto, resulta clave diseñar una estrategia global y coordinada, que anticipe y dé soluciones a las inevitables consecuencias de la COVID-19, en la que los derechos sexuales y reproductivos estén en el centro de las medidas de salud pública.

Referencias

- Ciarmatori S. Salud sexual y reproductiva en épocas de pandemia... Más allá del COVID 19. *Revista AMAdA* 2020; 16(1).
- McQuilkin PA, Udhayashankar K, Niescierenko M, Maranda L. Health-care access during the ébola virus epidemic in Liberia. *Am J Trop Med Hyg* 2017; 97: 931-936.
- Hall KS, Samari G, Garbers S y col. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet* 2020; 395: 1175-1177.
- Tran NT, Tappis H, Spilotros N y col. Not a luxury: a call to maintain sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings during the COVID-19 pandemic. *Lancet Glob Health* 2020; pii: S2214-109.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Essential services in sexual and reproductive healthcare. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-position-essential-srh-services-during-covid-19-march-2020/>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América latina y el Caribe. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World contraceptive use. 2020. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2020.asp>.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean). Addressing the growing impact of COVID-19 with a view to reactivation with equality: new projections. Santiago, Chile: 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/en/publications/45784-addressing-growing-impact-covid-19-view-reactivation-equality-new-projections>.
- WHO Adolescents: health risks and solutions WHO Newsroom 2018. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- Birgisson N. Preventing unintended pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Women's Health* 2015; 24(5): 349-353.
- Bietsch K, Williamson J, Reeves M. Family planning during and after the West African ébola crisis. *Stud Fam Plann* 2020; 51: 71-86.
- Brolin Ribacke KJ, Van Duinen AJ, Nordenstedt H y col. The impact of the West Africa ébola outbreak on obstetric health care in Sierra Leone. *PLoS One* 2016; 11: e0150080.
- WHO. Coronavirus disease (COVID-19) and sexual and reproductive health. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>.
- FIGO. COVID-19 Anticoncepción y planificación familiar. Disponible en: <https://www.figo.org/covid-19-anticoncepcion%CC%81n-planificacio%CC%81n-familiar>.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Advice for women seeking contraception, abortion and other sexual and reproductive healthcare during the COVID-19 pandemic.
- BASHH, FSRH & BHIVA. Sexual health, reproductive health and hiv services: emergency COVID-19 contingency plan paper for government. Disponible en: <https://www.fsrh.org/home/>.
- WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Hollander J. Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *NEJM* 2020; 382(18): 1670-1689.
- Maglio I. Medicina digital, inteligencia artificial y nuevos confines de la responsabilidad civil. *LegalTech* 2018; 213. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=93472>.
- Sutton J. Youth and family planning during COVID-19. FIGO, Aug 2020. Disponible en: <https://www.figo.org/es/node/2199>.
- Lindberg LD, Bell DL, Kantor LM. The sexual and reproductive health of adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2020. DOI: 10.1363/psrh.12151.
- Bikdeli B, Madhavan M, Jimenez D. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, anti-thrombotic therapy, and follow-up. *J Am Col Cardiol* 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.031>.
- Debuc B, Smadia D. Is COVID-19 a new hematologic disease? *Stem Cell Rev Rep* 2020; 12: 1-5.
- Sociedad Española de Contracepción (SEC). Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la salud sexual y reproductiva durante el estado de alarma sanitaria por la pandemia del COVID-19. Disponible en: <http://sec.es/sec/posicionamiento-sec-covid-19/>.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH CEU clinical advice to support provision of effective contraception during the COVID-19 outbreak. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-clinical-advice-to-support-provision-of-effective/>.
- Ciarmatori S. Recomendaciones de AMAdA en relación al manejo del uso de métodos anticonceptivos durante la pandemia 2019. *Revista AMAdA* 2020; 16(1).
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Advice for women seeking contraception, abortion and other sexual and reproductive healthcare during the COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://www.fsrh.org/how-to-access-contraception-coronavirus/>.
- WHO. Q&A: contraception/family planning and COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>.
- RCOG & FSRH. Contraception contingency plan during COVID-19. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/example-contraception-contingency-plan-during-covid-19-mar-2020/?preview=true>.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH CEU). Recommendation on extended use of the etonogestrel implant and 52 mg levonorgestrel-releasing intrauterine system during COVID restrictions. 20 March 2020. Disponible en: <https://yourship.uk/wp-content/uploads/2020/04/fsrh-recommendation-on-extended-use-of-the-etonogestrel-implant-srh-1.pdf>.
- McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q y col. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the US Food and Drug Administration-approved duration. *Obstetrics and Gynecology* 2015; 125(3): 599.
- Rowe P, Farley T, Peregoudov A y col. Safety and efficacy in parous women of a 52 mg levonorgestrel-medicated intrauterine device: a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. *Contraception* 2016; 93(6): 498-506.
- Ali M, Akin A, Bahamondes L y col. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod* 2016; 31: 2491-2498.
- Thaxton L, Lavelanet A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive implant duration. *Int J Gynaecol Obstet* 2019; 144(1): 2-8.
- Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception* 2014; 89(6): 495-503.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH CEU: information to support management of individuals requesting to discontinue contraception to plan a pregnancy during the Covid-19 outbreak. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-information-to-support-management-of-individuals/>.
- FSRH RCOG & RCM. FSRH RCOG & RCM statement provision of contraception by maternity services after childbirth during the Covid-19 pandemic. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-rcog-rcm-statement-postpartum-contraception-covid19/>.
- ACOG Committee opinion immediate postpartum long-acting reversible. *Contraception* 670, 2016. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2016/08/immediate-postpartum-long-acting-reversible-contraception.pdf>.

Acompañando en la diversidad. A propósito de un caso

Accompanying in diversity. A case report

Valeria Bulgach,¹ Vanina Nielsen,² Roberto Mato³

Resumen

Se presenta el caso de Sofía, de 14 años, asignada femenina al momento de nacer y en seguimiento hospitalario por síncope. Durante la entrevista a solas, manifiesta disconformidad con el cuerpo en el que nació y ya hace unos meses eligió un nombre con el que quiere ser identificado. Se realiza abordaje interdisciplinario y se describe el proceso de atención. Consideraciones finales: Creemos indispensable el acompañamiento a las personas en proceso de transición, y a sus familias, desde el abordaje integral, ya que la no aceptación lleva muchas veces a una disrupción o rechazo. Debemos ser garantes de brindar respeto, asesoramiento, prevención, tratamiento y seguimiento, al igual que toda la población, implementando programas de inclusión y respeto a los derechos humanos de todas las personas.

Palabras clave: atención integral, diversidad, acompañamiento

Summary

This is the case of a 14-year-old, named Sofía, she was assigned female sex at birth. She was under study for syncope. Alone, during the interview, she expressed discomfort with the body in which she was born and a few months ago she chose a name with which he wants to be identified. An interdisciplinary approach is carried out and the care process is described. Final considerations: We believe it is essential to accompany people and their families during the process of transition with a comprehensive approach. Family and personal non-acceptance often leads to disruption or rejection. We must guarantee provision of respect, advice, prevention, treatment and follow up. Implementing inclusion programs and respect for the human rights of all people must be provided.

Keywords: comprehensive approach, diversity, accompaniment

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de salud tenemos la necesidad y el compromiso de implementar una atención integral para todos los adolescentes que nos consultan. Dicha atención integral consiste en una mirada que permita diseñar prácticas profesionales que apunten a mejorar su salud física, mental y social. Desde esta perspectiva, se entiende que el abordaje de la salud no puede reducirse sólo al plano corporal o biológico.

Para abordar la salud de manera integral y respetando las diversidades, es muy importante que podamos reflexionar acerca de nuestras creencias, sentimientos y acciones para evitar que nuestros prejuicios afecten la atención.

Cada vez hay más jóvenes, y sus familias, que se acercan a la consulta de sus pediatras para solicitar información y apoyo sobre los procedimientos médicos que algunos de ellos pueden necesitar a la hora de transitar un cambio de género. Por lo cual, el papel del pediatra será fundamental a la hora de contener y orientar. Es importante que acompañemos los deseos de los adolescentes que quieran modificar su corporalidad proporcionándoles información que tenga como prioridad cuidar su salud física y psíquica, teniendo en cuenta el medio en el que desarrollan sus vidas.¹

La Ley Nacional N° 26743 (Ley de Identidad de Género), de 2012,² constituye un hito a nivel nacional, e incluso mundial, por el cambio de paradigma que representa. Garantiza a todas las personas el reconocimiento a la identidad de género autopercebida y el acceso a la salud integral de acuerdo con su expresión de género, sin que medie ningún diagnóstico, peritaje médico, psicológico o psiquiátrico.³ En consonancia con los Principios de Yogyakarta, el artículo 2 de la ley de-

1. Médica pediatra, especialista en adolescencia. Médica de planta, Unidad de Adolescencia y Transición, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

2. Licenciada en Psicología. Psicóloga de planta, Servicio de Salud Mental, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

3. Jefe de Clínica, Unidad de Adolescencia y Transición, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

fine la identidad de género como *“la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer”*. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. Asimismo, también incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

La idea de que las características biológicas determinan nuestra sexualidad ha cambiado. En el sentido individual, el elemento clave en la sexualidad no es el sexo biológico sino las ideas que cada persona elabora sobre sí misma, sobre quienes la rodean y en relación con el deseo y el placer, entre otras cosas. No existe una sola forma de sexualidad, sino que existen tantas sexualidades como culturas en el mundo, tantas expresiones, comportamientos y formas de vivir la sexualidad, como civilizaciones y pueblos han existido, ya que las sexualidades han sido diferentes en el tiempo y seguirán variando en el transcurso de este.

Para entender la diversidad, es necesario diferenciar conceptos centrales relacionados con la sexualidad, el género y la identidad:

Sexo biológico: Características biológicas y físicas usadas típicamente para asignar el género al nacer, como son los cromosomas, los niveles hormonales, los genitales externos e internos y los órganos reproductores.

Género: Construcción social, cultural y psicológica que determina el concepto de mujer, de hombre y de otras categorías no binarias o normativas. Es la conceptualización de nuestra identidad y comportamientos.

Identidad de género o identidad sexual: Es la percepción y manifestación personal del propio género. Es decir, cómo se identifica alguien, independientemente de su sexo biológico. Las categorías masculinas y femeninas no lo abarcan todo: hay muchas maneras de estar en el mundo.

Expresión de género: Es cómo las personas expresan su identidad a través de modales, vestimenta, modos de hablar y modificaciones de la apariencia del cuerpo. No siempre la identidad de género coincide con la expresión de género.⁴

Los nuevos paradigmas en la sociedad y sus emergentes en relación con la sexualidad, obligan a toda la población, y en especial a los profesio-

nales de salud, a ampliar la mirada. Debemos revisar, investigar y actualizarnos en búsqueda permanente de las mejores estrategias para cumplir nuestra función, y dar respuesta a las demandas que surgen en la atención.

CASO CLÍNICO

Sofía es una adolescente de 13 años que presenta seguimiento hospitalario por síncope. Estuvo en tratamiento durante unos meses con atenolol, medicación que luego es suspendida con el cese de los síntomas.

Como estudios complementarios presenta electroencefalograma de sueño, laboratorio y electrocardiograma dentro de límites normales. Se solicita comenzar seguimiento con el servicio de adolescencia.

Durante la entrevista a solas, la adolescente manifiesta que nunca se sintió cómoda con el cuerpo con el que nació, cuenta que desde que comenzó la pubertad, con los cambios típicos, empezó a tener mayor incomodidad con su cuerpo. Lo describe como *“sentirse distinta”, “haber nacido en el cuerpo equivocado”*, por lo cual comenzó a pensar en la necesidad de cambiarse el nombre y que pudieran llamarlo por alguno con el que se sintiera mejor. Ya hace unos meses decidió llamarse Martín, ante lo cual acordamos llamarlo por el nombre elegido y con los pronombres relativos a su identidad de género autopercibida.

Martín relata que convive con su mamá y su hermana de 18 años. No tiene relación con su padre. Su madre se enteró hace un mes de su decisión, primero le contó que sentía atracción por personas de su mismo sexo y luego, hace un mes, se animó a contarle su decisión del cambio de su nombre. Desde su menarca se siente molesto con sus ciclos menstruales y ponerse traje de baño en época de verano. Cuenta que pudo hablar con sus profesores y compañeros sobre su decisión y se sintió aceptado. Con su mamá, la relación es buena.

La madre manifiesta en la consulta, delante de su hijo, lo difícil que se le hace llamarlo Martín. Explica para ella, su sensación de duelo hacia el nombre elegido al nacimiento. Lloró en la consulta manifestando que, si bien quiere acompañar a su hijo en sus cambios y decisiones, le cuesta la idea de que pueda sufrir con el giro que hará en su vida.

Desde el abordaje se realizaron consultas interdisciplinarias con el equipo de salud mental y ginecología. Se inhibieron los ciclos menstruales con acetato de leuprolide y se comenzaron entrevistas con el fin de poder acompañar a Martín y a su familia en su decisión, y a la par, ayudarlo a defender sus derechos.

DISCUSIÓN

En muchos aspectos, la entrevista con el adolescente es distinta de la pediátrica, lo que obliga muchas veces a modificar el modelo de atención clásico, y tiene como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. En la búsqueda de este objetivo, resulta fundamental el conocimiento de tres principios básicos: autonomía, beneficencia y confidencialidad.

Siempre que sea posible propondremos una entrevista a solas, lo que nos permitirá profundizar en el motivo inicial de consulta y completar la historia psicosocial. Este encuentro representa, muchas veces, la única y última oportunidad que tiene el médico para orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo.

En el caso clínico, observamos como una escucha respetuosa permite a Martín desplegar sus preocupaciones y las cuestiones relacionadas con su identidad de género.

Según Rafferty,⁵ la identidad de género suele desarrollarse en etapas:

Alrededor de los 2 años: Los niños toman conciencia de las diferencias físicas entre varones y mujeres.

Antes de los 3 años. La mayoría de los niños se pueden identificar como varones o mujeres con facilidad.

A los 4 años: La mayoría de los niños tienen un sentido estable de su identidad de género.

Como refiere este autor, muchos de los niños/as trans manifiestan inconformidad con su género a muy temprana edad y despiertan sospechas en los padres. Sin embargo, a muchos de ellos/as les cuesta aceptar esta realidad e intentan evitar o afrontar un diálogo acerca del tema de forma directa.⁶ El malestar se manifiesta de diferentes modos: la incomodidad con la ropa que les ponen; la dificultad para hacer amigos; la imposibilidad de adquirir las habilidades del propio sexo; el aislamiento; el pedido de tener el pelo largo

o de tenerlo corto; la negación a ir a la escuela para no tener que enfrentarse a las burlas de los compañero/as o a la falta de sensibilidad de los maestros/as.

Poder dar lugar a que el/la paciente exprese la forma en que quiere ser llamado es fundamental en nuestra práctica. *"Nuestro nombre no es un dato menor en nuestras vidas."* Es lo que nos designa y, de muchas maneras, nos menciona. De niños/as aprendemos antes nuestros propios nombres que el concepto del yo. Y es una de las primeras cosas que los niños/as trans piden: ser llamados por un nombre que les pertenezca. Nombre que se irá afirmando en ellos/as a lo largo del tiempo.⁷ El costo psíquico de vivir una vida oculta es altísimo. No poder expresar quién uno es y cómo se siente afecta todas las áreas de la vida.⁸

Nuestra labor, siempre en interdisciplina, debe ser contribuir a la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan el trabajo de acompañamiento, reconocimiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas, desde un modelo de atención que propicie la confianza y el respeto, en lugar de la crítica y la exclusión.⁹

Acompañar es más simple de lo que parece: significa habilitar un espacio para la expresión de las necesidades y deseos de los niños y niñas.

*"Para llevar a cabo el desarrollo de un modelo de atención despatologizante de las identidades trans, es necesario que la función evaluadora de los profesionales sea reemplazada por una función de acompañamiento. Nos referimos a un acompañamiento donde prevalezca la autonomía de la persona y no la necesidad de sustituirla en las decisiones. Lo pensamos, en todo caso, como un proceso compartido. Existen infinitas formas de construir subjetividad, todas legítimas. Por eso consideramos fundamental estar abiertos a las diferentes trayectorias, de la misma manera que se debe contemplar lo cultural, lo social y lo económico."*¹⁰

Muchas veces, la creencia familiar es que el hijo/a sufrirá el rechazo en otros ámbitos –sistema educativo, dificultades en el acceso a la salud, imposibilidad de tener un trabajo formal–, hasta temores de que estén expuestos a mayores riesgos como el maltrato por parte de las fuerzas de seguridad, el consumo problemático de alcohol, las drogas o las ideas de suicidio.

Según Valeria Pavan, coordinadora del Área de Salud de la Comunidad Homosexual Argentina y

coordinadora del Programa Integral para las identidades trans: *"Se debe tener presente que con este tema la primera que excluye es la familia, luego la institución escolar y por último el mercado laboral"*. Por su parte, Claudia Frola, infectóloga e investigadora de la Fundación Huésped y del Hospital Fernández, sostiene que *"la aceptación de la familia es uno de los recursos fundamentales para afrontar la vida y la estigmatización. Por eso es tan importante no sólo acompañar a esa persona individual en su transición, sino también dar herramientas a su entorno"*.

Los padres suelen atravesar un abanico de sensaciones que van desde la sorpresa, la angustia, el miedo, la desilusión, la culpa y el enojo hasta el shock. Por lo general, los adultos interpretan las actitudes de los niños/as como caprichos, extravagancias o juegos, y muchas veces se lo atribuyen a un error en la crianza, se sienten culpables y buscan corregirlo. Muchas madres relatan el dolor de ver a su hijo/as sufrir durante la infancia y la falta de información que ellas como madres reciben para poder acompañarlo/a.

Según Gabriela Mansilla (mamá de Luana, primera niña trans argentina en obtener su DNI tras la sanción de la Ley de Identidad de Género) y fundadora de la Asociación Civil Infancias Libres, cada vez son más las familias que se acercan para pedir ayuda en el proceso, y ya no preguntan cómo *"curarlos/as o cambiarlos/as"*, sino cómo acompañarlos/as desde el amor. Asegura que no hay nada que instruir, es simplemente *"aprender a escuchar a tu hijo o hija y tener sentido común"*.¹¹

Desde las organizaciones y asociaciones que trabajan y abordan la temática, explican que el trabajo más arduo es con los adolescentes, ya que es la edad más difícil, porque el cuerpo atraviesa muchos cambios hormonales. Transitar el secundario es difícil para cualquier adolescente, pero de por sí, las adolescencias trans presentan un segundo desafío porque deben enfrentarse a todos los prejuicios.

El libro *La revolución de las mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio*,¹² es un trabajo realizado de manera colectiva, impulsado por el Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires junto al Bachillerato Popular Trans Mocha Celis, orientado a la población trans. Este libro parte de la información reunida en *La Gesta del Nombre Propio* (2005) y la comple-

ta y enriquece a partir de una nueva investigación, que amplía el alcance de sujetos, incorporando a los varones trans. Según las cifras preliminares del informe, se triplicó la cantidad de personas trans que estudian, así como de un 58% pasó a un 87% el porcentaje de personas que controlan periódicamente su salud, lo que podría, en algún tiempo, mejorar y aumentar la expectativa de vida, que actualmente no supera los 40 años.

La medicina también debe acompañar a esta población en su transición. Según el Dr. Helien, médico psiquiatra y director del Grupo de Atención a Personas Transexuales (GAPET), autor del libro *Cuerpxs equivocadx: Hacia la comprensión de la diversidad sexual, existe "una deuda en el sistema de salud: la ley es realmente de avanzada y otorga derechos, pero no tiene un correlato activo en las políticas públicas de atención a las personas trans en el país porque en muy pocos lugares se las atiende de forma integral" (...)* *"no hay formación profesional, no existe en grado ni en posgrado y los profesionales mantienen esto por su propio esfuerzo"*.

El abordaje siempre merece ser interdisciplinario e individualizado, acompañado de un esfuerzo por comprender los deseos y las expectativas de cada persona. Respecto del abordaje con la familia en la consulta, creemos que es necesario poder contener y acompañar también los sentimientos que pueda presentar, sin juzgarlos, entendiendo que la familia también debe emprender una transición para poder acompañar a su hijo/a.

En la guía de atención para adolescentes LGBTI, sigla compuesta por las iniciales de las palabras lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex, sugieren una serie de recomendaciones para asesorar a los familiares y cuidadores:

Ofrecer información adecuada y especializada.

Indagar sobre el nivel de discriminación y prejuicios que la familia pueda tener, qué ubican como causas, y si presentan sentimientos de culpa.

Informarlos sobre la importancia de brindar contención a sus hijos/as, dado que la aceptación refuerza la autoestima de los niños/as y adolescentes y disminuye los riesgos de sufrir depresión, ansiedad y consumo de sustancias.

También, informar a la familia sobre las consecuencias que trae la falta de apoyo en la *"salida del closet"* o en la transición.

Sugerir asociaciones o grupos que acompañen a las familias en estos procesos.

Helien y Piotto plantean: *“El rol que deberían asumir los adultos es ofrecerle a ese niñx su ayuda, cuidado y cobijo. Nada distinto de lo que un adulto debe brindarle a cualquier niñx del mundo. Pero mucho más en el caso de criaturas que pueden estar expresando dudas sobre su identidad de género. Esto es muy importante, porque si la reacción primaria de su familia y la escuela –sus primeros medios sociales– es la censura a cualquier tipo de expresión que ni siquiera ese niñx puede ni sabe calificar, no se podrá avanzar hacia un acompañamiento saludable”*.⁷

CONSIDERACIONES FINALES

Múltiples estudios muestran que el apoyo de los padres se relaciona con mayor satisfacción con la

vida y protección contra la depresión. Asimismo, el acompañamiento, la empatía en la consulta y la visión integral son herramientas necesarias para mejorar la calidad en la atención, que permite una infancia reconocida, libre de prejuicios y estigmas. El desafío es grande e implica cuestionar la heteronorma, como organización básica de la sociedad occidental. Debemos ser garantes, como profesionales de la salud, de que ninguna persona, sea la situación diversa por la que consulte, quede por fuera del sistema de salud. Esto representa uno de los pasos necesarios para permitir que puedan crecer libres y desarrollarse sanamente en una sociedad más inclusiva, justa, equitativa e igualitaria.

Referencias

1. Escobar JC, Chiodi A. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Salud y adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud. 1era edición. pp. 15-17, 53, 87-89, 2017. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001080cnt-salud-adol-lgbti.pdf>. (consultado el 20/9/2020).
2. Ley Nacional N° 26.743. Disponible en: http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley_26743_identidad_de_genero.pdf (consultado el 20/9/2020).
3. Provincia del Neuquén, Subsecretaría de Salud Pública. Guía de atención integral de salud de personas trans. Aportes locales para los equipos de salud 2018.
4. Profamilia, identidades de género. Diversidad sexual. Disponible en: <https://profamilia.org.co/aprende/diversidad-sexual/identidades-de-genero/> (consultado el 20/9/2020).
5. Rafferty J. El desarrollo de la identidad de género en los niños. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/gradeschool/Paginas/gender-identity-and-gender-confusion-in-children.aspx>. (consultado el 20/9/2020).
6. Zabaleta E. Realidad silenciada: Aceptar que mi hijo/a es transgénero. Mundo psicólogos 2017. Disponible en: <https://www.mundopsicologos.com/articulos/realidad-silenciada-aceptar-que-mi-hijo-a-es-transgenero>. (Consultado el 20/9/2020).
7. Helien A, Piotto A. Cuerpos equivocados (hacia la comprensión de la diversidad). Paidós. Buenos Aires. Argentina 1ra. Edición; 2012.
8. Dominzain J, Pava, V. La experiencia de la niñez trans. Nunca es el cuerpo equivocado. Universidad Nacional de San Martín. Anfibia. Disponible en: <http://revistaanfibia.com/cronica/nunca-es-el-cuerpo-equivocado/> (consultado el 20/9/2020).
9. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud 2015.
10. Pavan V. Niñez trans: experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad. Universidad Nacional de General Sarmiento, 2019.
11. Braconi C. Infancias trans: la lucha de las familias por defender la identidad de sus hijos. La Nación. 26 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/infancias-trans-lucha-familias-defender-identidad-sus-nid2223242>. (consultado el 20/9/2020).
12. Ruiz A, Las Mochas, Pravato Fuster L y col. La revolución de las mariposas, A diez años de la gesta del nombre propio. Buenos Aires; 2017.

Síndrome de Edwards: presentación de una adolescente de 17 años con sangrado uterino excesivo

Edwards syndrome: heavy menstrual bleeding in a 17 year-old girl

Dolores Ocampo,¹ Gisel Rahman,² María Inés Salaberry,² Anahi Rubinstein²

Resumen

El síndrome de Edwards, o trisomía 18, es una anomalía cromosómica numérica cuya etiología es la trisomía de todo o gran parte del cromosoma 18. Su incidencia se calcula en 1 en 10 000 nacimientos. Aproximadamente el 90% de los pacientes fallecen en el primer año de vida, y son excepcionales los casos que alcanzan la adolescencia. Se presenta el caso de una adolescente de 17 años con diagnóstico de síndrome de Edwards que consultó por sangrado uterino excesivo, forma frecuente de alteración del ciclo menstrual en los primeros años posmenarca.

Palabras clave: síndrome de Edwards, sangrado uterino excesivo, adolescente

Summary

Edward's syndrome, also known as trisomy 18 (T18), is a genetic condition caused by additional copy of chromosome 18 that caused a wide range of several medical conditions. The incidence is approximately 1 in 10 000 live births. Children have a poor prognosis for a very high rate of infant mortality; 90% of patients died in the first year of life. This is a case report of a 17 years-old-girl with trisomy 18 referred to the Pediatric Gynecology Unit with heavy menstrual bleeding, one of the most frequent reasons for gynecological consultation during the first postmenarchal years.

Keywords: Edward's syndrome, heavy menstrual bleeding, adolescent

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Edwards, o trisomía 18, es una anomalía cromosómica cuya etiología es la trisomía de todo o gran parte del cromosoma 18. Su incidencia se calcula en 1 en 10 000 nacimientos.¹ Se presenta con mayor frecuencia en mujeres (3:1) y suele manifestarse con múltiples anomalías congénitas.² Se observa: restricción del crecimiento intrauterino y retraso del desarrollo psicomotor y mental, malformaciones en el sistema nervioso central, esternón corto, cardiopatía congénita, y alteraciones urogenitales y de los miembros. Aproximadamente el 90% de los pacientes fallecen en el primer año de vida, y son excepcionales aquellos que alcanzan la adolescencia.^{3,4}

El motivo de esta publicación es presentar el caso de una adolescente de 17 años, portadora de síndrome de Edwards, que consultó por sangrado uterino excesivo de diez días de evolución,

destacando lo infrecuente de la supervivencia en la adolescencia.

Consideraciones éticas: Se solicitó la autorización a los padres de la niña para la presentación del siguiente caso. Los datos han sido anonimizados.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad cronológica, con diagnóstico de síndrome de Edwards diagnosticado al nacimiento: trisomía en línea pura: 47,XX, +18 [30], que consultó por sangrado menstrual abundante de diez días de evolución a la Unidad de Ginecología Infante Juvenil del Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Nació a las 37 semanas de edad gestacional con bajo peso (2250 g). Presentó un fenotipo peculiar que condicionó una evaluación multidisciplinaria en la etapa neonatal: hipotonía, hipertricotosis, quinto dedo de la mano corto con un solo pliegue y limitación a la flexión. El diagnóstico genético se confirmó a los 20 días de su nacimiento. Presentó dificultad respiratoria, cardiopatía congénita (comunicación interventricular) y retraso madura-

1. Médica pediatra. Unidad de Ginecología Infante Juvenil, Hospital Sor María Ludovica de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

2. Médica ginecóloga. Unidad de Ginecología Infante Juvenil, Hospital Sor María Ludovica de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

tivo. Como la mayoría de los casos, requirió una cirugía cardiovascular en la etapa neonatal. Comenzó a caminar a los 6 años, y desarrolló una escoliosis grave. En relación con el proceso puberal presentó la telarca a los 12 años y la menarca a los 15 años, seguida de ciclos menstruales regulares (Figuras 1 y 2).

En el examen físico se halló: frecuencia cardíaca: 88 latidos por minuto, tensión arterial:

100/70 mm Hg, talla: 140 cm (< P3), y peso: 38 kg (< P3). Las mamas: estadio IV de Tanner con asimetría marcada debido a la escoliosis grave (Figuras 3 y 4). En la evaluación genital se observó: vello pubiano, estadio de Tanner 4, himen presente y sangrado genital activo de escaso volumen.

Se solicitaron los siguientes estudios complementarios: hemoglobina: 12.8 g/dl, hematocrito: 36.9 g/dl, concentración de protrombina: 99%,



Figura 1. Fenotipo peculiar: talla baja asociada con bajo peso con dificultad en la estabilidad.



Figura 3. Escoliosis grave.



Figura 2. Quinto dedo de la mano corto, con un solo pliegue y limitación a la flexión.



Figura 4. Imagen de rayos X que muestra la escoliosis grave.

recuento de plaquetas: 390 000 μ l, tiempo de trombina: 14.9 s, TSH: 1.8 μ m/ml, determinación de HCG β : no detectable (mU/ml). La ecografía ginecológica no mostró afección orgánica alguna, a pesar de ser dificultosa por falta de repleción vesical debido a la falta de control de esfínteres.

Se indicó tratamiento hormonal para evitar un cuadro de anemia aguda y mejorar su calidad de vida. El tratamiento consistió en 20 mg de acetato de noretisterona en forma oral, en dosis decrecientes durante 14 días, con cese del sangrado a las 48 horas. Posteriormente, se indicaron tres ciclos del mismo progestágeno en fase lútea para regularizar el ciclo menstrual, con buena evolución. En la actualidad, se encuentra sin medicación y con controles periódicos.

DISCUSIÓN

El síndrome de Edwards, o trisomía 18, es la tercera anomalía cromosómica más frecuente luego del síndrome de Down y la microdelección del 22q11.2.⁵ Estos casos suelen presentar numerosas anomalías congénitas. En relación con las malformaciones genitales en las niñas, se ha descrito hipoplasia de labios mayores, con clítoris prominente y malformaciones uterinas. Aproximadamente el 90% de los pacientes fallecen en el primer año. Sin embargo, aquellos que sobreviven, logran alcanzar los 10 años de vida.⁶

No se conocen exactamente los factores que contribuyen a la supervivencia prolongada en estos casos raros. Se ha descrito mayor supervivencia en el sexo femenino y en los niños de otras razas distintas de la blanca.⁷ Los problemas más frecuentes en los pacientes con larga supervivencia son: la dependencia en las actividades cotidianas,

el retraso psicomotor y las infecciones respiratorias.⁸ En este caso particular, el motivo de consulta fue por sangrado uterino excesivo, sin signos de repercusión general, como taquicardia, palidez cutaneomucosa o anemia. La pérdida de más de 80 ml de sangre, que en términos prácticos se podría describir como el sangrado que excede los ocho días de duración o demanda el cambio de paños o tampones cada 1 o 2 horas, define el sangrado uterino excesivo.^{9,10} En los primeros años posmenarca, los ciclos anovulatorios son la principal causa debido a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. La paciente tuvo una buena respuesta al tratamiento con progestágenos, similar al de la población general.

Es probable que la cirugía cardiovascular a temprana edad, asociada con el cuidado familiar, sea un factor condicionante para haber alcanzado esta edad. La evidencia de los últimos años muestra que algunos niños con trisomía 18 pueden vivir durante años en su casa después de una intervención médica o quirúrgica (incluida la cirugía cardíaca, sondas de gastrostomía, soporte respiratorio, entre otros factores), con informes de casos de personas que viven durante más de una década.¹¹

Se publica este caso por el hecho infrecuente de tratarse de una adolescente de 17 años con diagnóstico de un síndrome genético con una baja tasa de supervivencia, cuyo motivo de consulta fue un sangrado uterino excesivo, frecuente en la etapa perimenárquica. Existe escasa bibliografía publicada respecto de los motivos de consulta en la etapa puberal de las pacientes con síndrome de Edwards. El abordaje de esta alteración en la adolescencia constituye un desafío.

Referencias

- Springett A, Wellesley D, Greenlees R y col. Congenital abnormalities associated with trisomy 18 or trisomy 13: a registry-based study in 16 European Countries, 2000-2011. *Am J Med Genet A* 2015; 167 A: 3062-3069.
- Embleton ND, Wyllie JP, Wright MJ y col. Natural history of trisomy 18. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 1996; 75: 38-41.
- Meyer RE, Liu G, Gilboa SM y col., for the National Births Defects Prevention Network. Survival of children with trisomy 13 and trisomy 18: a multi-state population-based study. *Am J Med Genet A* 2016; 170(4): 825-837.
- Banka S, Metcalfe K, Clayton-Smith J. Trisomy 18 mosaicism: report of two cases. *World J Pediatr* 2013; 9(2): 179-181.
- Pérez Aytés A. Trisomía 18 (síndrome de Edwards) (trisomía 18) *Protoc Diagn Ter Pediatr* 2010; 1: 96-100.
- Nelson KE, Rosella LC, Mahant S, Guttmann A. Survival and surgical interventions for children with trisomy 13 and 18. *JAMA* 2016; 316(4): 420-428.
- Rasmussen SA, Wong LY, Yang Q y col. Populations-based analysis of mortality in Trisomy 13 and Trisomy 18. *Pediatrics* 2003; 111(4): 777-784.
- Torres M, Marugan J, Rodríguez L. Supervivencia de 14 años en una paciente con síndrome de Edwards: Reporte de caso. *An Pediatr* 2005; 63(5): 457-468.
- Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorder Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 143: 393-408.
- Peacock A, Alvi NS, Mushtaq T. Period problems: disorders of menstruation in adolescents. *Arch Dis Child* 2012; 97: 554-560.
- Maeda J, Yamagishi H, Furutani Y y col. The impact of cardiac surgery in patients with trisomy 18 and trisomy 13 in Japan. *Am J Med Genet A* 2011; 155: 2641-2646.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires adhirió al protocolo nacional que brinda acceso a la interrupción legal del embarazo

Protocol for the comprehensive care of legal abortion in the City of Buenos Aires

Sandra Vázquez,¹ Fabián Portnoy,² María Alicia Gutiérrez,³ Julio Bustamante⁴

El 16 de julio de 2020, la Legislatura porteña aprobó la adhesión de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) al “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación y actualizado en 2019. Su aprobación se realizó en una sesión que contó con la participación de todos los diputados y las fuerzas políticas.

La adhesión a dicho protocolo salda una vieja deuda que la CABA tenía con las mujeres y los equipos de salud, ya que no se contaba con un instrumento propio que garantizara el acceso a este derecho y ofreciera a los equipos sanitarios la tranquilidad de trabajar en un marco de legalidad y servicios garantizados. No se trata de una ley que consagra nuevos derechos, sino que garantiza los que ya están vigentes desde hace cien años, en pos de asegurar la accesibilidad de la práctica y dar lineamientos para una atención médica de calidad por parte de los profesionales de la salud que atienden casos de embarazos producto de violación, o situaciones en las que el embarazo pone en riesgo la salud integral o la vida de la persona gestante.

Sus contenidos están basados en la mejor evidencia científica disponible y avanzan para garantizar los derechos sexuales y reproductivos desde el principio de equidad, proveer información científicamente convalidada y proteger y acompañar a los equipos de salud.

La CABA ha sido pionera en la formulación e implementación de políticas y programas innovadores dentro de lo que hoy conocemos como el campo de la salud sexual y reproductiva. Al adherir al protocolo nacional, ratifica su compromiso con su propia historia y, como ya fue mencionado, salda una vieja deuda con las mujeres y los equipos sanitarios.

Sabiendo que, en los últimos años, los equipos de hospitales y centros de salud barriales han desarrollado un gran trabajo en la ciudad, garantizando el acceso de las mujeres a este derecho, era crucial para estos equipos tener una legislación que cumpliera dos funciones: por un lado, estipular claramente los procedimientos avalados por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, por otro lado, proveer tranquilidad en términos de legalidad para su operatividad.

EL PROTOCOLO: SUS PRINCIPIOS Y ACCIONES

El protocolo plantea los procedimientos de acceso al aborto no punible por causales previstas en la República Argentina en el Código Penal (art. 86) desde el año 1921. Sin embargo, el dictado del fallo “F.A.L. s/Medida autosatisfactiva (F. 259 XLVI)” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en 2012, interpretó el art. 86 en forma amplia y marcó con énfasis la necesidad de garantizar el acceso seguro a los abortos no punibles en todo el país, eliminando barreras institucionales y judiciales que impedían o restringían a las mujeres acceder a un derecho reconocido por la ley. El mismo fallo tuvo en cuenta posiciones de la OMS en la materia y distintos pronunciamientos del Comité de Derechos Humanos y del Comité de

1. Médica especialista en Ginecología, Directora ejecutiva de FUSA AC.

2. Médico, Magister, Coordinador de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, Ministerio de Salud, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

3. Magister en Ciencias Sociales, Coordinadora Área de Advocacy de FUSA AC.

4. Abogado, Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

los Derechos del Niño, ambos de Naciones Unidas, que dieron la mayor significación a la cuestión.

Es importante aclarar que se trata del acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) y no a la interrupción voluntaria del embarazo, como lo planteó el proyecto de legalización presentado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito en 2018.

La ILE supone la intervención del equipo de salud y formas validadas científicamente para el procedimiento. Esto es lo que define el protocolo: la legalidad y las líneas de acción para su aplicación en el sistema de salud.

El protocolo, en su última actualización, plantea los derechos de las personas y las responsabilidades del sistema de salud; caracteriza la situación del aborto, tanto en el mundo como en la Argentina; especifica el marco jurídico del derecho a la interrupción de un embarazo, y las causales que habilitan su interrupción legal: por situaciones de salud y por violación. Además, especifica los criterios del consentimiento informado para las mujeres, niñas y adolescentes; las personas con discapacidad, y las personas con sentencia judicial vigente de restricción de capacidad.

También plantea el rol y la función de los equipos de salud, su responsabilidad profesional, los plazos, la objeción de conciencia y el abordaje frente a la demanda en términos de información y consejería, y los criterios de atención, del mismo modo que las técnicas a utilizar. Se plantea la importancia de brindar un método anticonceptivo una vez realizado el procedimiento.

Es un manual muy detallado de todos los pasos a seguir para la concreción de una ILE sobre la base del acceso a la salud integral, desde una perspectiva de derechos humanos.

LA SITUACIÓN DEL ABORTO EN CABA

En 2007, el entonces Programa de Salud Sexual y Reproductiva (desde 2016: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS) comenzó a implementar las consejerías en reducción de riesgos y daños orientadas a las mujeres que se acercaban a los equipos de salud para manifestar su intención de interrumpir un embarazo. Su misión era brindarles información fehaciente y confiable sobre los distintos métodos para hacerlo en condiciones seguras, y que dispusieran de opciones en ese momento de gran vulnerabilidad.

En 2014 se comenzó a fortalecer una política pública de acceso a la ILE, con la compra y distribución de la medicación que se utiliza actualmente para realizar dicha práctica (misoprostol).

Ante una consulta por embarazo no deseado, el médico y el equipo que reciben a la persona evalúan en primer lugar el encuadre de la situación, esto es si la situación presentada es susceptible de encuadrarse en alguna de las causales que habilita la ley para la interrupción.

En el caso de que la situación se encuadre como una interrupción legal, la respuesta será brindada en un establecimiento de primer nivel o de segundo nivel, siguiendo la política de red de cuidados progresivos que estructura la atención de la salud de la población dentro del sistema público porteño.

En el primer nivel de atención (Centros de Salud y Acción Comunitaria [CeSAC]), el procedimiento es ambulatorio y hasta las 12.6 semanas de gestación, tal como lo recomiendan las guías de procedimiento producidas en nuestro país y por la OMS (2014). En estos casos, la interrupción se realiza mediante tratamiento farmacológico (misoprostol).

Las gestaciones mayores de 12.6 semanas se resuelven en el segundo nivel de atención (hospitales generales y maternidad Sardá). Las situaciones que reciben son, en general, derivadas desde el primer nivel de atención, y la interrupción se realiza durante la internación. Según la situación de la mujer y la capacitación y experiencia de los equipos intervinientes, se utiliza tratamiento farmacológico (con misoprostol) u otros métodos instrumentales, incluyendo el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE). Un objetivo referido a la calidad de la atención es la erradicación del legrado o RUE en el mediano plazo, tal como recomiendan los lineamientos internacionales (Ipas, 2018).

ESTABLECIMIENTOS QUE DAN RESPUESTA

En 2014, la respuesta se concentraba casi de modo exclusivo en dos hospitales generales de agudos (Álvarez y Argerich) y en un CeSAC; de este modo, el 89% de las situaciones fueron cubiertas por hospitales (Figura 1). Este cuadro se fue revirtiendo de modo sostenido: en 2015 prácticamente la mitad de las situaciones ya eran asistidas en el primer nivel de atención, y en 2016 se inicia

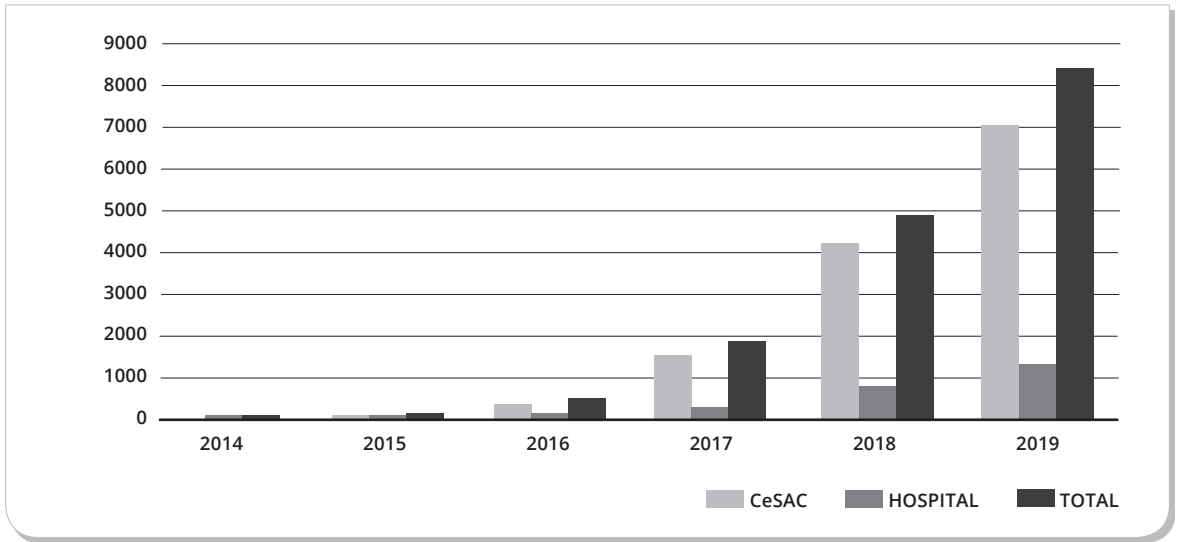


Figura 1. Distribución de acceso a ILE por tipo de establecimiento (proporción); CABA, 2014-2019.

Fuente: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud de la CABA. CSSSeITS, 2020.

la tendencia que confirma a los CeSAC como la principal puerta de acceso a las ILE. Para 2019, el primer nivel de atención dio acceso al 84% (7052) de las 8388 ILE realizadas en ese año (Figura 1).

Edad de las mujeres

Las personas que accedieron a una ILE en 2019 (Figura 2) tenían entre 8 y 49 años; los grupos más voluminosos fueron los de 20 a 24 y 25 a 29 años. La edad promedio de las mujeres asistidas fue 26.5 años.

El 14% de las situaciones se produjeron en ado-

lescentes (10 a 19 años). De estas, 58 eran niñas que tenían entre 8 y 14 años, y 1133, entre 15 y 19 años.

Causales en las que se encuadró la ILE

En nuestro país, las ILE se definen en función de las causales habilitadas por el Código Penal; estas son: causal salud (física, psíquica o social), riesgo para la vida y violación. Los casos de “feto incompatible con la vida” se pueden encuadrar en la causal salud, cuando se detectan antes de las 24 semanas de gestación. En los casos en los que la interrupción se realiza luego de las 24 semanas, esta se encuadra en los permisos que habilita la Ley 1044, conocida como “Ley de adelantamiento del parto”.

La causal (o causales) por la cual los equipos de salud dan lugar a la ILE surge de la información que intercambian con la mujer cuando llega al establecimiento. El equipo de salud puede identificar más de una causal para dar lugar a la ILE, y por esto las causa-

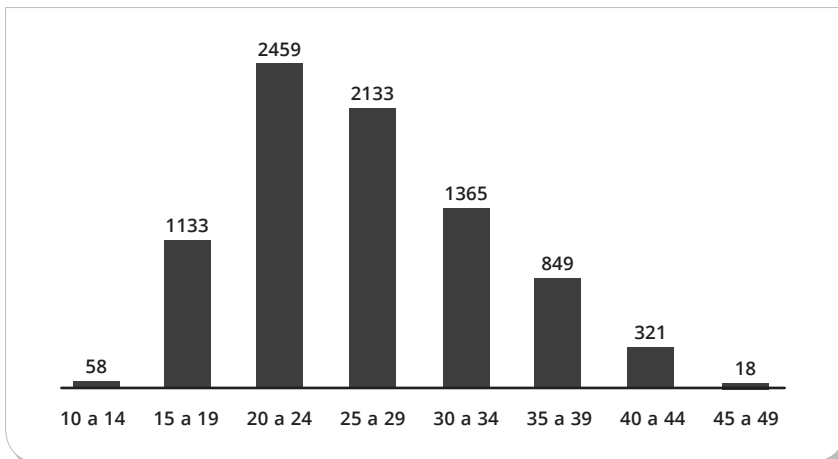


Figura 2. Distribución etaria de las mujeres que accedieron a ILE (n = 8336); CABA, 2019.

Fuente: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud de la CABA. CSSSeITS, 2020.

les no son categorías excluyentes. Con respecto a las situaciones asistidas por los equipos de salud en los últimos cuatro años (2016-2019), se observa (Tabla 1) que la causal salud es la más frecuentemente reportada; en segundo lugar, la causal violación; en tercer lugar, la causal riesgo para la vida, y en un lejano cuarto lugar, la existencia de un feto incompatible con la vida.

Tabla 1. Causales de acceso a la ILE: CABA, 2016-2019.

Causal	Años			
	2016	2017	2018	2019
Salud	364	1460	4300	7372
Riesgo para la vida	45	221	336	611
Violación	169	363	578	858
Feto incompatible con la vida	25	49	71	101

Fuente: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud de la CABA. CSSSeITS, 2020.

AVATARES DE LA RUTA HACIA EL DEBATE DEL PROTOCOLO

La CABA inició su marco regulatorio en materia de ILE con la Resolución N° 1174/MSGC/2007, que aprobó un protocolo sobre la base de una visión restrictiva en la interpretación de las causas previstas como no punibles, conforme el art. 86 del Código Penal.

En 2012, tras el fallo de la CSJN en el fallo F.A.L., y con su recomendación expresa de elaborar protocolos hospitalarios efectivos para la atención de los abortos no punibles, se sanciona una serie de normas de distintos rangos. Así fue que la autoridad de aplicación, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, mediante la Resolución N° 1252/MSGC/2012, elaboró un protocolo re-ceptando el fallo F.A.L., pero no en toda su virtualidad sino con recortes y barreras de acceso que, a instancia de distintos actores de la sociedad civil, fueron cuestionados en sede judicial, pero sin perder su vigencia.

Al mismo tiempo, y quizá con el objetivo de regular con el mayor rango normativo, se sancionó la Ley 4318, que trataba los procedimientos aplicables ante casos de abortos no punibles, que fue vetada por un decreto del Poder Ejecutivo por entender que contenía prescripciones que excedían

los lineamientos establecidos por la CSJN en el caso F.A.L., y que, entre otros argumentos, se pretendía modificar la literalidad del concepto previsto en el artículo 86, inciso 1°, del Código Penal, al incorporar como no punible el aborto llevado a cabo en los “casos de peligro para la salud integral”.

Al cabo de todo lo hecho hasta aquí, en la ciudad se mantenía vigente una norma de rango inferior que, cuestionada, no alcanzaba a garantizar preceptos ineludibles del fallo, el cual marcó un camino de amplitud de derechos en el tema de aborto en la Argentina.

En este contexto, varias sociedades científicas, organismos de gobierno y organizaciones de la sociedad civil, en particular las integrantes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito – Regional CABA–, fueron articulando acciones de cabildeo e incidencia legislativa.

Finalmente, el 16 de julio, con 50 votos afirmativos, 7 negativos y 3 abstenciones, se aprobó en la CABA, por Ley 6312, la adhesión al Protocolo Nacional de Interrupción Legal del Embarazo para la atención integral de las personas con capacidad de gestar. Es importante destacar que apoyaron votos de diferentes formaciones partidarias, aunque la totalidad de legisladores no respondió linealmente a la decisión de su bloque.

Entre los argumentos a favor se explicita la problemática de salud pública, la cuestión de inequidad social y la importancia del respeto a la autonomía de las mujeres y personas gestantes para tomar decisiones sobre sus proyectos de vida.

Los argumentos en contra se alinearon con los vertidos en el debate nacional de 2018, haciendo fuerte hincapié en la importancia de continuar los embarazos y que el Estado provea atención a quienes opten por maternar.

La ley sancionada finalmente adhiere a la Resolución N° 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación, y adopta el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, 2da Edición 2019. Esta ley fue promulgada el 4 de agosto de 2020 y es la actualmente vigente en la materia.

REFLEXIONES FINALES

En la CABA, la aprobación del protocolo nacional se ha realizado a través de una norma del mayor rango posible, una ley. Además de darle trascendencia a los derechos fundamentales en

juego, uniforma criterios de resolución de casos, tanto en el ámbito público como en el privado.

Sin duda, esta adhesión a través de la norma viene a saldar una deuda pendiente con las mujeres y personas gestantes, así como con los profesionales de la salud.

Un protocolo con rango de ley, que plantea todos los lineamientos que garantizan los derechos para las mujeres y personas gestantes, es una herramienta clave para los profesionales de la salud, al establecer y protocolizar procedimientos

acordes con los avances científicos en la materia. La ciudad, en una situación de certezas y claridad respecto de las regulaciones que permiten el acceso al aborto no punible, quiebra el circuito clandestino que tanto daño provoca en la salud y la vida de las personas.

Es de esperar que, a corto plazo, todos los subsistemas de salud puedan incorporar la implementación efectiva de este protocolo y así dar respuesta a sus afiliadas, evitando así una sobrecarga en el sistema público de salud.

La Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, órgano de difusión de nuestra Sociedad, es una publicación cuatrimestral que brinda un espacio para la publicación de artículos sobre la especialidad, con la intención de aportar información útil y actualizada a la población médica.

- 1 Se aceptarán para su publicación artículos originales, artículos de revisión de un tema, consideraciones sobre trabajos recomendados, artículos descriptivos (casos clínicos, estudios observacionales, comentarios bibliográficos, comunicaciones especiales, etc.) y artículos presentados en otros ámbitos (congresos, jornadas, reuniones de sociedades científicas).
- 2 Las comunicaciones recibidas serán sometidas a su evaluación por el Comité Asesor Científico, reservándose el derecho a aceptar, rechazar o sugerir cambios para su publicación. En los archivos se realizarán las modificaciones y correcciones editoriales que se consideren necesarias, previa comunicación a los autores. En caso de aceptación, la Sociedad no avala el contenido del artículo, siendo los autores responsables de las afirmaciones que contenga.

Instrucciones para los autores

• Título

El título del artículo debe ser conciso, específico e informativo. Debe ser escrito en español e inglés.

• Autor/es

Incluir los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

• Institución principal

Escribir los datos completos de la institución donde se llevó a cabo el estudio o el principal lugar de trabajo del autor.

• Palabras clave

Incluya de cinco a diez palabras clave (PC) de su trabajo. Las PC se incluirán de acuerdo con su orden de importancia o peso en el artículo. Es decir, la primera que escriba será la principal, la segunda más importante que la tercera, y así sucesivamente.

Una palabra clave es una palabra o combinación de palabras (por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial), que no incluirá artículos (el, la, los) ni conjunciones (y, o, pero), representativa del tema central del artículo. Son fundamentales para las búsquedas precisas. Se escriben siempre con minúsculas.

• Resumen/Abstract

El artículo se acompañará con un resumen escrito en español e inglés, de entre 220 y 250 palabras. No se admiten abreviaturas en el Resumen, excepto aquellas cuyo uso frecuente reemplazó al nombre completo que representan. El Resumen será una breve, pero exacta e informativa, síntesis del artículo.

Si su artículo es un artículo original, divida los párrafos mediante los subtítulos habituales en que estos se organizan (Introducción, Materiales y métodos, Resultados y Conclusiones) e incluya el objetivo de la investigación. En el caso de una Revisión, el resumen incluirá el objetivo, los subtítulos utilizados por el autor y los resultados y conclusiones del trabajo.

• Tipos de artículos

Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales (por ej., estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos), deben constar de **Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones**. La **Introducción** es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

Materiales y Métodos describirá la muestra, el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso de que corresponda.

En **Resultados y Conclusiones** los autores deben comparar sus resultados con los obtenidos por otros colegas y plantear con claridad las conclusiones a las que han arribado.

Artículo de Revisión (Monografía)

Estos artículos reúnen, resumen y revisan la información disponible sobre un tema.

Para la primera y segunda página valen las mismas consideraciones que para el artículo original. Debe presentarse el Objetivo por el cual se realiza la revisión del tema, las fuentes consultadas y el criterio de selección utilizado; una síntesis de los datos hallados y comparados, así como la Discusión y Conclusiones.

Consideraciones sobre trabajos recomendados

En este caso los autores seleccionan artículos relevantes y comentan aspectos valiosos sobre ellos.

Ejemplo:

Título del artículo, Autor (Dr. Ricardo Plunkett), Especialidad, Institución.
Comentario realizado por el **Dr. Ricardo Plunkett** sobre la base del artículo *Case detection in primary aldosteronism: high-diagnostic value of the aldosterone-to-renin ratio when performed under standardized conditions*, de los autores Vorselaars WMCM, Valk GD, Vriens MR, Westerink J, Spiering W, integrantes de Department of Vascular Medicine, University Medical Center Utrecht, Utrecht University, Utrecht, Países Bajos. El artículo original fue editado por *Journal of Hypertension* 36(7):1585-1591, 2018.

Casos clínicos

Ejemplo:

Título del artículo en español e inglés

Autor/es: ver Instrucciones

Resumen/Abstract: El artículo se acompañará con un resumen escrito en español e inglés de alrededor de 50 palabras.

Los casos clínicos deben constar de **Introducción, Descripción del Caso clínico, Discusión y Bibliografía**.

• Abreviaturas

Evite escribir abreviaturas en el título y, en lo posible, evítelas en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de abreviaturas posible. La definición completa de la abreviatura y siglas deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar.

Para los casos de abreviaturas en inglés de uso frecuente, traduzca sus nombres completos al español aclarando que las abreviaturas corresponden a sus denominaciones en inglés.

• Figuras y tablas

Puede incluir tablas y hasta 5 (cinco) figuras en color o blanco y negro.

Presente las tablas en archivos Word o Excel.

Presente las figuras, ilustraciones o fotografías en archivos con extensión JPG o TIFF en por lo menos 300 dpi. Se deben enviar vía e-mail.

Epígrafes y leyendas: Enumere los epígrafes de las figuras y tablas de acuerdo a cómo aparecen en el texto. Escriba una síntesis de la imagen o tabla con más de 10 palabras y menos de 30.

Si los datos, figuras o tablas fueron publicados en otro sitio, cite la fuente original y presente una autorización para reproducir el material.

• Referencias bibliográficas

Las citas deben aparecer en el texto en forma consecutiva y con superíndice.

La numeración deberá seguir el orden de aparición en el texto y deberá coincidir con el listado de referencias que se colocará al final del artículo o trabajo de investigación.

Se presentarán de la siguiente forma: apellido e iniciales de cada autor, como máximo tres autores y luego se colocará "y col."; título del artículo; nombre de la publicación; año; volumen, páginas. No se utilizarán comillas, bastardilla ni negritas. Se aceptarán como máximo 50 citas.

Ejemplo referencia bibliográfica:

- Pérez P, López C, Ratti M y col. Tumores de ovario en niñas. *SAGIJ* 2007; 1(3): 105-120.

Ejemplo Capítulo de un libro:

Autores igual que en el artículo; título del capítulo; En: autores del libro y título; número de capítulo; lugar de edición; editorial; año; número de página.

- López L. Lesiones dérmicas vulvares en niñas. En: García L, López J (eds.). *Lesiones dermatológicas*, Capítulo IV. Buenos Aires: López Editores. 2006; 110-136.

Ejemplo Citas de Internet:

Deben constar de autor o autores o ente responsable de la emisión de la información, fecha de la publicación y/o su actualización, título, dirección de Internet y fecha de consulta.

Artículo:

- Harnak A, Kleppinger E. Online! A reference guide to using Internet sources (2003) <http://www.bedfordstmartins.com/online/index.html> (consultado 20/11/06).

Página:

- CDC. HPV information <http://www.cdc.gov/std/hpv> (consultado el 2/12/06).

Revista:

- Bhattacharyya S. Esterilización con quinacrina: aspectos éticos. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 83 (Supl. 2) <http://www.elsevier.com/locate/ijgo> (consultado 12/12/06).

Libro:

- The Chicago Manual of Style, actualización 19 de junio de 2003, New questions and answers. <http://www.chicagomanualofstyle.org> (consultado 23/11/06).

Los artículos deben ser enviados por correo electrónico en formato WORD, y los gráficos, fotos y/o tablas por separado para asegurar la recepción y calidad en la impresión

Secretaría Administrativa: Sra. Liliana Puleo. Comité Editorial de SAGIJ, Paraná 326, Piso 9°. Of. 36. Teléfono: 011-4373-2002.

E-mail: sagij@sagij.org.ar - www.sagij.org.ar