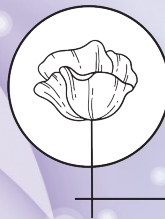


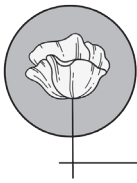
Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil



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 2021 - 2022

Presidente	Dra. Viviana Cramer
Vicepresidente	Dra. Silvia Bonsergent
Secretaria	Dra. Laura Cesarato
Tesorera	Dra. María Alejandra Martínez
Protesorera	Dra. Clara Di Nunzio
Directora de Publicaciones	Dra. Dolores Ocampo
Subdirectora de Publicaciones	Dra. Mariela Orti
Secretaria de Actas	Dra. Vanina Drappa
Vocales	Dra. Sandra Magirena Dra. Andrea Di Fresco Dra. María Laura Lovisoló Dra. Myriam Bonifacio
Vocal suplente	Dra. Cecilia Zunana
Revisores de Cuentas	Titular: Dra. María Soledad Matienzo Suplente: Dra. María Zabalza

COMISIÓN CIENTÍFICA - PERÍODO 2021 - 2022

Coordinadora: Dra. Gabriela Kosoy

Integrantes

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

Miembro Board FIGIJ

IFA Coordinator FIGIJ

Secretaria Regional Cono Sur ALOGIA

Dra. Marisa Labovsky
Dra. Viviana Cramer
Dra. Carlota López Kaufman

Escuela de Posgrado SAGIJ

Directora Ejecutiva: Dra. Miriam Salvo
Subdirectora: Dra. Andrea Di Fresco
Secretaria: Dra. Silvia Bonsergent
Asesor Académico: Prof. Dr. José María Méndez Ribas

COMITÉS - PERÍODO 2021 - 2022

Comité de Ética

Coordinadora:

Dra. Anahí Rubinstein

Integrantes: Dra. Paula Califano, Dra. Eugenia Trumper, Dra. Mercedes Fidalgo, Dra. Inés de la Parra, Dra. Beatriz Pereyra Pacheco, Lic. Hilda Santos, Lic. Ana Tropp

Comité Comunicación SAGIJ (web, Facebook, Instagram)

Coordinadora: Dra. Sandra Magirena

Cocoordinadora: Dra. Soledad Matienzo

Secretaria apoyo en off: Dra. Cecilia Zunana

Integrantes: Dra. Andrea Di Fresco, Dra. Myriam Bonifacio, Dra. María Laura Lovisoló, Dra. Vanina Drappa

Comité Editorial

Coordinadora: Dra. Carlota López Kaufman

Directora de Publicaciones: Dra. Dolores Ocampo

Subdirectora de Publicaciones: Dra. Mariela Orti

Integrantes: Dra. Vanina Drappa
Dra. Gabriela Ferretti, Dra. María Zabalza,
Dra. Cecilia Zunana

Comité Editorial nacional

Dra. Marcela Bailez
Prof. Dr. José M. Méndez Ribas
Dra. Graciela Orti
Dra. Laura Fleider

Comité Editorial internacional

Dr. Enrique Pons (Uruguay)
Dr. Carlos Güida Leskevicius (Chile)
Dra. Deborah Laufer (Uruguay)
Dra. Dvora Bauman (Israel)
Dra. Metella Dei (Italia)
Dra. Lilianne Herter (Brasil)
Dr. Andrés Zamora Leiva (Costa Rica)

Comité Formación de la Especialidad

Coordinadora: Dra. Miriam Salvo

Comité Docencia (CODEI)

Dra. Margarita Fuster, Dra. Silvia Bonsergent, Dra. Laura Cesarato, Dra. Graciela Ortiz, Dra. Clara Di Nuncio, Dra. Anahí Rubinstein, Lic. Hilda Santos

Comité de Derechos Humanos y Derechos SSyR (CODEHU)

Coordinadora: Dra. Sandra Vázquez
Integrantes: Dra. Silvia Oizerovich, Dra. Gabriela Perrota, Dra. Eugenia Trumper, Dra. Alejandra Martínez, Dra. Fabiana Reyna, Dra. María Zabalza

Comité de Certificación y Recertificación

Dra. Paula Califano, Dra. Lucía Katabian, Dra. Dolores Ocampo, Dra. Graciela Ortiz

Comité IFEPEG

IFA Coordinador: Dra. Viviana Cramer
Integrantes: Dra. Gabriela Kosoy, Dra. Silvia Bonsergent, Dra. Elisabeth Domínguez, Dra. Andrea Elias, Dra. Cecilia Zunana

Comité de Comunidad SAGIJ

Coordinación: Dra. Lucía Katabian
Integrantes: Dra. Dora Daldevich, Dra. María del Carmen Tinari de Platini, Dra. Miriam Bonifacio, Dra. Carlota López Kaufman, Dra. Patricia Riopedre, Lic. Ana Tropp, Dra. María Alejandra Martínez, Dra. María Laura Lovisoló
Cápsula ESI: Dra. Victoria Gacitúa, Lic. Carolina Corino

Comité de Investigación

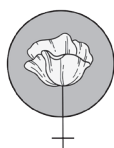
Coordinadora: Dra. María del Carmen Tinari
Integrantes: Dra. Gabriela Perrota, Dra. Silvia Oizerovich, Dra. Laura Cesarato, Dra. Mirta Gryngarten, Dra. Beatriz Pereyra Pacheco

Comité Interinstitucional

Coordinadora: Dra. Marisa Labovsky
• Internacional: Dra. Marisa Labovsky, Dra. Carlota López Kaufman, Dra. Mariela Orti, Dra. Clara Di Nuncio
• Nacional: Dra. Silvia Oizerovich, Dra. Sandra Vázquez, Dra. Gabriela Perrota, Dra. María Alejandra Martínez

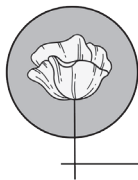
DELEGACIONES

PROVINCIA	CIUDAD/REGIÓN	RESPONSABLE	CARGO
Buenos Aires	Zona Norte	Dra. Melina Ferder	Delegada
		Dra. Lila Burgueño	Codelegada
	Zona Oeste	Dra. Miriam Salvo	Delegada
		Dra. Myriam Bonifacio	Codelegada
		Dra. Anabel Bualó	Delegada
Bahía Blanca	Dra. Gisel Rahman	Delegada	
	Dra. Paula Cundom	Codelegada	
	Dra. Daniela Rebelo	Delegada	
Catamarca	San Fernando del Valle de Catamarca	Dra. Marcela Miranda	Codelegada
		Dra. Florencia Kiguel	Delegada
Chubut	Patagonia atlántica	Dra. Gabriela Catellani	Codelegada
		Dra. Carolina Vera	Delegada
Córdoba	Córdoba	Dra. Margarita Fuster	Codelegada
		Dra. María Inés Bejarano	Delegada
Corrientes	Corrientes	Dra. Romina Spoturno	Delegada
		Dra. Emilia Bilen Beauche	Codelegada
Entre Ríos	Entre Ríos	Dra. Silvana Del Frari	Delegada
		Dra. Vanina Ricca	Codelegada
Jujuy	Jujuy	Dra. Andrea Sosa	Delegada
		Dra. Andrea Davico	Delegada
La Pampa	La Pampa	Dra. Adriana Giaccaglia	Delegada
		Dra. M. de los Ángeles Domínguez Denaro	Codelegada
La Rioja	La Rioja	Dra. Alicia Díaz	Delegada
		Dra. Cecilia Roses	Codelegada
Mendoza	Mendoza	Dra. Noelia Zárate	Delegada
		Dra. María de los Ángeles González	Delegada
Misiones	Misiones	Dra. Sandra Merino	Delegada
		Dra. Marta Borrego	Codelegada
Neuquén	Comahue	Dra. Claudia Pérsico	Delegada
		Dra. Gabriela Ragogna	Delegada
Salta	Salta	Dra. Gabriela Ferretti	Delegada
		Dra. María del Carmen Tinari de Platini	Delegada
San Juan	San Juan	Dra. Fabiana Reina	Delegada
		Dra. M. Cecilia Fernández Antruejo	Codelegada
San Luis	San Luis		
Santa Fe	Santa Fe		
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 28 - Número 2 - 2021

1 Autoridades

5 Editorial

Dra. Viviana Cramer

6 Trabajos Originales

Los motivos de consulta en ginecología infantojuvenil
en tiempos de COVID-19 en la Argentina

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

Hacia la interrupción voluntaria del embarazo:
nuestra experiencia en la atención integral
de la interrupción legal del embarazo

Dra. Sandra B. Vásquez, Lic. Marianela Meneghetti, Lic. María Victoria Simón

29 Artículos de Opinión

¿Existen límites de normalidad en la sexualidad
de adolescentes?

Dr. José Enrique Pons

Llamado a la acción: salud mental en niños y adolescentes
desde una perspectiva de la ginecología infantojuvenil

Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil

Declaración de FIGIJ: salud menstrual en todo el mundo

Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil

45 Casos Clínicos

Retrasos en la maduración puberal: reflexiones
sobre dos casos clínicos

Dra. Metella Dei, Dra. Chiara Immacolata Meleca

56 Consideraciones sobre Trabajos Recomendados

Atención ginecológica para pacientes pediátricas
y adolescentes sometidas a trasplante de células madre
hematopoyéticas

Dra. Dolores Ocampo

64 Reglamento de Publicaciones 2021

Estimados colegas

Una vez más, nos encontramos en este segundo número de este año, 2021, todavía en pandemia, en el cual nuestro comité de publicaciones, liderado por la Dra. Carlota López Kaufman y coordinado por la Dra. Dolores Ocampo, han trabajado para un resultado de excelencia académica, combinando experiencias y saberes nacionales e internacionales.

SAGIJ realiza la primera encuesta a profesionales médicos que dan respuesta a la ginecología infantojuvenil (GIJ) desde lo asistencial, durante los tres momentos (antes del aislamiento social preventivo y obligatorio [ASPO], durante este y el distanciamiento social, preventivo y obligatorio o en el primer mes posterior al ASPO, explicitado en el texto mismo) en el territorio nacional. Sus resultados nos permiten reflexionar y estar preparados a lo que está por venir, y volcarlo a las políticas públicas.

La experiencia retrospectiva de Casa FUSA, un centro pionero en interrupción legal/voluntaria del embarazo, suma a la hora de implementar políticas en nuestros lugares de trabajo, con la mirada y la vigilancia para que no se vulneren los derechos de nuestras niñas y adolescentes, tal vez la pregunta que nos haríamos es el porqué de la masiva elección de la aspiración manual endouterina en lugar de la interrupción farmacológica.

No hay mejor pregunta que hacerse, “¿Existen límites de normalidad en la sexualidad de adolescentes?”, teniendo en cuenta los cambios de paradigmas como procesos sociales, y no hay mejor interlocutor que nos ayude a reflexionar como el Prof. Dr. José Enrique Pons, colega, maestro y amigo uruguayo de SAGIJ.

FIGIJ, bajo la gestión del Dr. Paul Wood (Gran Bretaña), su presidente, armó grupos de trabajo para realizar declaraciones y llamados a la acción, avalados por sociedades internacionales, sobre la salud menstrual y la salud mental, dos instancias no menores a tener en cuenta a la hora de abordar la consulta, como consecuencia del alto impacto en nuestras consultantes durante este período.

Aprender de la experiencia de colegas italianas a partir de dos casos clínicos, sobre la pubertad retrasada, suma a nuestro saber y tal vez da la respuesta a la inquietud que nos surge frente a nuestra paciente.

La Dra. Dolores Ocampo, con gran experiencia en atención en GIJ, nos resume un trabajo de un equipo norteamericano y canadiense sobre el cuidado ginecológico integral en las pacientes niñas y adolescentes que deben ser sometidas a trasplante de médula ósea como tratamiento de su patología oncohematológica, cuáles son los ítems a tener en cuenta para cuidar su futuro reproductivo y su salud femenina.

Los invito a disfrutar de este momento de actualización en GIJ, que puedan tener más elementos para acompañar a sus pacientes y para aprobar o refutar los saberes con sus colegas.

Dra. Viviana Cramer
Presidente SAGIJ

Los motivos de consulta en ginecología infantojuvenil en tiempos de COVID-19 en la Argentina

The reasons for consultation in pediatric and adolescent gynecology in times of COVID-19 in Argentina

Dras. E. Domínguez*, M. del C. Tinari*, V. Cramer*, S. Bonsergent*, S. Oizerovich*, M. Salvo*, G. Perrotta*

Resumen

En la Argentina, el 19 de marzo de 2020 se dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) a raíz de la pandemia mundial por COVID-19. Objetivo general: Indagar los motivos de consulta en niñas, niños y adolescentes en ginecología infantojuvenil (GIJ) en situación de ASPO en la Argentina y analizar las diferencias entre los distintos momentos y la etapa previa. *Método:* Estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo. *Población:* todos/as los médicos/as que atienden consultas de ginecología infantojuvenil en la Argentina. Muestreo no probabilístico por conveniencia, con muestra conformada por 707 profesionales. Se aplicó un cuestionario de *Google Forms*. Estadísticamente se utilizó la prueba del signo y de chi al cuadrado. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. *Resultados:* Los motivos de consulta más frecuentes en GIJ antes del ASPO fueron el inicio de la anticoncepción, las alteraciones en el ciclo menstrual, la patología vulvovaginal y el control o la sospecha de embarazo. La mayoría de los motivos de consulta disminuyó durante el primer mes del ASPO, con una recuperación o aumento durante el último mes estudiado. En ese último mes, los motivos de consulta más frecuentes fueron las alteraciones del ciclo, la sospecha de embarazo, la angustia y la depresión y los trastornos del sueño y de la conducta alimentaria. Estos tres últimos, junto con la violencia de pares/pareja/familia, no fueron motivos frecuentes anteriormente. *Conclusiones:* La pandemia generó limitación en el acceso de la población infantojuvenil a los servicios de salud, afectando sus derechos y su atención y generando situaciones y carencias que han impactado en sus posibilidades de cuidado.

Palabras clave: motivos de consulta, ginecología infantojuvenil, pandemia, COVID-19

Summary

On March 19, 2020, social, preventive and compulsory isolation (ASPO) was ordered as a result of the global COVID-19 pandemic in Argentina. General objective: To investigate the reasons for consultation in children and adolescents in pediatric and adolescent gynecology (PAG) in the situation of ASPO in Argentina and to analyze differences between distinct moments and the previous stage. *Method:* Exploratory, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. *Population:* all the doctors who attend child and adolescent gynecology consultations in Argentina. *Sampling:* non-probabilistic for convenience, with a sample made up of 707 professionals. A *Google Forms* questionnaire was applied. Statistically, the sign and chi square test was used. A value of $p < 0.05$ was considered significant. *Results:* The most frequent reasons for consultation in PAG before the ASPO were the start of contraception, menstrual disorders, vulvovaginal pathology and control or suspicion of pregnancy. Most of the reasons for consultation decreased during the first month of the ASPO, with a recovery or increase during the last month studied. In the last month, the most frequent reasons for consultation were menstrual disorders, suspected pregnancy, anxiety and depression, sleep and eating disorders. These last three, together with peer / partner / family violence, were previously infrequent reasons. *Conclusions:* The pandemic limited the access of the child and adolescent population to health services, affecting their rights and care and generating situations and deficiencies that have impacted on their possibilities of care.

Keywords: reasons for consultation, child and adolescent gynecology, pandemic, COVID-19

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó a la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) como una pan-

demia¹. En la Argentina, el 19 de marzo de 2020, con el decreto 297/2020, se dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) durante el plazo comprendido entre el 20 y el 31 de marzo de ese año para los y las habitantes del país y para las personas que se encontraran transitoriamente en él². Otros decretos se sumaron luego para

* Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil (SAGIJ), Ciudad de Buenos Aires, Argentina

sostener y luego flexibilizar las medidas tomadas por el Estado.

Si bien existe una larga historia de enfermedades infecciosas transmisibles que se convierten en epidemias, es la primera vez que una pandemia se expande con tal rapidez en todo el mundo. Es también la primera vez que la Argentina vive un ASPO y, además, en forma tan prolongada.

Se cerraron fronteras, se aislaron ciudades enteras, muchas personas quedaron varadas en el exterior o fuera de sus hogares. Se suspendieron las clases en los colegios y las universidades y todos los eventos que implicaran reuniones multitudinarias y aun familiares³.

El distanciamiento social ha obligado tanto a médicos/as como a pacientes a reformular la manera de vincularse, ya sea utilizando la tecnología para consultas virtuales, así como en la consulta presencial, incorporando los protocolos para disminuir la posibilidad de contagio del virus. Quienes ejercemos la medicina debimos adaptarnos a estas situaciones, pero también los/las pacientes, quienes muchas veces no acceden a la consulta por falta de tecnología, dificultad en el acceso o temor al contagio, llegando a veces tarde para la resolución del problema.

Especialmente vulnerable es la población infantojuvenil que, por su etapa de desarrollo, necesita la vinculación con sus pares. Estar aislados/as junto a su familia, en algunos casos disfuncionales, creándose situaciones complejas que a veces impiden que se vinculen con un profesional. La separación de muchos seres queridos, la pérdida de la libertad, el aburrimiento y la incertidumbre de no saber cuándo terminará este aislamiento afectan particularmente a la población adolescente. Su mundo cambió vertiginosamente en pocos días.

Esta nueva normalidad los obligó a quedarse en casa, a postergar nuevas relaciones, festejos, reuniones, exámenes, viajes de egresados, tan significativos en esta etapa de la vida, pero también impactó en lo biológico, produciendo alteraciones tanto ginecológicas como en otras áreas de la salud.

Por todas estas razones se realizó el presente estudio, para conocer los motivos más frecuentes

que llevaron a la consulta a la población de niñas, niños^a y adolescentes antes y durante el aislamiento motivado por la pandemia por COVID-19, así como también en situaciones posteriores al aislamiento. A continuación, se exponen los objetivos de la investigación.

El objetivo general fue indagar los motivos más frecuentes de consulta en la atención de niñas, niños y adolescentes en ginecología infantojuvenil (GIJ) en la Argentina en tiempos de COVID-19.

Objetivos específicos:

- Indagar acerca de los motivos de consulta en la atención de niñas, niños y adolescentes en GIJ en situación de ASPO en la Argentina.
- Analizar las diferencias en cuanto a los motivos de consulta en GIJ entre las distintas etapas/fases de las medidas de distanciamiento implementadas en la Argentina en tiempos de COVID-19 y la etapa/fase previa y posterior al ASPO.

El propósito de este estudio fue aportar al diagnóstico de situación sobre las consecuencias de las medidas de distanciamiento social implementadas en la Argentina en tiempos de COVID-19 que impactan sobre la salud sexual y reproductiva de niñas, niños y adolescentes, y proponer acciones tendientes a minimizarlas mediante la prevención y la promoción de la salud.

Marco teórico y estado de conocimiento sobre el tema

El aumento de brotes epidémicos, en especial de enfermedades respiratorias (síndrome respiratorio agudo grave, H1N1, COVID-19) con alta mortalidad en distintas regiones del planeta, es un hecho del siglo XXI. La epidemia por COVID-19 ha generado medidas de aislamiento social en todo el mundo, incluida la Argentina. A continuación, se describe la situación de la pandemia por COVID-19 en todo el mundo y en la Argentina, el estado de conocimiento y los motivos de consulta más frecuentes en GIJ descritos en la bibliografía hasta la actualidad en la población de niñas, niños y adolescentes.

Situación por COVID-19 en el mundo y en la Argentina. El 31 de diciembre de 2019, la oficina de la OMS en China informó acerca de casos de neumonía detectados en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei.⁴ Desde entonces, la COVID-19 avan-

^a Incluimos también a los niños porque podría tratarse de un niño o adolescente trans, con genitales femeninos pero con identidad masculina de género.

zó por todo el planeta, sumando 3 864 702 000 fallecidos y 178 433 920 000 de personas infectadas al 20 de junio de 2021⁵.

El primer caso confirmado en la Argentina fue el 3 de marzo de 2020. El Ministerio de Salud de la Nación anunció la primera muerte por COVID-19 el 7 de marzo. El 24 de junio de 2021, el total de casos confirmados en la Argentina, según cifras del Ministerio de Salud de la Nación, es de 4 350 564 y la cantidad de personas fallecidas, 91 4836.

Fases de la pandemia por COVID-19. En la Argentina, la curva de casos aún está en ascenso, aunque la situación es muy diferente en las distintas regiones del país. Los conglomerados urbanos, principalmente la región del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que incluye la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, son las zonas más afectadas.^{6,7}

El ASPO en la Argentina tiene 5 fases (ver Tabla 1), de acuerdo con el tiempo de duplicación de los casos de la enfermedad y con las características geográficas y sociales, tan heterogéneas en nuestro país. No todo el territorio nacional se encuentra en la misma fase⁶.

La población pediátrica y adolescente y la COVID-19. La Argentina tiene una población total de 44 938 712 habitantes y una población adolescente de 10 a 19 años de 7 051 478 (15.69% del total de la población), de los cuales 3 542 513 corresponden al grupo de 10 a 14 años y 3 508 965, al de 15 a 19 años.⁸

En relación con la educación, la mayor parte de los estudiantes en el nivel primario llegan al último año en el tiempo esperado y con altos niveles

de promoción. En el nivel secundario, en cambio, la promoción es más baja, la repitencia es más alta y solo 6 de cada 10 llegan al final en el tiempo esperado.⁹

Con respecto al estado nutricional, la proporción de delgadez en la población de 5 a 17 años fue del 1.4%, y la de talla baja, del 3.7%. La proporción de sobrepeso y obesidad fue del 20.7% y 20.4%, respectivamente; se observó mayor prevalencia de obesidad en los varones respecto de las mujeres y el exceso de peso estuvo presente en el 41.1% de la población de 5 a 17 años.¹⁰

Al momento del presente estudio, la prevalencia de COVID-19 en personas menores de 18 años es relativamente baja, alrededor del 2.4% de los casos informados. En una publicación que incluye a 2135 pacientes menores de 18 años se informaron casos en todas las edades, con una edad promedio de 7 años y sin diferencias significativas en cuanto al sexo.¹¹

Todos los casos pediátricos con infección confirmada por COVID-19 por laboratorio presentaron cuadros clínicos leves o moderados y no se han informado muertes. Según el informe de casos pediátricos publicado hasta el momento, la edad de inicio de la enfermedad varió de 1.5 meses a 17 años, con una mediana de 2 años y 1.5 meses; la mayoría de los casos (82%) tuvo contacto con casos infectados o eran casos intrafamiliares.^{5, 11, 12}

Según She y col.¹³, la presentación clínica en niños, niñas y adolescentes es variable, con un período de incubación promedio más prolongado (6.5 frente a 5.4 días en adultos); la fiebre y la tos son los síntomas más comunes, aunque pue-

Tabla 1. Fases del aislamiento social, preventivo y obligatorio en la Argentina.

Fases	Autorizados	Prohibiciones	Movilidad poblacional	Tiempo de duplicación de casos	Geográfico
1. Aislamiento estricto	Solo servicios esenciales	Todo el resto	10%	Menor de 5 días	Homogéneo
2. Aislamiento administrativo	Nuevas autorizaciones	Nacionales	25%	5 a 15 días	Excepciones nacionales
3. Segmentación geográfica	Excepciones provinciales	Nacionales	50%	15 a 25 días	Segmentación por criterio epidemiológico
4. Reapertura progresiva	Excepciones provinciales	Nacionales	75%	Más de 25 días	Restricciones locales
5. Nueva normalidad	Todos, hábitos de higiene y cuidados sostenidos		Más del 75%		Homogéneo

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Información epidemiológica. Sala de situación coronavirus *online*.⁶

de presentarse con fatiga, mialgias, dolor de garganta, dolor de cabeza, vértigo, vómitos y dolor abdominal. Algunos niños solo presentan tos o diarrea, aunque también pueden ser portadores asintomáticos.¹³

Si bien en menores de 18 años la mayoría de los casos son leves (64%) o asintomáticos (6.7%), al ser un virus de alta contagiosidad estos pueden transmitir la enfermedad a grupos de alto riesgo. Se han informado casos de abdomen agudo (apendicitis) como primera manifestación de la infección por COVID-19 en niños.^{12, 14} También se han informado casos de enfermedad grave, incluidos síndrome de distrés respiratorio agudo, encefalopatía, lesión miocárdica, insuficiencia cardíaca y *shock* circulatorio.¹³ Los niños con COVID-19 tienen riesgo bajo de complicaciones trombóticas.¹⁵ Say investigó a 171 niños (mediana de edad: 3 años [rango intercuartílico: 1-8]): 90 (53%) niños y 81 (47%) niñas. La mayoría de los niños tuvo enfermedad leve (100 [58%]) o no presentaba síntomas (61 [36%]), en tanto que 9 (5%) tuvieron enfermedad moderada. Los pocos ingresos hospitalarios (14 [8%] niños) fueron breves y para observación o rehidratar con líquidos.¹⁶

Teniendo presente que la sintomatología por COVID-19 en menores de 18 años es muy variada, sumado al retraso en la consulta por las razones antes expuestas, debemos estar atentos tanto a las manifestaciones de esta enfermedad como de otras de causa ginecológica que podrían impactar en su salud.

Motivos frecuentes de consulta en la población pediátrica y adolescente antes de la pandemia por COVID-19. Las tasas de morbilidad y mortalidad de la población adolescente son menos elevadas que las de otros grupos poblacionales, como niños en primera infancia y adultos mayores. Se enferman poco y la evidencia empírica sostiene que con frecuencia no presentan enfermedades que pongan gravemente en riesgo su vida.

Los motivos de consulta más frecuentes en GJ cambian de acuerdo con las diferentes etapas de la vida. Rubinstein y Ricover¹⁷ mencionan que en la recién nacida predominan las anomalías de la diferenciación sexual y de genitales externos, quistes de ovario, hipertrofia mamaria, sangrado genital e infecciones.

En la infancia se destacan el crecimiento y el desarrollo, la telarca, la pubarca, la pubertad pre-

coz, las anomalías en los genitales externos, el flujo genital, el sangrado genital, los tumores, los traumatismos, las afecciones en la vulva, el abuso sexual infantil y el dolor abdominal.

Finalmente, en la adolescencia, los motivos de consulta se relacionan con el inicio de las relaciones sexuales, la anticoncepción, el control ginecológico, las alteraciones en el ciclo menstrual, el embarazo, la interrupción legal del embarazo (ILE), la dismenorrea, el flujo vaginal/vulvovaginitis, la patología mamaria, las algias pelvianas, el hirsutismo/acné, los quistes/tumores en los ovarios y el abuso sexual infantojuvenil.

Se destaca que el impacto del desarrollo puberal y la menarca son un hito insoslayable que deja su impronta en la/el adolescente. Deberán tenerse en cuenta los temores y la ansiedad que producen los cambios somáticos, ya que la menstruación es la prueba fehaciente de la posibilidad del ejercicio de una sexualidad genital. En los años subsiguientes, los motivos de consulta son diferentes.¹⁷

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS de 2010,¹⁸ en los hospitales generales, con respecto a los hospitales de niños, son más frecuentes las consultas referidas al inicio sexual temprano y al ejercicio desprotegido de la sexualidad y sus consecuencias: las infecciones de transmisión sexual, el embarazo no intencional y el aborto. Al comparar las consultas del ámbito público con las del privado, en los hospitales y los centros públicos de salud sobresalen los trastornos de aprendizaje y las consecuencias de un estilo de vida y de un ejercicio de la sexualidad desprotegida.

Estado actual de conocimiento sobre el tema. Algunos estudios nos sirven de antecedente para pensar sobre las consecuencias de las medidas tomadas para contener la pandemia actual. El aislamiento social, las restricciones en el movimiento y las presiones sociales y económicas pueden provocar un aumento en las situaciones de violencia de género.¹⁹

Los datos acerca de otras emergencias en la salud pública (por ejemplo, enfermedades infecciosas, epidemias, guerras y desastres humanitarios)²⁰⁻²² muestran que muchas mujeres no pueden acceder a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSySR) para evitar embarazos no intencionales. El Instituto Guttmacher informa

que muchos países han interrumpido los SSySR y que las cadenas de suministro pueden reducir la disponibilidad de preservativos y otros anticonceptivos durante la COVID-19.²¹⁻²³ Las mujeres que quedan embarazadas durante este período pueden tener mayor riesgo de resultados adversos, incluidos muerte fetal, aborto espontáneo y fetos pequeños para la edad gestacional.^{22, 24, 25}

Además, la reorientación de los sistemas de salud hacia la atención de la COVID-19 puede generar falta de acceso a otros servicios de salud.²⁶ Por ejemplo, la epidemia del ébola de 2014-2015 redujo el acceso a los servicios de atención de la salud y pudo haber exacerbado las tasas de mortalidad por VIH en Guinea, Liberia y Sierra Leona.²⁷

La COVID-19 crea desafíos únicos para la investigación representativa sobre el comportamiento de la población.²⁸ Muchos institutos de investigación están cerrados y los viajes han sido restringidos. Mientras que se han planificado varios estudios poblacionales sobre la COVID-19, estos no se han centrado en los SSySR. Por eso se ha diseñado este estudio, para enfocar, en particular, en los motivos de consulta en GJJ.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo exploratorio, descriptivo, de corte transversal. El enfoque metodológico es cuantitativo, y las fuentes de información fueron primarias. La población estuvo conformada por todos/as los médicos/as que atienden consultas en GJJ en la Argentina.

Criterios de inclusión

Se incluyeron los/as profesionales médicos/as que atienden consultas en GJJ, que aceptaron participar y previamente firmaron un consentimiento informado.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra quedó conformada por todos/as los/as profesionales que contestaron una encuesta anónima autoadministrada mediante un formulario de *Google Forms* durante un período prefijado de 30 días; luego de la depuración de la matriz de datos se conformó una muestra representada por 707 profesionales.

Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación cumple con las guías éticas internacionales vigentes para

la realización de estudios en seres humanos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964, última actualización en 2013).²⁹ Se ajustó a la normativa legal vigente de la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326, para proteger la identidad y los datos de los/as profesionales, garantizando el anonimato absoluto y la confidencialidad de la información que se produjo como consecuencia de este protocolo. La participación fue voluntaria y no existió incentivo alguno.

Variables en estudio

Edad. Se expresa en años, corresponde al tiempo que ha vivido el/la profesional contando desde su nacimiento y se expresa por rangos: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 o más.

Sexo. Se considera el sexo que el/la profesional encuestada/o manifiesta.

Especialidad médica. Se considera para el presente estudio a los/as médicos/as que atienden consultas en GJJ: ginecólogos/as, obstetras, pediatras, clínicos/as y médicos/as generalistas/de familia.

Lugar de residencia. Es la localización geográfica, la dirección o el lugar donde el/la profesional desarrolla su trabajo en relación con la atención de la salud al momento de la encuesta. Se considera la provincia, la ciudad, la localidad o ambas.

Asistencia en salud

- Subsector público: presta servicios a la población en hospitales, centros de salud, unidades sanitarias, unidades de atención primaria, etc. Estos establecimientos son responsabilidad del gobierno nacional, los gobiernos provinciales o los municipales.
- Subsector de la seguridad social: presta servicios a los/las trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares directos.
- Subsector privado: presta servicios a personas y familias que pagan por el acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud (prepagado).

Motivos frecuentes de consulta en GJJ

Son la expresión de quien solicita atención sanitaria en GJJ y que se presenta con mayor frecuencia en el ámbito de la consulta. En relación con la frecuencia de presentación de los motivos de consulta, se categorizaron de la siguiente manera:

nunca (0% de las veces), raras veces (aproximadamente un 25% de las consultas), la mitad de las veces (aproximadamente el 50% de las consultas) y muchas veces (más del 75% de las consultas).

Etapas/fases de las medidas de distanciamiento social (ASPO) implementadas en la Argentina en tiempos de COVID-19 y etapa/fase previa y posterior al ASPO

Las etapas incluidas en la encuesta son tres: el mes previo al ASPO, decretado a partir del 19 de marzo de 2020 (decreto 297/2020), el primer mes del ASPO y el momento de la encuesta.

Instrumento de recolección de datos

Aplicación de un cuestionario en línea mediante el programa *Google Forms*. En el cuestionario se evalúan aspectos sociodemográficos y los motivos de consulta más frecuentes en la etapa previa a la cuarentena, en el primer mes del ASPO y al momento de la encuesta. Previamente, se realizó una prueba piloto con el objetivo de evaluar el cuestionario a utilizar.

Procedimientos de análisis

Para el análisis cuantitativo se informan los porcentajes de las categorías de respuesta en cada pregunta. Para analizar las modificaciones en la frecuencia de los motivos de consulta en diferentes tiempos se utilizó la prueba del signo (test adecuado para comparar medidas relacionadas de variables ordinales). Los grupos se compararon según las fases del ASPO. Para comparar grupos independientes se utilizó la prueba de chi al cuadrado. El análisis se llevó a cabo con el programa STATA 14.1 (StataCorp, Texas, EE. UU.). Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se encuestó un total de 707 profesionales de la salud, médicos/as de diferentes provincias de la República Argentina que atendían consultas en GJ. Se presentan a continuación los resultados de las variables sociodemográficas (Tabla 2).

El grupo mayoritario de edad se concentró en torno a los 40 a 49 años, seguidos por los grupos de 30 a 39 años y 50 a 59 años. En relación con el sexo, casi 9 de cada 10 de los encuestados pertenece al sexo femenino. Respecto de la especialidad, un 69% fueron ginecólogos/as y un 15.7%, gi-

necólogos/as infantojuveniles. El resto estuvo distribuido entre obstetras y pediatras, algunos/as con orientación en GJ; generalistas con orientación en GJ o sin ella y médicos/as de familia con orientación en GJ o sin ella.

Aproximadamente, la mitad de los/las profesionales (48.8%) se desempeñan laboralmente en más de un subsistema de salud, seguido por el subsector privado exclusivo (27.5%), el público (21.6%) y, en escasa proporción, el subsector de la seguridad social.

En relación con los lugares donde brindan atención médica, 7 de cada 10 (71.29%) lo hace en la región del centro (conformada por el AMBA, 40 municipios de la provincia de Buenos Aires, el resto de la provincia de Buenos Aires y las provincias de Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y La Pampa). El segundo lugar lo ocupa la región de la Patagonia, con un 7.36% (conformada por las provincias de Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Chubut y Tierra del Fuego), seguida en frecuencia por las regiones del noroeste, con un 6.65% (que incluye las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones), y noreste, con un 5.37% (incluye Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero, Salta, Tucumán y La Rioja). Finalmente, la región de Cuyo, con un 5.23% (incluye Mendoza, San Juan, San Luis) (Tabla 2).

Se analizan a continuación los 25 motivos de consulta más frecuentes en el mes previo al inicio del aislamiento por COVID-19, en el primer mes del aislamiento y en el último mes antes de la aplicación de la encuesta (Tablas 3, 4 y 5).

El motivo de consulta más frecuente en el mes previo al ASPO (Figura 1) fue el inicio de la anticoncepción (categorías "mitad de las veces" y "muchas veces"). Le siguen las alteraciones del ciclo menstrual y la patología vulvovaginal. El tercer y cuarto lugar están ocupados por el control y la sospecha de embarazo, seguidos por los dolores y las infecciones y, finalmente, por la anticoncepción de emergencia. Al comparar con el último mes, en sexto lugar surge la angustia y en el décimo lugar, los trastornos del sueño.

Motivos de consulta que presentaron un incremento en el último mes medido del aislamiento con respecto al mes previo al inicio de este

Existe un grupo de motivos de consulta referidos por los profesionales de la salud en los que

Tabla 2. Resumen de variables sociodemográficas (edad, sexo, especialidad médica, subsistema salud y región).

Variabes	Categorías		n	(%)	
Edad	20-29		19	2.69	
	30-39		181	25.60	
	40-49		239	33.80	
	50-59		161	22.77	
	60-69		87	12.31	
	70 y más		19	2.69	
	N/c		1	0.14	
	Total		707	100.00	
Sexo	Femenino		625	88.40	
	Masculino		80	11.32	
	Otro		1	0.14	
	N/c		1	0.14	
	Total		707	100.00	
Especialidad clínica	Ginecólogo/a		489	69.17	
	Ginecólogo/a infantojuvenil		111	15.70	
	Obstetra		37	5.23	
	Pediatra		18	2.55	
	Pediatra con orientación GJ		16	2.26	
	Generalista		7	0.99	
	Generalista con orientación GJ		8	1.13	
	De familia		7	0.99	
	De familia con orientación GJ		14	1.98	
	Total		707	100.00	
Subsistema de salud	Más de uno		345	48.80	
	Subsector privado		195	27.58	
	Subsector público		153	21.64	
	Subsector seguridad social		7	0.99	
	N/c		7	0.99	
	Total		707	100.00	
Región donde trabaja	Centro	AMBA*	CABA*	135	-
		40 municipios		145	-
		Provincia de Buenos Aires		63	-
		Resto de provincias		161	-
	Total centro		504	71.29	
	Patagonia		52	7.36	
	Noroeste		47	6.65	
	Noreste		38	5.37	
	Cuyo		37	5.23	
	N/c		29	4.10	
Total		707	100.00		

Los resultados se expresan como n (%). AMBA: Área Metropolitana Buenos Aires, está conformada por Ciudad de Buenos Aires y 40 municipios de la provincia de Buenos Aires pertenecientes al primer cordón.

se observó una disminución en la frecuencia de presentación en el primer mes del aislamiento, pero de los que posteriormente se constató un aumento durante el último mes medido de aislamiento por COVID-19, con valores que incluso superaron a los del mes anterior al aislamiento.

Las alteraciones del ciclo menstrual fueron uno de los motivos de consulta que se presentaron con mayor asiduidad. Se observa que la frecuencia de presentación cae casi un 12% en el primer mes del aislamiento, se recupera en el último mes e, incluso, supera al mes previo, ya que su frecuencia se vio incrementada en un 14%, lo que se explicaría por el impacto biológico y psicosocial de la pandemia, lo que contribuyó a su aumento (Figura 2).

En segundo lugar, el motivo de consulta por sospecha de embarazo presenta un comportamiento similar a las alteraciones del ciclo menstrual: desciende en el primer mes de aislamiento un 11.4% y se recupera e incluso supera a los valores del mes previo al aislamiento en un 3% (Figura 3).

En tercer lugar, se mencionó como motivo de consulta la angustia y la depresión. Este motivo no estaba presente entre los más frecuentes en el mes previo al aislamiento. Se destaca que se cuadruplicó como motivo de consulta en el último mes medido del aislamiento y refleja lo que ocurrió con la pandemia a nivel mundial (Figura 4).

Al igual que en el caso de la angustia y la depresión, los trastornos del sueño se quintuplicaron como motivos de consulta durante el último mes en relación con el mes previo, ya que la frecuencia de presentación, según refirieron los profesionales, fue de 4.1% en el mes anterior y de 24.3% durante el último mes (Figura 5).

Los trastornos de la conducta alimentaria tuvieron un aumento sostenido

Tabla 3. Frecuencia de los motivos de consulta en ginecología infantojuvenil en el mes anterior al inicio del aislamiento por COVID-19 informado por 707 profesionales de la Argentina, 2020.

Motivos de consulta	Nunca	Raras veces	La mitad de las veces	Muchas veces
Patología vulvovaginal	26 (3.68)	155 (21.92)	260 (36.78)	266 (37.62)
Patología tracto urinario	35 (4.95)	334 (47.24)	195 (27.58)	143 (20.23)
Infecciones de transmisión sexual	66 (9.34)	311 (43.99)	218 (30.83)	112 (15.84)
Pubertad precoz/retrasada	241 (34.09)	398 (56.29)	51 (7.21)	17 (2.40)
Alteración del ciclo menstrual	13 (1.84)	125 (17.68)	308 (43.56)	261 (36.92)
Síndrome premenstrual	45 (6.36)	286 (40.45)	247 (34.94)	129 (18.95)
Síndromes hiperandrogénicos	101 (14.29)	377 (53.32)	174 (24.61)	55 (7.68)
Dolor pélvico agudo	63 (8.91)	400 (56.58)	165 (23.34)	79 (11.17)
Dolor pélvico crónico. Dismenorrea	42 (5.94)	245 (34.65)	279 (39.46)	141 (19.94)
Anticoncepción de emergencia	78 (11.03)	309 (43.71)	174 (24.61)	146 (20.65)
Inicio de anticoncepción	19 (2.69)	55 (7.78)	218 (30.83)	415 (58.70)
Suspensión de anticoncepción	81 (8.46)	382 (54.03)	152 (21.50)	92 (13.01)
Sospecha de embarazo	45 (6.36)	260 (36.78)	221 (31.26)	181 (25.60)
Control de embarazo	164 (23.20)	117 (16.55)	150 (21.22)	276 (39.04)
Aborto séptico	533 (75.39)	154 (21.78)	16 (2.26)	4 (0.57)
Aborto/ILE	272 (38.47)	273 (38.61)	85 (12.02)	77 (10.89)
Trabajo de parto/cesárea	316 (44.70)	74 (10.47)	101 (14.29)	216 (30.55)
Embarazo ectópico	375 (53.04)	258 (36.49)	52 (7.36)	22 (3.11)
Angustia/depresión	139 (19.66)	419 (59.26)	105 (14.85)	44 (6.22)
Ideación suicida/intento de suicidio	480 (67.89)	203 (28.71)	16 (2.26)	8 (1.13)
Trastornos del sueño	214 (30.27)	381 (53.89)	83 (11.74)	29 (4.10)
Trastornos de la conducta alimentaria	151 (21.36)	421 (59.55)	105 (14.85)	30 (4.24)
Sospecha/abuso sexual	251 (35.50)	377 (53.32)	51 (7.21)	28 (3.96)
Violencia de pares/pareja/familiar	260 (36.78)	339 (47.95)	66 (9.34)	42 (5.94)
Violación	395 (55.87)	266 (37.62)	32 (4.53)	14 (1.98)

Los resultados se expresan como n (%).

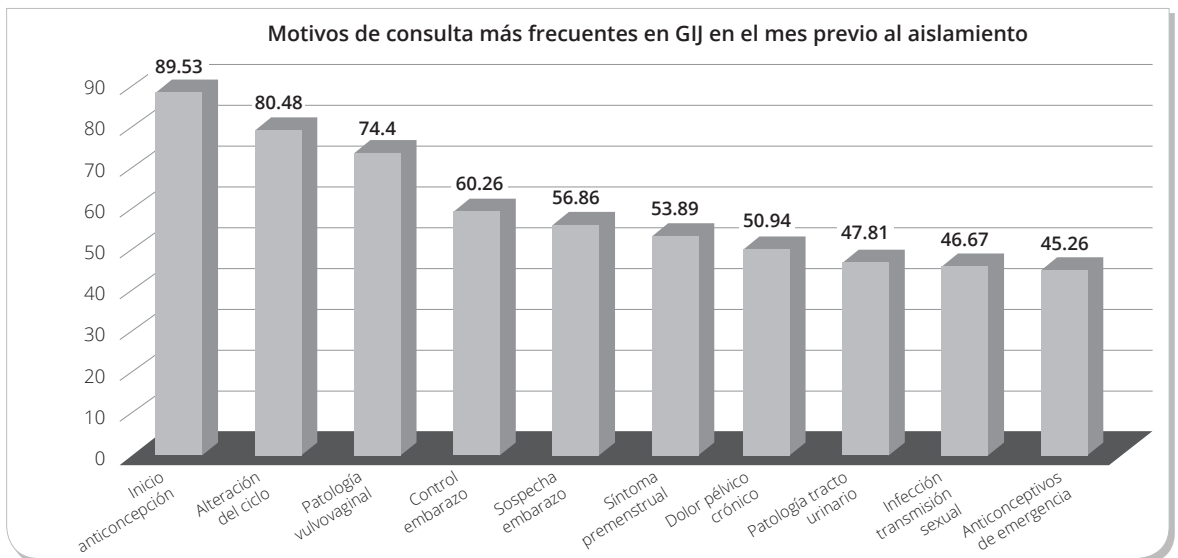


Figura 1. Motivos de consulta más frecuentes en ginecología infanto juvenil (GIJ). Análisis conjunto de las categorías "la mitad de las veces" y "muchas veces".

Figura 4. Angustia/depresión durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

Motivos de consulta	Primer mes				Respecto del mes anterior			
	Nunca	Raras veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Se mantuvo igual	Aumentó	Disminuyó	Valor de p
Patología vulvovaginal	161 (22.77)	305 (43.14)	147 (20.79)	94 (13.30)	189 (26.73)	81 (11.46)	437 (61.81)	0.0000
Patología del tracto urinario	194 (27.44)	324 (45.83)	129 (18.25)	60 (8.49)	283 (40.02)	84 (11.88)	340 (48.00)	0.0000
Infecciones de transmisión sexual	254 (35.93)	338 (47.81)	93 (13.15)	22 (3.11)	273 (38.62)	36 (5.09)	398 (56.29)	0.0000
Pubertad precoz/retrasada	499 (70.58)	184 (26.03)	18 (2.55)	6 (0.85)	387 (54.75)	23 (3.25)	297 (42.00)	0.0000
Alteración del ciclo menstrual	102 (14.43)	212 (29.99)	216 (30.55)	177 (25.04)	246 (34.79)	139 (19.67)	322 (45.54)	0.0000
Síndrome premenstrual	237 (33.52)	262 (37.06)	147 (20.79)	61 (8.63)	277 (39.18)	75 (10.61)	355 (50.21)	0.0000
Síndromes hiperandrogénicos	371 (52.48)	254 (35.93)	64 (9.05)	18 (2.55)	291 (41.16)	45 (6.36)	371 (52.48)	0.0000
Dolor pélvico agudo	224 (31.68)	323 (45.69)	114 (16.12)	46 (6.51)	339 (47.95)	75 (10.61)	293 (41.44)	0.0000
Dolor pélvico crónico Dismenorrea	242 (34.23)	242 (34.23)	156 (22.07)	67 (9.48)	268 (37.91)	67 (9.48)	372 (52.61)	0.0000
Anticoncepción de emergencia	248 (35.08)	255 (36.07)	123 (17.40)	81 (11.46)	300 (42.43)	84 (11.88)	323 (45.69)	0.0000
Inicio de anticoncepción	128 (18.10)	225 (31.82)	188 (26.59)	166 (23.48)	264 (37.34)	42 (5.94)	401 (56.72)	0.0000
Suspensión de anticoncepción	230 (32.53)	226 (31.97)	146 (20.65)	105 (14.85)	307 (43.43)	155 (21.92)	245 (34.65)	0.0000
Sospecha de embarazo	165 (23.34)	249 (35.22)	193 (27.30)	100 (14.14)	300 (42.43)	97 (13.72)	310 (43.85)	0.0000
Control de embarazo	210 (29.70)	167 (23.62)	189 (26.73)	141 (19.94)	418 (59.12)	41 (5.80)	248 (35.08)	0.0000
Aborto séptico	600 (84.87)	88 (12.45)	15 (2.12)	4 (0.57)	596 (84.30)	23 (3.25)	88 (12.45)	0.0000
Aborto/ILE	399 (56.44)	174 (24.61)	69 (9.76)	65 (9.19)	460 (65.06)	48 (6.79)	199 (28.15)	0.0000
Trabajo de parto/cesárea	335 (47.38)	79 (11.17)	109 (15.42)	184 (26.03)	598 (84.58)	25 (3.54)	84 (11.88)	0.0000
Embarazo ectópico	488 (69.02)	166 (23.48)	34 (4.81)	19 (2.69)	530 (74.97)	24 (3.39)	153 (21.64)	0.0000
Angustia/depresión	208 (29.42)	210 (29.70)	173 (24.47)	116 (16.41)	315 (44.55)	248 (35.08)	144 (20.37)	0.0000
Ideación suicida/intento de suicidio	532 (75.25)	144 (20.37)	24 (3.39)	7 (0.99)	572 (80.90)	46 (6.51)	89 (12.59)	0.0003
Trastornos del sueño	250 (35.36)	194 (27.44)	155 (21.92)	108 (15.28)	348 (49.22)	251 (35.50)	108 (15.28)	0.0000
Trastornos de la conducta alimentaria	316 (44.70)	225 (31.82)	112 (15.84)	54 (7.64)	350 (49.50)	132 (18.67)	225 (31.83)	0.0000
Sospecha/abuso sexual	433 (61.24)	218 (30.83)	42 (5.94)	14 (1.98)	423 (59.83)	45 (6.37)	239 (33.80)	0.0000
Violencia de pares/pareja/familiar	373 (52.76)	234 (33.10)	69 (9.76)	31 (4.38)	460 (65.06)	69 (9.76)	178 (25.18)	0.0000
Violación	550 (77.79)	131 (18.53)	18 (2.55)	8 (1.13)	510 (72.14)	17 (2.40)	180 (25.46)	0.0000

Los resultados se expresan como n (%).

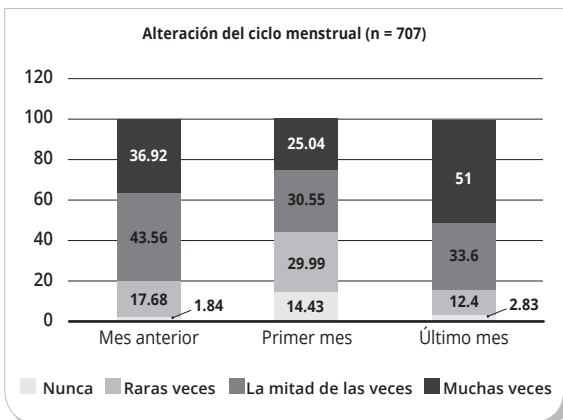


Figura 2. Alteración del ciclo menstrual durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

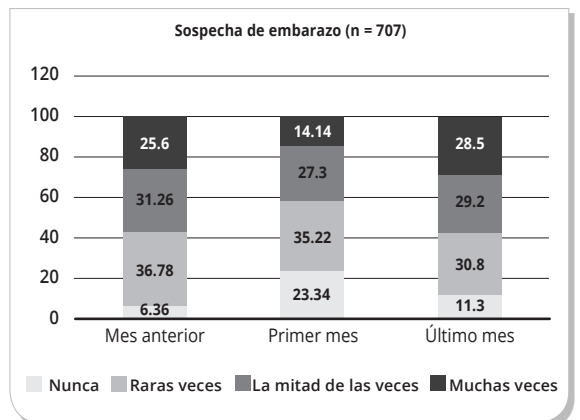


Figura 3. Sospecha de embarazo durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

Tabla 5. Frecuencia de motivos de consulta en ginecología infantojuvenil en el último mes de aislamiento por COVID-19 y comparación con el primer mes y anterior según el informe de 707 profesionales en la Argentina, 2020.

Motivos de consulta	Último mes				Respecto del primer mes				Respecto del mes anterior al inicio			
	Nunca	Raras veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Se mantuvo igual	Aumentó	Disminuyó	Valor de p	Se mantuvo igual	Aumentó	Disminuyó	Valor de p
Patología vulvovaginal	50 (7.07)	160 (22.6)	281 (39.7)	216 (30.5)	239 (33.8)	402 (56.8)	66 (9.33)	0.0000	313 (44.2)	153 (21.6)	241 (34.0)	0.0000
Patología del tracto urinario	67 (9.48)	294 (41.5)	217 (30.6)	129 (18.2)	355 (50.2)	313 (44.2)	39 (5.51)	0.0000	394 (55.7)	143 (20.2)	170 (24.0)	0.1415
Infecciones de transmisión sexual	129 (18.2)	292 (41.3)	212 (29.9)	74 (10.4)	373 (52.7)	300 (42.4)	34 (4.80)	0.0000	399 (56.4)	93 (13.1)	215 (30.4)	0.0000
Pubertad precoz o retrasada	387 (54.7)	260 (36.7)	46 (6.51)	14 (1.98)	544 (76.9)	148 (20.9)	15 (2.12)	0.0000	448 (63.3)	55 (7.77)	204 (28.8)	0.0000
Alteración del ciclo menstrual	20 (2.83)	88 (12.4)	238 (33.6)	361 (51.0)	316 (44.6)	351 (49.6)	40 (5.65)	0.0000	339 (47.9)	235 (33.2)	133 (18.8)	0.0000
Síndrome premenstrual	92 (13.0)	243 (34.3)	234 (33.1)	138 (19.5)	370 (52.3)	310 (43.8)	27 (3.81)	0.0000	398 (56.2)	141 (19.9)	168 (23.7)	0.1390
Síndromes hiperandrogénicos	196 (27.7)	336 (47.5)	124 (17.5)	51 (7.21)	419 (59.2)	28 (3.96)	260 (36.7)	0.0000	408 (57.7)	80 (11.3)	219 (30.9)	0.0000
Dolor pélvico agudo	137 (19.3)	331 (46.8)	172 (24.3)	67 (9.48)	442 (62.5)	209 (29.5)	56 (7.92)	0.0000	417 (58.9)	107 (15.3)	183 (25.8)	0.0000
Dolor pélvico crónico Dismenorrea	78 (11.0)	259 (36.6)	244 (34.5)	126 (17.8)	347 (49.0)	320 (45.2)	40 (5.65)	0.0000	400 (56.5)	114 (16.1)	193 (27.2)	0.0000
Anticoncepción de emergencia	146 (20.6)	267 (37.7)	163 (23.0)	131 (18.5)	435 (61.5)	229 (32.3)	43 (6.08)	0.0000	412 (58.2)	103 (14.5)	192 (27.1)	0.0000
Inicio de anticoncepción	36 (5.09)	69 (9.76)	242 (34.2)	360 (50.9)	326 (46.1)	357 (50.4)	24 (3.39)	0.0000	449 (58.6)	90 (12.7)	168 (23.7)	0.0000
Suspensión de anticoncepción	127 (17.9)	272 (38.4)	184 (26.0)	124 (17.5)	399 (56.4)	213 (30.1)	95 (13.4)	0.0000	415 (58.7)	165 (23.3)	127 (17.9)	0.0302
Sospecha de embarazo	80 (11.3)	218 (30.8)	207 (29.2)	202 (28.5)	404 (51.4)	263 (37.1)	40 (5.65)	0.0000	406 (57.4)	146 (20.6)	155 (21.9)	0.6448
Control de embarazo	170 (24.0)	100 (14.1)	179 (25.3)	258 (36.4)	466 (65.9)	222 (31.4)	19 (2.68)	0.0000	539 (76.2)	76 (10.7)	92 (13.0)	0.2471
Aborto séptico	581 (82.1)	101 (14.2)	15 (2.12)	10 (1.41)	647 (91.5)	43 (6.08)	17 (2.40)	0.0011	610 (86.2)	27 (3.81)	70 (9.90)	0.0000
Aborto/ILE	349 (49.3)	175 (24.7)	82 (11.6)	101 (14.2)	528 (74.5)	146 (20.6)	33 (4.66)	0.0000	510 (72.1)	83 (11.7)	114 (16.1)	0.0323
Trabajo de parto o cesárea	327 (46.2)	67 (9.48)	98 (30.4)	215 (30.4)	629 (88.9)	64 (9.05)	14 (1.98)	0.0000	644 (91.0)	27 (3.81)	36 (5.09)	0.3135
Embarazo ectópico	465 (65.7)	172 (24.3)	48 (6.79)	22 (3.11)	618 (87.4)	64 (9.05)	25 (3.53)	0.0000	566 (80.0)	23 (3.25)	118 (16.6)	0.0000
Angustia/depresión	128 (18.1)	185 (26.1)	203 (28.7)	191 (27.0)	424 (59.9)	236 (33.3)	47 (6.64)	0.0000	314 (44.4)	341 (48.2)	52 (7.35)	0.0000
Ideación suicida o intento de suicidio	504 (71.2)	160 (22.6)	33 (4.67)	10 (1.41)	625 (88.4)	59 (8.34)	23 (3.25)	0.0001	589 (83.3)	57 (8.06)	61 (8.62)	0.7826
Trastornos del sueño	175 (24.7)	199 (28.1)	161 (22.7)	172 (24.3)	449 (63.5)	209 (29.5)	49 (6.93)	0.0000	349 (49.3)	319 (45.1)	39 (5.51)	0.0000
Trastornos de la conducta alimentaria	217 (30.6)	259 (36.3)	133 (18.8)	98 (18.3)	480 (67.8)	195 (27.5)	32 (4.52)	0.0000	397 (56.1)	185 (26.1)	125 (17.6)	0.0008
Sospecha/abuso sexual	369 (52.1)	263 (37.2)	51 (7.21)	24 (3.39)	560 (79.2)	116 (16.4)	31 (4.38)	0.0000	485 (68.5)	52 (7.35)	170 (24.0)	0.0000
Violencia de pares, pareja o familiar	341 (48.2)	239 (33.8)	78 (11.3)	49 (6.93)	560 (79.2)	103 (14.5)	44 (6.22)	0.0000	493 (69.7)	81 (11.4)	133 (18.8)	0.0005
Violación	521 (73.6)	147 (20.7)	27 (3.82)	12 (1.70)	621 (87.8)	64 (9.05)	22 (3.11)	0.0000	526 (74.3)	29 (4.10)	152 (21.4)	0.0000

Los resultados se expresan como n (%).

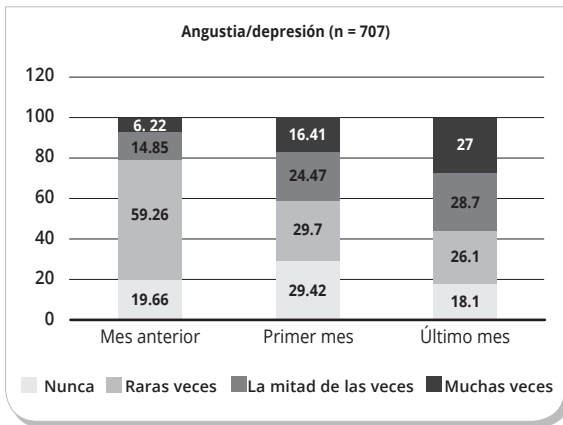


Figura 4. Angustia/depresión durante el mes anterior, el primer mes y el último mes al aislamiento por COVID-19, 2020.

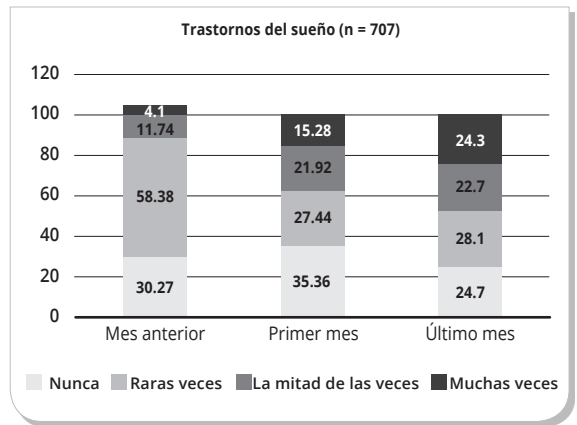


Figura 5. Trastornos del sueño durante el mes anterior, el primer mes y el último mes al aislamiento por COVID-19, 2020.

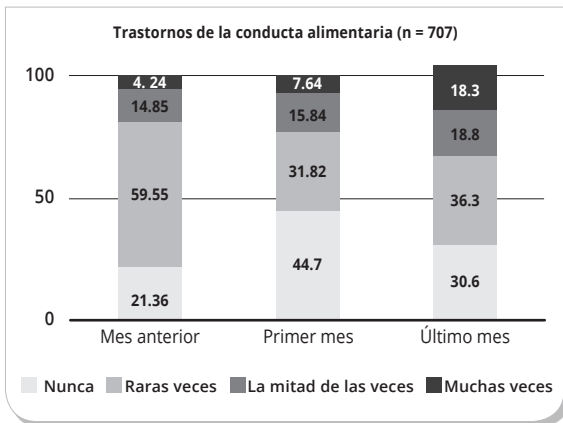


Figura 6. Trastornos de la conducta alimentaria durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

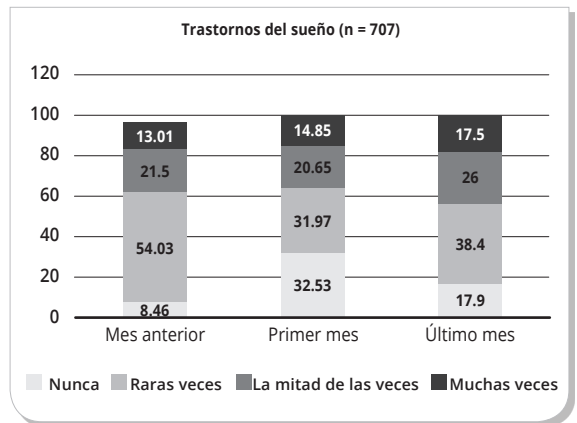


Figura 7. Suspensión de la anticoncepción durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

nido a lo largo de los meses investigados. En este caso aumentaron 4 veces al comparar el último mes de aislamiento (18.3%) respecto del mes previo (4.24%), y se corresponde con lo que sucede a nivel mundial (Figura 6).

Respecto de la suspensión de la anticoncepción se destaca un aumento durante el primer mes del aislamiento y aún mayor durante el último mes analizado (Figura 7).

La violencia por parte de pares, la pareja o un familiar no es un motivo frecuente en el marco de la consulta en GIJ. Sin embargo, en el marco del aislamiento estuvo presente. Si bien su aumento fue menor, no deja de ser significativo: estuvo presente en los tres períodos y aumentó en el último (Figura 8).

En relación con la ideación suicida o el intento

de suicidio, se destaca una disminución, que es estadísticamente significativa, durante el primer mes de aislamiento. En el último mes, y aunque no fue estadísticamente significativo, se observa un aumento mínimo (Figura 9).

El “aborto séptico” es un motivo poco frecuente de consulta. Se destaca una frecuencia baja en el mes previo al ASPO y durante el primer mes, pero se observa un aumento significativo en el último mes medido respecto del mes previo (Figura 10).

Con respecto al aborto y a la interrupción legal del embarazo, se presenta como motivo de consulta con cierta frecuencia en el mes previo al aislamiento (10.89%), se mantiene durante el primer mes y aumenta en el último mes medido (14.2%) (Figura 11).

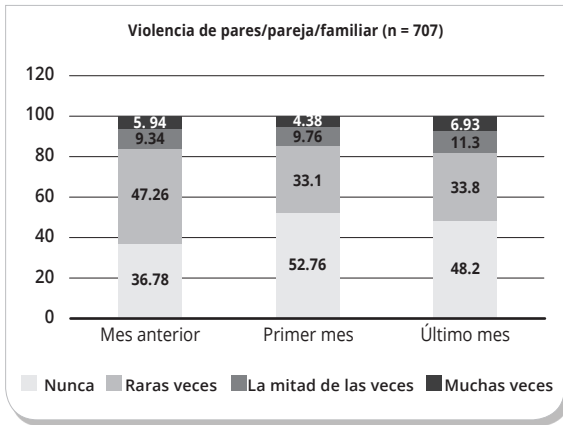


Figura 8. Violencia de pares/pareja/familia durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

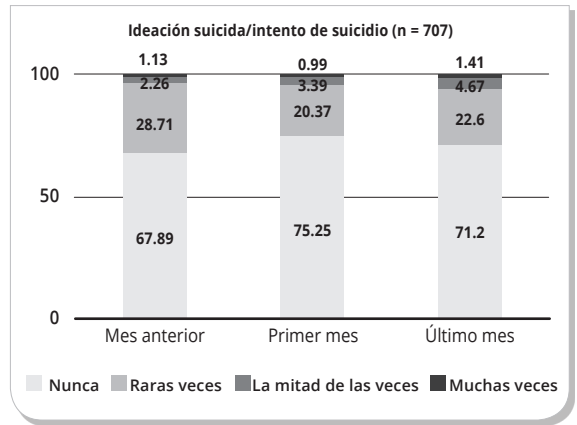


Figura 9. Ideaación suicida/intento de suicidio durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

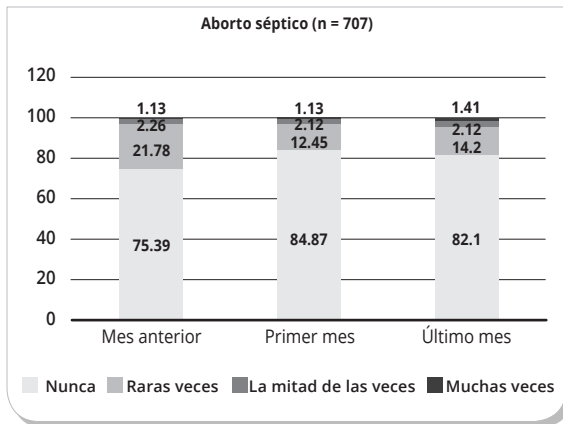


Figura 10. Aborto séptico durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

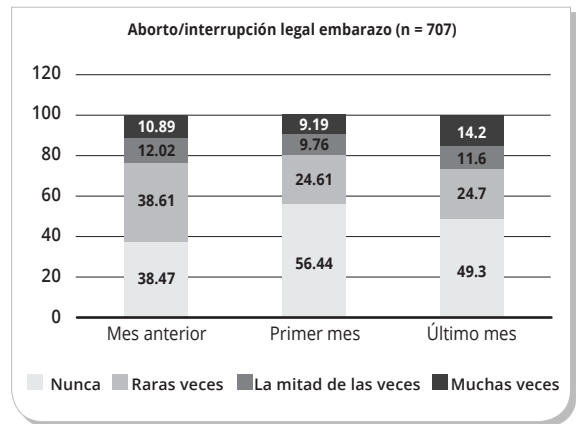


Figura 11. Aborto/interrupción legal del embarazo durante el mes anterior, el primer mes y el último mes de aislamiento por COVID-19, 2020.

Motivos de consulta que presentaron un descenso en el último mes de aislamiento

Existe otro grupo de motivos de consulta que presentaron un descenso en el último mes medido de aislamiento por COVID-19 en relación con el mes anterior, al inicio de este.

En la Tabla 6 se describen diferentes motivos de consulta referidos por los/las profesionales en los que se observa una disminución en la frecuencia de presentación en el primer mes de aislamiento, con una recuperación en el último mes medido, aproximándose al nivel previo, pero sin llegar a este. En todos los casos, la tendencia es estadísticamente significativa ($p = 0.000$), excepto con respecto al control del embarazo ($p = 0.2471$), el síndrome premenstrual ($p = 0.1390$) y la patología del tracto urinario ($p = 0.1415$). También existen dos

motivos de consulta que se mantuvieron durante todo el período y son el trabajo de parto/cesárea y el embarazo extrauterino, que se consideran urgencias independientemente del ASPO.

DISCUSIÓN

Durante la pandemia por COVID-19, en el período investigado en este estudio, en relación con la frecuencia de presentación de los diferentes motivos de consulta en GJ referidos por los/las profesionales encuestados/as, se detectaron cambios con respecto a los referidos en el período previo al aislamiento, coincidentemente con otras publicaciones a nivel mundial.^{15, 30}

La mayoría de los trabajos científicos publicados hasta la fecha analiza el impacto de la COVID-19 en niños, niñas y adolescentes en relación con la

Tabla 6. Otros comportamientos de los motivos de consulta.

Descenso en el primer mes y aproximación al mes anterior en el último mes en la modalidad "muchas veces"						
Motivos de consulta	Mes anterior		Primer mes		Último mes	
	Muchas veces	Valor de p	Muchas veces	Valor de p	Muchas veces	Valor de p
Inicio de anticoncepción	58.7	0.0000	23.48	0.0000	50.9	0.0000
Control de embarazo	39.04	0.0000	19.94	0.0000	36.4	0.2471
Patología vulvovaginal	37.62	0.0000	13.3	0.0000	30.5	0.0000
Síndrome premenstrual	18.95	0.0000	8.63	0.0000	19.5	0.1390
Anticoncepción de emergencia	20.65	0.0000	11.46	0.0000	18.5	0.0000
Patología del tracto urinario	20.23	0.0000	8.49	0.0000	18.2	0.1415
Dolor pélvico crónico/Dismenorrea	19.94	0.0000	9.48	0.0000	17.8	0.0000
Infecciones de transmisión sexual	15.84	0.0000	3.11	0.0000	10.4	0.0000
Dolor pélvico agudo	11.17	0.0000	6.51	0.0000	9.48	0.0000
Síndromes hiperandrogénicos	7.68	0.0000	2.55	0.0000	7.21	0.0000
Sospecha/abuso sexual	3.96	0.0000	1.98	0.0000	3.39	0.0000
Pubertad precoz/retrasada	2.4	0.0000	0.85	0.0000	1.98	0.0000
Violación	1.98	0.0000	1.13	0.0000	1.7	0.0000
Motivos de consulta que se mantuvieron durante las diferentes etapas						
Trabajo de parto/cesárea	30.55	0.000	26.03	0.000	30.4	0.3135
Embarazo ectópico	3.11	0.000	1.98	0.000	3.39	0.000

Fuente: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, mayo de 2021.

sintomatología relacionada con el virus cuando realizaron la consulta. Alonso Cadenas y Molina Gutiérrez³¹ analizaron y compararon el impacto de la pandemia por COVID-19 en las urgencias en dos hospitales de Madrid y detectaron, entre otros motivos de consulta, la enfermedad ginecológica en 3 casos sobre 530 (0.5%) y en 5 sobre 1 520 (0.3%), respectivamente.

En la presente investigación se observó una disminución en la cantidad de consultas referida por los/las profesionales en el primer mes del aislamiento en relación con el mes previo. Posteriormente, se constató un aumento de estas durante el último mes de aislamiento por COVID-19 medido, con valores que incluso superaron a los del mes anterior al aislamiento. Los autores citados también detectaron una disminución de un 35.3% al comparar con las consultas del mismo mes en el año previo.

Las alteraciones del ciclo menstrual fueron el motivo de consulta más frecuente durante el último mes de la pandemia medido en esta investigación y ocupaban el segundo lugar en el período previo a esta. El franco aumento de los trastornos del ciclo menstrual como motivo de consulta en

GJJ, tan estrechamente ligados al cerebro límbico, reflejan de manera directa el impacto negativo de las consecuencias de la pandemia sobre la función cíclica del sistema hipotalámico-hipofisario-ovárico. En algunas personas, el estrés se manifiesta mediante cambios en el ciclo menstrual, ya sea en la duración o en la cantidad, y en el dolor y los síntomas premenstruales. Además, Li K (2021) evaluó los patrones menstruales de personas con COVID-19 y encontró cambios significativos en el ciclo. Según este autor, el 20% de las pacientes presentaron ciclos menstruales más espaciados o ausencia de estos.³² La sospecha de embarazo ocupa el segundo lugar en frecuencia como motivo de consulta durante el último mes de la pandemia medido en esta investigación. Probablemente, esto esté asociado con que muchas adolescentes, al estar aisladas por el ASPO y no tener encuentros sexuales, decidieron suspender el método anticonceptivo. Además, hubo mayores dificultades en el acceso a la anticoncepción durante este período. Cuando las medidas de restricción fueron menos estrictas, las adolescentes volvieron a tener relaciones sexuales, pero sin la protección necesaria para evitar un embarazo.

En América Latina aumentaron los embarazos en adolescentes en este período,³³ probablemente porque algunas de ellas buscaron embarazarse, en parte, como consecuencia de la falta de proyecto vital o de la suspensión de sus expectativas debido a la incertidumbre que les provocaba esta pandemia, no solo a ellas sino a su entorno familiar. En una investigación realizada por Lindberg y col. del *Guttmacher Institute*, sobre 2009 mujeres de 18 a 49 años, el 17% quería tener un hijo antes o querían tener más hijos debido a la pandemia por coronavirus.³⁴

En tercer lugar, los/las profesionales (casi un 70% eran ginecólogos/as generalistas) refirieron a la angustia como motivo de consulta durante el último mes de la pandemia medido en esta investigación. Este no estaba presente entre los 10 primeros motivos de consulta en el mes previo a la pandemia y, además, se debe destacar que se cuadruplicó en el último mes con respecto al primero, lo que refleja lo que ocurrió en el ASPO a nivel mundial. Si bien la enfermedad infecciosa fue el grupo diagnóstico más frecuente en la mayoría de los centros de salud que atienden a niños, niñas y adolescentes, dentro de la enfermedad no infecciosa se atendió a mayor cantidad de pacientes con enfermedad neurológica y psiquiátrica; esta última se relacionó con los efectos negativos del confinamiento sobre la salud mental.^{31, 35} Prerna Banati, de Unicef (Senegal), sostuvo que los factores estresantes entre los 10 y 14 años se asocian con la disminución en la esperanza de vida. Además, afirmó que “si estos trastornos surgen antes de la edad adulta y no se tratan, pueden llegar a imponer un costo en salud 10 veces mayor a los que surgen después”.³⁶ El aumento sostenido de la angustia, la depresión, los trastornos del sueño, al igual que los trastornos de la conducta alimentaria y, aun, la aparición de la ideación suicida como motivo de consulta explícita, ponen de manifiesto el abrupto cambio de vida y la difícil adaptación a estos cambios que ha sufrido esta población, vulnerable de por sí.

Con respecto a la salud sexual y la salud reproductiva, como se ha mencionado anteriormente, muchas adolescentes, al estar aisladas por el ASPO y no tener encuentros sexuales, decidieron suspender el método anticonceptivo. Además, hubo dificultades para llegar a los centros de atención por disminución en el transporte públi-

co, mientras que algunos centros no brindaban la atención habitual.

En la presente investigación, la consulta por el inicio de la anticoncepción se redujo a la mitad en el primer mes de aislamiento. Lindberg y col. (2020),³⁴ en la investigación del *Guttmacher Institute*, informaron que cerca de un tercio de las mujeres no accedieron a atención en SSySR, incluido el acceso a los métodos anticonceptivos.

En relación con la consulta por aborto e ILE, se destaca una disminución durante el primer mes de aislamiento. Existió baja frecuencia de consulta sobre aborto séptico en el mes previo al ASPO y durante el primer mes de la pandemia, pero se observa un aumento significativo en el último mes respecto del primer mes del ASPO. Este aumento podría responder a la falta de acceso a los servicios de aborto seguro, sumado a lo ya dicho sobre la dificultad en el acceso a la anticoncepción y la suspensión del método anticonceptivo por decisión propia de la adolescente. Lindberg y col.³⁴ informaron que el acceso al aborto ha sido restrictivo en la pandemia.

Si se incorporan al análisis las cifras informadas por el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA)³⁷, se observa cómo disminuyó fuertemente la atención a adolescentes en los SSySR en el subsistema público, en las 10 provincias donde se implementa el plan. Como ejemplo de esta disminución, mientras que en 2019 se colocaron 2700 métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC [*long acting reversible contraception*]), en el período de enero a octubre de 2020 se colocaron 1277 LARC como efecto del aislamiento y de las restricciones de acceso a los servicios de salud. Esto implica una disminución de un 52.70% del acceso a los LARC.

La violencia no es una consulta frecuente para los/las ginecólogos/as. La violencia de género, en particular los actos de violencia sexual, afectan de manera desproporcionada a las mujeres en edad reproductiva y pueden comprometer la salud y la autonomía de la mujer.³⁸ La violencia doméstica y la violencia de género se han intensificado con respecto al año previo a la pandemia.³⁴

La sospecha de abuso se visibilizó más durante la pandemia. Durante el primer mes del ASPO, las consultas por sospecha de abuso presentaron un descenso, probablemente por la dificultad para

salir de sus casas y pedir ayuda. No obstante, en el último período medido en esta investigación, las consultas volvieron a aproximarse al nivel del mes previo a la pandemia. Cabe recordar que este tipo de consultas no es frecuente dentro de las recibidas en consultorios de ginecología general, sino que suele dirigirse a equipos o servicios especializados en abuso sexual.

La patología vulvovaginal, las infecciones urinarias, las infecciones de transmisión sexual y el dolor pélvico tuvieron una baja frecuencia de consulta durante la pandemia, probablemente por la falta de acceso a los centros de salud, por la automedicación o por las consultas en las urgencias. A pesar de ello, las pacientes que tuvieron acceso a sus médicos mediante la telemedicina consultaron por estos motivos.

Los motivos de consulta de urgencia (dolor pélvico agudo, parto, cesárea, embarazo extrauterino) no sufrieron mayores variaciones durante el aislamiento, ya que se resolvieron en la consulta de guardia.

El encierro, la falta de actividad física, la limitación para los encuentros y las relaciones sociales y con los pares, así como el temor al contagio, se han reflejado en los motivos manifiestos y latentes de consulta en la clínica ginecológica cotidiana.

La calidad de vida de la población de niñas y adolescentes ha sido negativamente afectada por el prolongado aislamiento debido a la pandemia por COVID-19. Las dificultades para sostener la atención en salud adecuada en el primer período del ASPO, con las consecuentes oportunidades perdidas, en concordancia con Griffith y col., implican que, aunque los hombres tienen riesgo más alto de muerte y complicaciones por la COVID-19 que las mujeres, la pandemia ha sacado a la luz las disparidades de género relacionadas con la inequidad en el sistema de salud y de apoyo social.³⁹

CONCLUSIONES

Es la primera vez que una pandemia se expande con tal rapidez en todo el mundo y que la

Argentina vive un aislamiento tan prolongado. Nos ha obligado tanto a médicos/as como a pacientes a reformular la manera de vincularnos, ya sea utilizando la tecnología por medio de consultas virtuales así como en la consulta presencial. Las pacientes muchas veces no accedieron a la consulta, ya sea por falta de tecnología, por dificultad en el acceso o por temor al contagio. Aun cuando accedían, a veces llegaron tarde para la resolución del problema.

A continuación, se enuncian las conclusiones más importantes:

- La mayoría de los motivos de consulta en GIJ disminuyó durante el primer mes de aislamiento (ASPO en 2020), pero hubo una recuperación importante o un aumento de estos durante el último mes.
- Los/as profesionales refirieron que los motivos de consulta más frecuentes en GIJ, previos al ASPO, fueron el inicio de la anticoncepción, las alteraciones en el ciclo, la patología vulvovaginal y el control o la sospecha de embarazo.
- En el último mes estudiado del ASPO, los motivos más frecuentes de consulta que presentaron un aumento respecto del mes previo fueron las alteraciones en el ciclo, la sospecha de embarazo, la angustia y la depresión, los trastornos del sueño y de la conducta alimentaria.
- Durante la pandemia surgieron motivos de consulta ginecológica que no eran frecuentes antes del ASPO, como la angustia/depresión, los trastornos del sueño y de la conducta alimentaria y la violencia de pares, la pareja o un familiar.
- La pandemia fue una limitación para la población infantojuvenil al acceso a los SSySR, que afectó sus derechos y las posibilidades de cuidados, generando oportunidades perdidas.

Destacamos la importancia de que los/as profesionales que atienden a la población infantojuvenil cuenten con una mirada integral y puedan llevar a cabo un trabajo interdisciplinario y multidisciplinario.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Ginebra: la OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia; 11 Mar 2020 [Consultado 15 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>.
- InfoLEG. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Decreto 641/2020. Ciudad de Buenos Aires; 2 Ago 2020 [Consultado 3 Ago 2020]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/340000-344999/340612/norma.htm>.
- Silva D. Argentina cierra sus fronteras completamente. CÑÑ, Panorama Mundial. Coronavirus; 27 Mar 2020 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/27/alerta-argentina-cierra-sus-fronteras-completamente/>.
- Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. 29 Jun 2020 [Consultado 29 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Corporación de Radio y Televisión Española 2021. Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución [Consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210601/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Información epidemiológica. Sala de situación coronavirus online [Consultado 23 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Coronavirus COVID-19 [Consultado 23 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/informes-diarios/agosto-de-2020>.
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica. Argentina - Año 2019. 5(63), Dic 2021 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf>
- Buchbinder N, McCallum A, Volman V. El estado de la educación en la Argentina. Observatorio Argentino por la Educación. Sept 2019 [Consultado 22 Jun 2021]. Disponible en: https://cms.argentinosporlaeducacion.org/media/reports/El_estado_de_la_educacion_Argentina.pdf.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina. 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Sept 2019 [Consultado 18 Jun 2021]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/encuesta-nac-nutricion-salud_resumen-ejecutivo.pdf
- Russ Ch. COVID-19 en pediatría. Comité de Infectología, Subcomisión de Epidemiología; Sociedad Argentina de Pediatría. 26 Mar 2020 [Consultado 12 Jun 2021]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_covid-epidemio-03-20_1585703520.pdf.
- Yu Y, Chen P. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in neonates and children from China: a review. *Front Pediatr* 8:287, 2020 [Consultado 6 Jun 2021]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7243210/.
- She J, Liu L, Liu W. COVID-19 epidemic: disease characteristics in children. *J Med Virol* 92(7):747-754, Jul 2020 [Consultado 7 Jun 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25807>.
- Yeo C, et al. Enteric involvement of coronaviruses: is fecal-oral transmission of SARS-CoV-2 possible. *Lancet Gastroenterol and Hepatol* 5(4):335-337, 2020 [Consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25807>
- Asociación Española de Pediatría. Estudio epidemiológico de infecciones pediátricas por el nuevo coronavirus (SARC-CoV-2). 3, Dic 2020 [Consultado 24 Jun 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/newsletter_dec_2020_1.pdf.
- Say D, et al. Post-acute COVID-19 outcomes in children with mild and asymptomatic disease. *The Lancet Child & Adolesc Health* 5(6):e22-e23, Apr 2021 [Consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00124-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00124-3/fulltext).
- Rubinstein A, Ricover L. Motivos de consulta más frecuentes en ginecología infantojuvenil. En: Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil. *Ginecología infantojuvenil. Un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires: Journal; 2015. pp. 43-49.
- Pasqualini D, Llorens A. Los múltiples diagnósticos y las estrategias terapéuticas [Cap. 16]. En: OPS/OMS. *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Ago 2010. pp. 154-164.
- Hall B, Tucker JD. Surviving in place: the coronavirus domestic violence syndemic. *Asian J Psychiatr* 2020 [Consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246009/.
- Curry DW, Rattan J, Huang S, et al. Delivering high-quality family planning services in crisis-affected settings II: results. *Glob Health Sci Pract* 3(1):25-33, 2015 [Consultado 22 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356273/>.
- Barot S. In a state of crisis: meeting the sexual and reproductive health needs of women in humanitarian situations. *Guttacher Policy Review*; 2017 [Consultado 17 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.guttacher.org/gpr/2017/02/state-crisis-meeting-sexual-and-reproductive-health-needs-women-humanitarian-situations>.
- McGinn T, Austin J, Anfinson K, et al. Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries. *Confl Health* 5:11, 2011 [Consultado 27 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.guttacher.org/gpr/2017/02/state-crisis-meeting-sexual-and-reproductive-health-needs-women-humanitarian-situations>
- Purdy C. How will COVID-19 affect global access to contraceptives—and what can we do about it? 2020 [Consultado 21 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.devex.com/news/opinion-how-will-covid-19-affect-global-access-to-contraceptives-and-what-can-we-do-about-it-96745>.
- Riley T, Sully E, Ahmed A, et al. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries, 2020. [Consultado 22 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.guttacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health>.
- Kasraeian M, Zare M, Vafaei H, et al. COVID-19 pneumonia and pregnancy; a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 1-8, 2020 [Consultado 19 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1763952>.
- Masroor S. Collateral damage of COVID-19 pandemic: delayed medical care. *J Card Surg*, 2020 [Consultado 20 Jun 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocs.14638>.
- Parpia AS, Ndeffo-Mbah ML, Wenzel NS, et al. Effects of response to 2014-2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. *Emerg Infect Dis* 22(3):433-441, 2016 [Consultado 23 Jun 2020]. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/3/15-0977_article.
- Ali SH, Foreman J, Capasso A, et al. Social media as a recruitment platform for a nationwide online survey of COVID-19 knowledge, beliefs, and practices in the United States: methodology and feasibility analysis. *BMC Med Res Methodol* 20(1):116, 2020 [Consultado 17 Jun 2020]. Disponible en: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-020-01011-0>.
- World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Oct 2013 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/3/15-0977_article. doi: 10.3201/eid2203.150977 [published Online First: 2016/02/18]
- Sociedad Argentina de Pediatría. Preocupa la disminución de consultas pediátricas durante la cuarentena. 10 May 2020 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_disminucion-consultas-06-20_1591811326.pdf

31. Alonso Cadenas JA, Andina Martínez D, Martín Díaz MJ, Molina Cabañero JC. En respuesta al artículo "Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid" [In response to the article "Impact of the COVID-19 pandemic in the emergency room: first findings in a hospital in Madrid"]. *An Pediatr* 94:270-272, 2021 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320305051>.
32. Li K, Chen G, Hou H, Liao Q, Chen J, Bai H, et al. Analysis of sex hormones and menstruation in COVID-19 women of child-bearing age. *Reproductive BioMedicine Online* 42(1):260-267, 2021 [Consultado 16 Jun 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33288478/>.
33. UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional [Consultado 2 Jun 2021]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf.
34. Lindberg L, VandeVusse A, Mueller J, Kirstein M. Early impacts of the COVID-19 pandemic: findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences Internet. 2020 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health>.
35. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020 [Consultado 18 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930090-0>.
36. Unicef: normatividad dificulta acceso de adolescentes a servicios de salud mental, sexual y reproductividad. 14 Ago 2020 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/nota-de-prensa/unicef-normatividad-dificulta-acceso-de-adolescentes-servicios-de-salud-mental-sexual-reproductiva>.
37. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Informe bimestral de monitoreo septiembre-octubre 2020 Plan ENIA [Consultado 24 Jun 2020]. Disponible en: bancos.salud.gob.ar/recursos/informe-bimestral-de-monitoreo-septiembre-octubre-2020.
38. American College of Obstetricians and Gynecologists. COVID-19 FAQs for obstetricians-gynecologists, obstetrics. 2020 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics>.
39. Griffith DM, Sharma G, Holliday CS, Enyia OK, Valliere M, Semlow AR, et al. Men and COVID-19: a biopsychosocial approach to understanding sex differences in mortality and recommendations for practice and policy interventions. *Prev Chronic Dis* 17:63, Jul 2020 [Consultado 10 Jun 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2020/20_0247.htm.

Otra bibliografía consultada

40. Molina Gutiérrez MÁ, et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid [Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department: early findings from a hospital in Madrid]. *Anales de Pediatría* 93(5):313-322, 2020 [Consultado 4 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-estadisticas-S1695403320302435>.
41. Kruizinga MD, Peeters D, van Veen M, et al. The impact of lockdown on pediatric ED visits and hospital admissions during the COVID19 pandemic: a multicenter analysis and review of the literature. *Eur J Pe diatr* 180(7):2271-2279, 2021 [Consultado 5 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7959585/>. doi:10.1007/s00431-021-04015-0.
42. Henarejos-Castillo I, Sebastián-León P, Devesa-Peiro A, Pellicer A, Diaz-Gimeno P. SARS-CoV-2 infection risk assessment in the endometrium: viral infection-related gene expression across the menstrual cycle. *Fertil Steril* 114(2):223-232, 2020 [Consultado 3 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298504/>.

Hacia la interrupción voluntaria del embarazo: nuestra experiencia en la atención integral de la interrupción legal del embarazo

Towards the voluntary termination of pregnancy (IVE): our experience of comprehensive care for legal termination of pregnancy (ILE)

Sandra B. Vázquez,¹ Marianela Meneghetti,² María Victoria Simón³

Resumen

La interrupción legal (ILE) y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) representan un problema de salud de magnitud en relación con el aborto. Se realizó un trabajo descriptivo, retrospectivo y transversal en un año, comprendido entre el 2 de enero y el 31 de diciembre de 2020. Se obtuvo el relevamiento de la información de 848 historias clínicas de personas que accedieron a una ILE en el centro de atención de Casa FUSA de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A su vez, se realizó el análisis de una encuesta semiestructurada tomada a 377 de esas usuarias del servicio. Se analizaron diversas variables: privacidad y confidencialidad, tiempo del turno, información brindada, instalaciones, satisfacción global, así como también tipo de procedimiento provisto y acceso a la anticoncepción inmediata posterior al evento. El 88% optó por el procedimiento de evacuación uterina mediante aspiración manual endouterina (AMEU) y el 12% restante realizó tratamiento farmacológico con misoprostol. La experiencia de los equipos de salud, en general, y del equipo de Casa FUSA, en particular, que efectivizaban la práctica de la ILE desde mucho tiempo antes a la sanción de la ley 27 610, opera de ejemplo para los nuevos equipos que se sumen a garantizar este derecho a las mujeres y otras identidades con capacidad de gestar.

Palabras clave: interrupción voluntaria del embarazo, IVE, interrupción legal del embarazo, ILE, atención integral, calidad

Summary

Legal abortion and voluntary interruption of pregnancy represents a major health problem concerning abortion. A descriptive, retrospective, and cross-sectional study was carried out throughout from January 2 to December 31, 2020. Information was collected from 848 medical records of people who underwent an abortion at Casa FUSA's health center in the city of Buenos Aires. A semi-structured survey was taken from 377 of these service users and was also analyzed. Several variables were analyzed: privacy and confidentiality, appointment time, the information provided, facilities and overall satisfaction; included the type of procedure provided and access to immediate post-event contraception. The uterine evacuation procedure by the manual vacuum aspiration (MVA) technique was chosen by 88% of users and the remaining 12% underwent pharmacological treatment with Misoprostol. Health care team's experience in general and Casa FUSA particularly who has been performing abortion long before the enactment of Law 27 610, serves as an example for new teams. They will join in to guarantee this right to women and other gender identities with reproductive capacities.

Keywords: voluntary termination of pregnancy, legal termination of pregnancy, comprehensive care, quality

Introducción

Los embarazos no intencionales y las solicitudes de interrupción son situaciones de salud que pueden atravesar las mujeres y otras identidades diversas con capacidad de gestar. Se configuran

como eventos que forman parte de las trayectorias de las personas en relación con su salud sexual, salud reproductiva y no reproductiva. La Argentina cuenta con un amplio marco legal en materia de derechos sexuales y reproductivos desde el paradigma de la autonomía y el acceso a la salud, marco que se amplía con la sanción de la ley nacional 27 610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en 2020 luego de un vasto recorrido y debate propulsado durante años por los movimientos feministas.¹

¹ Médica ginecóloga infantojuvenil. Directora ejecutiva de FUSA AC, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

² Licenciada en Psicología, Sierra de la Ventana, Argentina

³ Licenciada en Psicología, coordinadora del Equipo de Interrupción Voluntaria del Embarazo de Casa FUSA, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. info@grupofusa.org

Algunos datos estadísticos nos ayudarán a comprender la magnitud del problema sanitario en relación con el aborto. En la Argentina, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud informó que, durante 2017, se registraron 38 599 altas hospitalarias por embarazo terminado en aborto, el 48% de esas hospitalizaciones fueron de mujeres y personas gestantes de entre 20 y 29 años y el 15% corresponde a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años.¹ En 2019 murieron 25 personas gestantes a causa de embarazos terminados en aborto. En relación con la franja etaria, 2 de ellas eran adolescentes de 15 a 19 años, 4 eran jóvenes de entre 20 y 24 años y 7, tenían entre 25 y 29 años; el 52% de esos fallecimientos correspondió a mujeres jóvenes (de 15 y 29 años, del total de muertes maternas). Las muertes maternas por aborto representaron un 13.3%.^{2,3}

Se considera que los equipos de salud deben conformarse de manera interdisciplinaria para garantizar el acceso a prestaciones integrales y de calidad que acompañen las decisiones de las personas usuarias.

Hasta la sanción de la ley nacional 27 610, la Argentina contaba con un sistema de acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) frente a las siguientes causales:^{4,5}

- la persona podía solicitar el acceso en aquellas situaciones en que la gestación se considere un peligro para la vida o la salud integral de la persona gestante;
- que haya sido producto de una violación.

Ambas situaciones eran certificadas por los equipos de salud en las consultas. La ley 27 610 configura una escena mixta, otorga el derecho a decidir y acceder a la IVE hasta la semana 14 inclusive sin certificación de causales; fuera de ese plazo, la persona puede solicitar acceso mediante las causales antes mencionadas y garantiza no solo la autonomía de la voluntad de la persona, sino el acceso a la prestación en el sistema de salud (sistema público, obras sociales y empresas de medicina privada), en pro de erradicar prácticas clandestinas e inseguras.¹

A partir de enero de 2021, con la entrada en vigor de la mencionada ley se comenzaron a adecuar los protocolos de atención de Casa FUSA a lo que se dispuso en guías, hojas de ruta, notas técnicas y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación. Casa FUSA aportó, desde

su rol como miembro del Consejo Asesor de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la experiencia y el conocimiento desarrollado en tantos años de trabajo a dichos materiales.⁶⁻⁸

El proceso de ILE incluye algunos componentes que hacen una intervención segura y de calidad. En la consulta se debe brindar:

- acceso a información validada científicamente y en términos claros para que la persona pueda decidir;
- acompañamiento integral;
- acceso a métodos anticonceptivos (MAC) eficaces que se adapten a las necesidades de las personas usuarias.⁹

OBJETIVO

- Presentar el trabajo realizado por el equipo interdisciplinario de salud del centro médico de primer nivel de atención ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Casa FUSA, durante 2020, previo a la sanción de la ley 27 610 de acceso a la IVE.
- Fundamentar la capacitación, la gestión y la organización de equipos de salud para que puedan implementar estas intervenciones desde una perspectiva de género y derechos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente fue un estudio descriptivo, con un diseño retrospectivo de carácter transversal. La técnica utilizada para el relevamiento de información fue:

- Encuesta de satisfacción (Encuesta de calidad IVE, disponible en <https://forms.gle/T6xVF2eARN7YoTxU7>) semiestructurada que se realizó a las personas que accedieron a Casa FUSA. Esta encuesta registra, entre otros aspectos, las siguientes variables: privacidad y confidencialidad, tiempo del turno, información brindada, instalaciones, satisfacción general.
- Análisis de las historias clínicas del período comprendido entre el 2 de enero y el 31 de diciembre de 2020 para registrar la cantidad de ILE realizadas y el acceso a la anticoncepción inmediata posterior al evento obstétrico.

Descripción del circuito de atención

El equipo interdisciplinario de ILE de Casa FUSA está conformado por médicas ginecólogas y gene-

ralistas, enfermeras, psicólogas y una trabajadora social. Cuenta con acompañantes que realizan un seguimiento personalizado a cada paciente, tanto durante el procedimiento de la AMEU como en su control posterior. Los tratamientos farmacológicos se siguen de manera telefónica. Más allá de las profesionales de la salud que integran el equipo, todo el personal cuenta con formación en perspectiva de género, desde el personal de limpieza y mantenimiento, el administrativo y también el servicio de ecografía.

Las usuarias solicitan un turno para la ILE a través de WhatsApp o un llamado telefónico. Se corrobora si tienen realizada una ecografía y la edad gestacional, ya que el límite de atención son las 12.6 semanas (según la ecografía). Con esta información, acceden a una consulta virtual de consejería en opciones, en la que se abordan diferentes puntos: marco legal vigente, descripción de opciones de tratamiento (farmacológico o AMEU) y consejería en MAC. Se evalúa la necesidad de solicitar algún estudio complementario de acuerdo con los antecedentes de la persona y se la cita según el procedimiento que la usuaria haya elegido.

En el caso que elija el tratamiento farmacológico, tiene una nueva consulta virtual con la médica tratante y la persona que realiza el seguimiento telefónico. En dicha consulta se detallan todas las particularidades del tratamiento, no solo el esquema de la medicación sino también las sensaciones, las molestias y los dolores que podrá sentir durante el momento de la interrupción. Se brindan distintas estrategias para realizar el tratamiento, las pautas de alarma y se coordina el envío de la medicación. En este envío también se entrega folletería explicativa sobre los distintos pasos del tratamiento y los efectos secundarios del misoprostol, el consentimiento informado que la usuaria firma una vez que se le entrega la medicación e información sobre métodos anticonceptivos posteriores al procedimiento.

Si la usuaria elige el procedimiento de la AMEU, se la cita en Casa FUSA y se le informa que el tiempo que permanecerá en la institución será de alrededor de 3 o 4 horas. Durante la consulta con la médica tratante se abordan las dudas acerca del procedimiento y se define un método anticonceptivo posterior al procedimiento, fundamentalmente si desea un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre o de levonorgestrel (LNG), ya que se

puede realizar la inserción al finalizar la AMEU. Por último, se firmará el consentimiento informado y se indica tratamiento previo con 400 µg de misoprostol sublingual, 200 mg vía de doxiciclina por vía oral y analgésicos. Una vez transcurrido el tiempo en el que la medicación alcanzó el efecto esperado, se comienza con el procedimiento de la AMEU, que se realiza con anestesia paracervical y lleva aproximadamente 30 minutos, dependiendo de cada usuaria. Al finalizar, la paciente pasa a una sala de recuperación unos minutos, recibe un refrigerio y, si está en buenas condiciones clínicas, puede retirarse de la institución.

Más allá del procedimiento elegido, entre los 7 y 10 días las usuarias regresan para el control posaborto. Allí se contemplan los síntomas y el sangrado posterior a la interrupción, si fuera necesario se vuelve a reforzar sobre MAC. Además, se evalúa junto con la usuaria cómo se siente en relación con la decisión tomada y si se generó algún conflicto respecto de esto. Si es necesario, se le ofrece acompañamiento psicológico para darle un cierre al proceso. En general, las usuarias utilizan este espacio para manifestar su alivio al poder haber resuelto este embarazo no planificado en condiciones seguras de atención profesional. Muy pocas son las que requieren un seguimiento adicional y, en general, son por problemáticas no vinculadas al aborto en particular, sino a cuestiones vinculares con sus parejas o familiares.

RESULTADOS

En el período comprendido entre el 2 de enero y el 31 de diciembre de 2020 accedieron 848 personas a una ILE en Casa FUSA, de las cuales 744 (88%) optaron por el procedimiento de evacuación uterina mediante AMEU y las 104 (12%) restantes realizaron tratamiento farmacológico (Figura 1).¹⁰

Durante el período mencionado, y debido a las restricciones sanitarias derivadas de la pandemia mundial por COVID-19, se tomaron las medidas necesarias para continuar brindando los servicios del centro médico, adecuando los procedimientos con el objetivo de cuidar al personal involucrado y a la persona que consulta. Se incorporaron servicios de telemedicina que facilitaron los procesos de atención, específicamente para el servicio de ILE. Las usuarias que optaron por el tratamiento farmacológico recibieron la medicación,

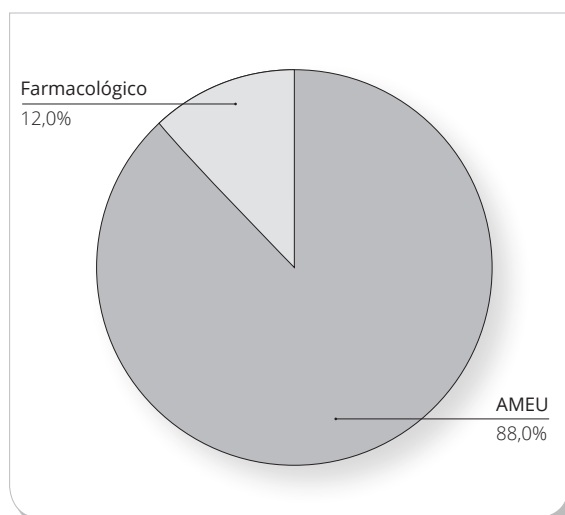


Figura 1. Tipo de tratamiento.

AMEU, aspiración manual endouterina.

el consentimiento informado y la folletería en su domicilio. Esto facilitó, además, que se ampliara la zona de influencia de Casa FUSA. También la primera consulta de consejería en orientaciones se realizó de manera virtual para disminuir la circulación de personas en la vía pública y el transporte.

Encuestas de satisfacción

Mediante el análisis de las 377 encuestas realizadas a personas que accedieron al procedimiento de ILE durante 2020⁵ se observaron los resultados siguientes (Tablas 1 y 2): el 95.5% de las personas usuarias refirieron que el nivel de satisfacción general fue muy satisfactorio, mientras que el 4% manifestó estar satisfecha/o. En relación con la calidad de la atención vinculada con la confidencialidad y la privacidad, el 99% de las

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

	Sí	No	N/S N/C
¿El o la profesional que te atendió se presentó y te dijo su nombre?	98%	1%	1%
¿El o la profesional te realizó el examen físico completo para verificar tu estado?	96%	2%	2%
¿Considerás que te atendieron en condiciones de privacidad y confidencialidad?	99%	0.50%	0.50%
¿La consulta médica se realizó en el horario pautado?	97%	1%	2%
¿Sabes cómo solicitar un turno y en qué horarios realizarlo?	100%	0%	0%
¿Pensás que fuiste atendida/o de forma amable y respetuosa por el personal médico?	99.50%	0.50%	0%
¿Pensás que fuiste atendida/o de forma amable y respetuosa por el personal administrativo?	99%	0%	1%
Si después de la consulta tuvieras alguna inquietud o complicación en tu condición de salud ¿sabes a quién llamar o dónde acudir?	96%	0.50%	3.50%
¿Las instalaciones te parecieron cómodas y adecuadas para el servicio que se te prestó?	98%	0.50%	1.50%
¿La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido lo que esperabas?	99%	0.50%	0.50%
¿Volverías a solicitar nuestros servicios?	99%	0.50%	0.50%
¿Recomendarías nuestros servicios a otras personas?	99.50%	0.25%	0.25%
¿El turno fue asignado en el tiempo y la forma que esperabas?	97%	1%	2%

Tabla 2. Nivel de satisfacción general.

	Muy satisfecha/o	Satisfecha/o	Poco satisfecha/o
Indicá tu nivel de satisfacción general con la atención que recibiste en Casa FUSA	95.50%	4%	0.50%

Tabla 3. Edad de las personas encuestadas.

Edad (años) n = 377 encuestas	
14 a 19	7%
20 a 24	28%
25 a 29	31%
30 a 39	26%
40 y más	7%

personas consideraron que fueron atendidas con el cumplimiento de esos estándares. También, respecto de los tiempos para el acceso al turno y el procedimiento, el 97% de las personas refirió que lo obtuvo en tiempo y forma, el 99% de las personas indicó que fue recibida de forma respetuosa por el personal administrativo y el 99% señaló que volvería a solicitar los servicios y lo recomendaría a otras personas.

El 85% de las personas encuestadas estaba dentro de un rango etario comprendido entre los 20 a 39 años (Figura 4).

Acceso a MAC

El 82% de las personas que accedió a una ILE en el período mencionado optó por un MAC y el 74% eligió un método anticonceptivo reversible de larga duración (LARC [*long acting reversible contraception*])¹⁰(Figura 2).

DISCUSIÓN

A partir de un *modelo de atención integral* como parte del proceso de atención destacamos que, al hablar de equipos de salud, es fundamental ampliar la concepción de este a todas las personas que integran el espacio, reconociendo la especificidad de su práctica, pero considerando a cada una/o de ellas/os parte necesaria en el proceso de la ILE/IVE. Pensar la IVE/ILE en términos de proceso, facilita la incorporación en cada consulta de la dimensión temporal, subjetiva y de toma de decisión de la persona que consulta, propone considerar a la interrupción como un tiempo en la historia vital que no comienza y termina con el procedimiento.

Las personas usuarias valoran de forma positiva la atención integral realizada desde el momento en que ingresan a la institución por el personal administrativo. Requiere de espacios de escucha atenta, que construyan mediante principios rectores el acompañamiento y la atención integral mediante los siguientes estándares básicos: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información y calidad (accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles, información científica actualizada).⁹

En la medida de lo posible, los equipos deben ser interdisciplinarios, sin que la falta de estos opere como barrera u obstáculo para la atención. El acompañamiento incluye la información acerca de opciones, de procedimientos disponibles

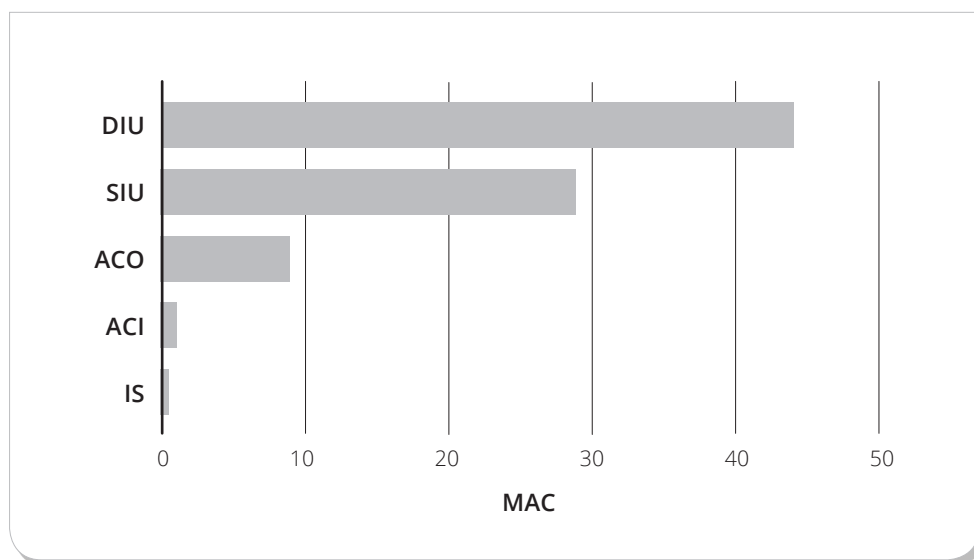


Figura 2. Elección del método anticonceptivo (MAC) posterior a la interrupción.

y de MAC teniendo en consideración la eficacia y, fundamentalmente, la posibilidad de que este se adapte a las necesidades de la persona que consulta.

CONCLUSIÓN

El aborto es una situación de salud que pueden atravesar las mujeres y otras identidades con capacidad de gestar.

El estudio de la cantidad de ILE realizadas nos permitió dar cuenta de la posibilidad de resolver estas consultas de salud sin mayor complejidad, respetando los derechos de las personas que lo solicitaron y realizando un enfoque integral. Además, mediante la presente investigación se buscó sistematizar las experiencias de acceso a la ILE, identificando la satisfacción de la persona usuaria y la calidad con respecto a la atención (privacidad y confidencialidad, tiempo del turno, información brindada, instalaciones, satisfacción general). Esto se vio reflejado en el análisis de las encuestas que arrojó información concluyente en relación con la calidad de la atención y el servicio que recibieron las personas usuarias desde distintas perspectivas. Contemplando no solo la atención médica, sino también lo referido a la atención administrativa, a la información brindada y al estado edilicio. El 95.5% de las personas encuestadas señaló un alto nivel de satisfacción general respecto de la atención recibida en Casa FUSA.

El 88% optó por el procedimiento de evacuación uterina mediante AMEU, por ser más resolutivo.

La elección del método anticonceptivo varía en los distintos períodos, pero se mantuvo un predominio de LARC, como el DIU de cobre y el DIU-LNG. Puede considerarse que al presentar un porcentaje significativamente mayor de procedimientos de ILE mediante la técnica de la AMEU (88%), las usuarias, previo acceso a un espacio de consejería, decidan colocar dichos DIU inmediatamente luego de finalizar la evacuación. Además, las personas usuarias que optan por tratamientos farmacológicos suelen elegir anticonceptivos orales, que se envían a domicilio junto con la medicación. Otras eligen el método con posterioridad.

Por último, la experiencia previa en servicios de ILE nos permitió fortalecer y sistematizar aún más la práctica de la IVE.

Los equipos de salud deben brindar acceso, no solo a la práctica del aborto, sino también a una información basada en la evidencia científica, a métodos anticonceptivos seguros y de calidad y a la atención posaborto.

La experiencia de los equipos de salud, en general, y del equipo de Casa FUSA, en particular, que efectivizaban la práctica de la ILE desde mucho tiempo antes de la sanción de la ley, opera de ejemplo para los nuevos equipos que se sumen a garantizar este derecho a las mujeres y otras identidades con capacidad de gestar.

Referencias

1. Ley nacional 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Infoleg. 2021 [Consultado 2 Ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Egresos hospitalarios del sector oficial, según edad por grupos de diagnósticos. 2017 [Consultado 9 Jul 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/38OPrd8>.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica, año 2018. 5(63). [Consultado 2 Ago 2021. Disponible en: <https://bit.ly/38PS6mN>.
4. Código Civil y Comercial de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm> [Consultado 5 Nov 2018].
5. Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012, "F., A. L. s/medida autosatisfactiva". Disponible en: <http://www.sajj.gob.ar/corte-suprema-justiciacionacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocollaf> [Consultado 3 May 2018].
6. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>.
7. Nota técnica 3: ley 27.610. Estándares legales para la atención de la interrupción del embarazo. Disponible: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/nota-tecnica-3-ley-27610-estandares-legales-para-la-atencion-de-la-interrupcion-del-embarazo>.
8. Nota técnica 4: ley 27.610. Atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/nota-tecnica-4-ley-27610-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion>.
9. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. 7 Sept 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3jRAwWW>.

¿Existen límites de normalidad en la sexualidad de adolescentes?

Are there limits of normality in adolescent sexuality?

José Enrique Pons¹

Resumen

Se presentan criterios de normalidad de los órganos sexuales externos y de las conductas sexuales. Se discute la validez de algunas pseudodefiniciones que se basan en pautas culturales o preferencias personales y no en datos objetivos, así como la manera en que estas influyen en decisiones intervencionistas, ya sea comportamentales o quirúrgicas. La validez del criterio de límites se alinea con el reconocimiento de los derechos humanos, pero exige también la complementariedad entre derechos y responsabilidades. Algunas conductas sexuales actuales escapan al respeto a esos derechos, ubicándose dentro de situaciones de abuso, no siempre claramente percibidas por quienes están involucrados, pero en particular transformando a las adolescentes mujeres en más vulnerables. Las sociedades actuales, altamente sexualizadas, banalizan el ejercicio sano, legítimo, de la sexualidad para transformarlo en otro objeto de consumo. Se analizan algunos condicionantes que hacen que estos casos de vulneración de derechos se hayan vuelto más frecuentes y se insiste en que la educación no ha logrado minimizar el impacto de los abusos; sin embargo, es la mejor estrategia, capaz de potenciar recursos cognitivos que faciliten decisiones libres.

Palabras clave: sexualidad, criterios de normalidad, derechos humanos, abuso sexual, vulnerabilidad

Summary

Standards of normality of the external genitalia are presented, followed by similar criteria for sexual behaviors. The validity of some pseudo-definitions, based on cultural patterns, or personal preferences, and not on objective data is discussed; attention is paid to the way in which they influence some interventionist decisions, either behavioral or surgical. The validity of the criterion of limits is aligned with the recognition of human rights, but it also requires the complementarity between rights and responsibilities. Some current sexual behaviors disrespect these rights, incurring in abuse, not always clearly perceived by those involved, but making adolescent girls more vulnerable. Today's highly sexualized societies trivialize the healthy, legitimate exercise of sexuality to transform it into another consumer object. Some conditioning factors that make these cases of rights violations more frequent are analyzed. Education has failed to minimize the impact of abuse; however, it is the best way of enhancing cognitive resources for achieving truly free decisions.

Key words: *sexuality, normality criteria, human rights, sexual abuse, vulnerability*

Artículo de opinión, fundamentada sobre datos de la bibliografía especializada.

JUSTIFICACIÓN

Plantear criterios de normalidad para la sexualidad es uno de los aspectos más espinosos de este tema. ¿Quién puede pretender tener la vara justa para fijar los límites? Sin embargo, reflexionar sobre esto resulta crucial. Quien trabaje con adolescentes, quien pretenda acompañar cons-

tructivamente su trayecto por esta etapa fundamental de la vida, no puede desconocerlo.

ACUDIR AL DICCIONARIO

Normal, según la Real Academia Española,¹ admite las siguientes acepciones, todas ellas como adjetivo (solo cito las que aquí interesan): "1. Dicho de una cosa: Que se halla en su estado natural.

"2. Habitual u ordinario.

"3. Que sirve de norma o regla.

"4. Dicho de una cosa: Que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano".

La primera acepción parece no dejar dudas. Pero la cuarta señala que el mismo término se

¹ Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina. Ex profesor titular de Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de la República; Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (SUGIA). Montevideo, Uruguay.

aplica a normas fijadas de antemano. Eso significa que se ha aceptado un criterio, el cual no necesariamente será indiscutible, entre otras razones, porque al establecerlos se estará condicionando el propio estado natural. Esto parece expresarse en la tercera acepción, ya que aquello que sirve de norma o regla es una elaboración que, inevitablemente, tendrá visos de arbitrariedad (alguien será "árbitro").

Según el mismo *Diccionario*, norma es una "regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc.". Se está estableciendo, entonces, que en algún punto debe fijarse un límite.

Por su parte, límite es una "línea real o imaginaria que separa dos terrenos, dos países, dos territorios". Se necesita, precisamente, árbitros que acuerden establecerlos, decidiendo cuál es el punto en que se encuentra el límite. Este personaje es un árbitro; su decisión es "arbitraria" en el buen sentido del término. Pese a ser bueno, surgirán quienes discutan tal laudo. Pese a que la aplicación es especialmente geográfica y geopolítica, la biología no escapa a tales decisiones. Las definiciones de ayer no necesariamente son las de hoy. Y estas últimas con alta probabilidad serán modificadas mañana.

LÍMITES

Ocasionalmente, en las disciplinas médicas y afines encontramos límites (fronteras), reales o imaginarios, precisos. Un ejemplo que viene al caso: la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que adolescencia es el período etario que se extiende desde los 10 a los 19 años (más precisamente, hasta los 19 años y 364 días, ya que el día en que se cumplen 20 años se ingresa en la edad adulta).²

Ese criterio es útil a fines como los epidemiológicos, ya que permite establecer comparaciones entre diversas poblaciones, pero es tan arbitrario como cualquier otro. ¿Qué cambia en un niño o niña de 9 años y 364 días, para que salga de una etapa e ingrese en otra al día siguiente? ¿Qué cambia en un (o una) adolescente de 19 años y 364 días..., etcétera?

Y, sin embargo, aceptamos esa arbitrariedad. Resulta un límite útil en varios sentidos. Pero en la práctica se lo soslaya a diario. Así sucede porque, en ámbitos diferentes, se admiten otros límites.

Los pediatras en Uruguay siguen asistiendo a sus pacientes hasta los 14 años. Los jueces sancionan a un delincuente de 18 años como adulto, aun cuando tenga por delante dos años más de adolescencia para la OMS. Para la ley, de modo tan arbitrario como señalé antes, algo cambia entre los 17 años y 364 días y el día siguiente.

En biología parece más fácil establecer límites. La piel es el límite externo del cuerpo. Diez centímetros por fuera de mi piel ya no es mi cuerpo: ¿10 mm por fuera, un micrón? No importa cuánto reduzca el criterio de medición. Allí se termina mi cuerpo. Si en un accidente perdí parte de mi piel, y aún no la he regenerado, el límite de mi cuerpo se habrá contraído algunos milímetros. Si genero una cicatriz queloides, ese tejido exuberante me pertenecerá; mi límite se habrá expandido algunos milímetros. Alguien que en la vida fetal sufrió el traumatismo de una brida amniótica puede nacer con un miembro de menos. Su límite físico será menor del que potencialmente le correspondería.

Estos rebuscados ejemplos permiten entender mejor algunas de las dificultades en establecer normalidades. Una persona con un miembro de menos es "anormal" y, sin embargo, también es normal. Dependerá de qué condición de lo humano se esté midiendo. El paso de los años también genera cambios de aptitudes y habilidades. Un joven atleta, que estableció marcas olímpicas, ¿deja de ser normal a los 70 años, cuando ya no puede emular sus logros previos?

OTRAS NORMALIDADES

¿Es más normal la persona descolante, en destrezas físicas o en lo que sea, que el resto de sus pares en edad, que no pueden desarrollar sus mismas habilidades? Si parece que me fui demasiado lejos del tema que me propuse, me detendré en otra comparación: ¿es más normal un (o una) adolescente capaz de tener 4 o 5 orgasmos en pocas horas, que otro u otra que ni lo hace, ni siente que necesite o quiera hacerlo, después del primero?

Los estudios biológicos establecen, según diferentes investigadores, que la longitud del pene "normal" flácido es de 8.8 cm,³ 9.16 cm⁴ o 10 cm⁵ y, en erección, 12.9 cm,³ 13.2 cm⁴ o 15 cm.⁵ La circunferencia en erección es de 11 cm⁵ u 11.66 cm.⁴ Los autores de una de esas investigaciones pro-

curaron establecer límites de la normalidad, según rigurosos criterios estadísticos, fijando una desviación estándar de 1.10.⁴ ¿Cuántos pediatras trataron de convencer a un varón adolescente de que es perfectamente normal que su pene en erección mida 13 o 14 cm, o una desviación estándar por debajo? Las estadísticas muestran entre 73.33%⁶ y 100%⁷ de varones con longitud peniana normal que consultaron a un especialista quejándose de tener un pene “corto”.

Respecto de los criterios de normalidad de la anatomía de la vulva: ¿cuántos especialistas son capaces de recordar medidas “normales” de longitud del clítoris, de los labios menores o del espesor de los labios mayores? Un equipo de investigadores examinó la información sobre morfología genital femenina en 59 textos de anatomía y de ginecología. Ninguno contenía medidas para todas las estructuras vulvares. La longitud vaginal se mencionaba en 21 de esos textos (36%), el tamaño del clítoris en 15 (25.5%) y las dimensiones de los labios menores en 1 (1.7%). En los textos en los que aparecen esas medidas, en general, esta es incorrecta, a juzgar por la información surgida de las más recientes determinaciones rigurosamente obtenidas.⁸ Esos autores concluyen que “la carencia general de recursos profesionales significa que los médicos pueden, consciente o inconscientemente, confiar en sus experiencias personales y en la cultura popular para formar sus propias opiniones, en la misma forma en que lo hacen sus pacientes”.

¿Sería excesivo agregar, junto a los médicos, a otros profesionales que son consultados y opinan acerca de estas cuestiones? Psicólogos, consejeros de pareja, sexólogos, sexoterapeutas, etc. Participé en una reunión internacional de especialistas en la que se discutía la redacción de un librito informativo sobre higiene genital femenina. La discusión se prolongó hacia los criterios acerca de depilación, cirugía cosmética y varios aspectos más que sería ocioso detallar. Solo me interesa referir algunas de las frases que recogí: “Los labios menores muy largos son desagradables” (lo mismo oí para “muy plegados” y “muy pigmentados”). Por supuesto, nadie sabía cuánto era “muy”. Lo mismo sucedió con la abundancia de vello púbico, la apertura de los labios mayores y el volumen de estos (alguien exclamó “regordetes son más hermosos”). Me pregunté si en esa

discusión –y confieso la misma ignorancia que el resto acerca de lo normal– estábamos aportando conocimiento real, o nuestras propias preferencias, tanto varones como mujeres presentes (“me gusta”, “prefiero” y, quizás, incluso, “me excita” o, por el contrario, “me desagrada” y calificaciones de similar tenor).

Como antes señalé para las quejas de los varones, la demanda que recibe la casi industria surgida alrededor de la cirugía cosmética genital hace ver que las mujeres se comparan con “algo” y creen que no son normales o, al menos, no “tan” normales como desearían. Los investigadores británicos trataron de determinar si las presentaciones visuales de la vulva diferían según la fuente, lo cual podría influir en la percepción, por parte de las mujeres, de su “normalidad” o no. Realizaron un análisis comparativo de tres fuentes: a) figuras de textos de anatomía humana, b) imágenes contenidas en publicaciones feministas, tanto impresas como *online*, c) pornografía *online* en los sitios más visitados y de acceso libre. De ese análisis encontraron que las imágenes de protuberancia labial eran significativamente menores en los sitios pornográficos que en las publicaciones feministas. La variedad (tipos diferentes) de morfología genital era significativamente menor en las imágenes pornográficas que en las otras dos fuentes.⁹

Los autores concluyeron que “las presentaciones visuales de diferentes tipos de morfología genital varían según las fuentes y pueden no reflejar las verdaderas variaciones en la población, por lo cual, las consultas por cirugía genital deberían incluir una discusión acerca de los rangos reales y percibidos de variación en la morfología genital”. Esta recomendación choca con uno o dos obstáculos: las mujeres presentadas en los materiales pornográficos parecen ser capaces de dar y obtener un placer y variedad sexual que muchas espectadoras desearían emular. Pese a la artificialidad de ese material, que no resiste una mínima exigencia de adecuación a la realidad, es de consumo cada vez más frecuente por los varones (que serán quienes comparen) y también por mujeres (quienes no desearán perder en la comparación). La cirugía, para varias, es una solución casi mágica. El segundo obstáculo es la presión de una propaganda que se vuelve cada vez más ostensible. No parece posible dejar de pensar en ética en esta cuestión.

Estas mismas consideraciones condujeron a la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá a emitir una declaración que establece: "Existe escasa evidencia para sostener que cualquiera de las técnicas de cirugía genital cosmética femenina es efectiva para mejorar la satisfacción sexual o la autoimagen. Los médicos que deciden practicar estos procedimientos cosméticos no deben promoverlos para el mejoramiento de la función sexual y su propaganda debe ser evitada". Y agrega: "Los médicos que asisten adolescentes que solicitan cirugía cosmética genital femenina deben tener competencia en consejería. Esos procedimientos no deben ser ofrecidos hasta la completa madurez, incluyendo la madurez genital".¹⁰

No soy un radical anticirugía; creo que la cirugía cosmética es algunas veces una necesidad. Pero se engaña a las personas cuando se afirma, como se puede leer en varias de las propagandas que figuran en internet, que se trata de "la cirugía del placer".

SEXO Y SEXUALIDAD

Me referí antes a estructuras anatómicas genitales, pero al discurrir mencioné aspectos que claramente implican conductas. Esto significa incursionar en sexualidad. Es que, en los seres humanos, la sexualidad es el aspecto más vasto y significativo del "sexo".

La OMS establece que sexualidad "abarca al sexo, las identidades, y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales".¹¹ Pero ¿cómo se establece "normalidad" y como se fijan "límites" para identidades, género, erotismo, placer...? ¡Veintinueve dimensiones!

Sin embargo, cuando veo desgracias asociadas en forma espuria con la sexualidad, no puedo evitar pensar que deben existir límites. Y que es necesario buscarlos, encontrarlos, definirlos, aunque no sean estrictamente precisos, porque la sa-

lida fácil ("no existen límites") conduce a muchas de las atrocidades que con demasiada frecuencia vemos.

DERECHOS Y LÍMITES

Una de las soluciones para establecer límites parece ser recurrir al sustento en los derechos. El siglo XX fue época de consolidación del criterio de derechos humanos. Aunque las raíces del concepto se pueden rastrear en épocas muy anteriores, lo cierto es que a partir de la Proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) por las Naciones Unidas, durante la Asamblea General del 10 de diciembre de 1948,¹² las naciones del mundo reconocen que existen derechos que son, prácticamente, actos de fe. Aunque el sentido teológico de esta última afirmación parezca descolgado de la argumentación que desarrollo, considérese el preámbulo de la DUDH: "...Los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe [el énfasis me pertenece] en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres [por lo cual] todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones... promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas... su reconocimiento y aplicación universales y efectivos...".

Vuelvo a los actos de fe. Su proclama es la de ideales. Si se prefiere, de utopías, aunque no es el sentido político del término, sino el más amplio de "plan, proyecto, doctrina o sistema optimista que aparece como irrealizable en el momento de su formulación".¹

No discuto la importancia de visualizar ideales como objetivo final, aun cuando se crea que en su forma perfecta es irrealizable. Si se conceptualiza un camino desde el lugar actual, cada paso de aproximación al ideal es una mejoría. Veamos, entonces, la enunciación de ideales contenida en la DUDH.

Artículo 16

"1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de

iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.

Artículo 29

“1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas”.

Seguimos en el terreno de los ideales. Si se quiere, de los buenos ideales, ya que, aunque parezca una contradicción, existen malos ideales. Basta pensar en algunas de las atrocidades que se ven en el mundo de hoy, practicadas en nombre de la voluntad divina, de principios superiores o de lo que se quiera, definidos por algún grupo que se arrogó el derecho de establecer que ellos son “la vanguardia” o cualquier otro tipo de iluminados (y no estoy haciendo referencia a ideologías políticas, sino a cualquiera).

Lejos de mi intención renegar de ideales y, mucho menos, de derechos, en especial de los humanos. La DUDH, así como todos sus antecedentes, han sido jalones en un camino de mejoría de la calidad de vida y, en especial, de la dignidad humana. No se trata de una obra concluida. Seguramente surgirán precisiones y ajustes, necesarios para progresar. Pero, además, será necesario ajustar los mecanismos que garanticen que los enunciados se concreten en prácticas.

Es al llegar a la cuestión de las prácticas cuando resulta clara la diferencia entre los derechos humanos y otro tipo de derechos. Se pueden establecer criterios de protección para el medio am-

biente, para los animales, para los patrimonios de la humanidad, pero a ninguna de esas entidades se le puede exigir nada a cambio. Por el contrario, a los seres humanos se nos puede –es más, se nos debe– exigir responsabilidades. Lo que caracteriza a los derechos propiamente humanos es que conllevan deberes. En ese caso, los derechos no son concesiones por gracia, dádiva o generosidad; son inherentes a la naturaleza humana. Y esto exige responsabilización.

La búsqueda de límites que permitan aproximarse a lo que es normal (en el sentido de límites) en sexo –y, por supuesto, en sexualidad– no resulta baladí. No estoy realizando un ejercicio teórico por mera inquietud intelectual. Estoy profundamente preocupado por algunas de las consecuencias que se ven en la práctica clínica con adolescentes y que, en buena medida, se generan en la pseudoexplicación de que “la sociedad”, o “los adultos”, son (somos) retrógrados, represores o abiertamente despóticos.

La anterior mención a la práctica clínica me permite seguir por un camino que, como a la mayor parte de los médicos prácticos, nos resulta más familiar y cómodo: el de los síntomas y signos. Tolstoi, en *Ana Karenina*, escribió: “Todas las familias felices se parecen unas a otras; pero cada familia infeliz tiene un motivo especial para sentirse desgraciada”, o como aparece en otra traducción: “Las familias felices son todas iguales; cada familia infeliz es infeliz a su manera”. Cuando oigo a jóvenes hablar sobre la ganada libertad en la expresión y en el ejercicio de su sexualidad me acuerdo de la primera parte de esas frases. Oigo siempre lo mismo, los derechos ganados, la libertad conquistada, la legitimación de una dimensión vital sana y disfrutable. Lo comparto, creo que efectivamente es así.

Pero cuando veo a una adolescente pequeña descubriendo que está embarazada, o que tiene una infección de transmisión sexual, frente a lo cual solo logra exclamar “¡no sé cómo ocurrió!”, veo asimismo la soledad de su “infelicidad”. Cuando oigo a una madre pidiendo ayuda porque ha descubierto que su hija está participando en “ruletas rusas” sexuales, veo el yermo de su “motivo especial para sentirse desgraciada”.

Si se reflexiona con mente fría sobre por qué ocurren estas cosas es posible que haya que terminar aceptando que, si se ha superado la edad

legal para consentir en mantener una relación sexual, no se estará violando la ley. Pero no dejará, por eso, de ser, en algunos casos, una vileza. Lo legal no necesariamente es moral. Porque ¿se tratará realmente de una “relación”? ¿O sería mejor decir llanamente abuso? ¿Cuántas de las dimensiones que abarca la definición de la OMS están expresándose en esa interacción? No voy a extenderme en analizar una a una las 29; solamente destacaré: “papeles de género” (tan presente cuando se piensa en violencia), “deseos” (¿de quién? ¿Son “parejos” y mutuamente respetuosos de los involucrados?), “relaciones interpersonales” (¿teniendo en cuenta que alguno de los “inter...” tiene más poder, y lo ejerce?), “factores sociales, económicos, políticos” (que casi siempre confieren mayor cuota de ese poder). Con eso alcanza.

Goethe se refirió a la adolescencia como *Jugend ist Trunkenheit ohne Wein* (“la juventud es ebriedad sin vino”).¹³ Precisamente, el estado natural de mayor excitación sexual de la adolescencia es un fenómeno natural y saludable. Pero no está exento de extralimitaciones (la “ebriedad”). Solo la educación puede conducir a la convicción y el compromiso de ser cuidadosos de los derechos de otros –en especial, otras– y a la responsabilización de actos y posibles consecuencias.

Es también la experiencia cotidiana oír quejas tales como “¿por qué los adolescentes son así?”, “¡que tienen en la cabeza!”. Me asombra la facilidad con la cual los adultos nos olvidamos de lo que fuimos y lo que se nos atravesó en la cabeza en nuestra propia adolescencia. Me sorprende que sigamos desconociendo que la experiencia y la prudencia que se ganan en la vida se construyeron muchas veces sobre tropiezos y revolcones.

El sano impulso sexual en la adolescencia, llamado de manera eufemística “amor a primera vista”, es una de las razones para las breves, a veces brevísimas, relaciones “eternas” entre adolescentes. Debería ser hora de que los adultos llamemos a las cosas por su nombre y que aceptemos que el “deseo a primera vista” es un motor extremadamente poderoso. Pero que, a la vez, es sano y saludable. Que se decida expresarlo en acción, o reprimirlo, es una opción personal, y solo se puede optar cuando se conoce, cuando se fue educado, cuando se inculcaron valores y se admitió la legitimidad de aceptarlos o rechazarlos.

Pero más todavía, cuando se enseñó, incrustándolo en la mente, que la aceptación o el rechazo rigen para las propias opciones, pero no para imponerlas como verdades a otros o, mejor –ya que suele ser así–, a otras.

Existe todavía una especie de contraeducación que lleva a muchas adolescentes mujeres a creer que es más hombre el que “conquista” y que ingresan en una aceptación de ser conquistadas por las características más rudas de algún varón, un paso previo a la dominación y la violencia.

Es hora de aceptar que la mayor parte de los factores que distorsionan y vuelven peligrosas las conductas de los jóvenes no provienen necesariamente de ellos mismos, sino de adultos que lucran u obtienen otros tipos de provechos con ello. Estamos viviendo en sociedades altamente sexualizadas. Es importante que este concepto sea entendido en su justo término. No me refiero al hecho de que existe más información sobre sexualidad y mayor acceso a esta. Tampoco a la mayor aceptación de la legitimidad de optar por la conducta sexual que se quiera. Creo que, en ese sentido, ha habido un cambio positivo y legítimo. Mi énfasis se dirige hacia el hecho de que se ha banalizado la dimensión humana de la sexualidad para transformarla en un objeto más de consumo y, además, descartable. Y cuando ocurre eso, tiramos por la borda la noble idea de “sexualidad” y nos quedamos con el mero sexo. Ni siquiera me animo a calificarlo de animal, porque los animales machos tienen sexo cuando la hembra está receptiva. El varón, el macho humano, tiene sexo a veces cuando la mujer también lo quiere y, otras –demasiadas–, cuando se le antoja, aunque la mujer no lo desee, o cuando a la mujer se le ha hecho creer que “gana” al participar, aunque no lo desee realmente. Lo mismo vale para relaciones entre personas del mismo sexo biológico.

El problema es que lo que se descarta es demasiadas veces a la persona que se involucró en sexualidad creyendo que estaba ejerciendo su libertad. Y esto, la enorme mayoría de las veces, les ocurre a las mujeres, mientras que son los varones los que descartan, cuando surgen problemas.

La sexualidad no es una prenda que alguien se ponga y se quite a voluntad, sustituyéndola por una nueva según la moda vigente. Si el peinado que estoy usando pasó de moda, o comienza a parecer ridículo, lo cambio por otro y punto. Si la

práctica sexual que ejecuto “ya no se estila”, no habrá detergente que elimine por completo las “manchas” que dejó. No estoy pensando solamente en el hijo que nace después de una noche de sexo, drogas y rocanrol (¿por qué las drogas tendrán que aparecer como condición para disfrutar de la sexualidad y de la música?), ni en el tratamiento de por vida de un VIH que no se sabe bien quién contagió, ni en la sexualidad disfuncional a consecuencia del recuerdo de una violación grupal. Pienso también en el estigma y otras consecuencias de prácticas como el *cyberbullying*, el *sexting*, el *grooming* y una montaña de anglicismos que crece día a día, para referirse a formas distorsionadas de acoso y sumisión con finalidad en la que el sexo es la pantalla para la violencia.

Creo que a la mayor parte de las personas estas conductas groseramente agresivas les resultan despreciables. Pero también creo que la justificación es más generalizada de lo que se admite: “se lo buscó” o, peor, “se lo merecía”. Es que, pese al pregón cotidiano sobre derechos, parece obnubilarnos la tendencia a llevar los límites de la sexualidad hasta el punto de que la capacidad de juicio sano se aletarga. Si esto suena a exageración, valdrá la pena analizar algunos ejemplos cotidianos y tratar de ver sus sustratos, no siempre ostensibles.

SOCIEDADES ALTAMENTE SEXUALIZADAS

Esto no hace referencia al hecho de que existe mayor información sobre sexualidad (buena o mala) y mayor acceso a esta. Reprimir la información, aunque sea mala, es una forma de censura contraproducente. Lo único que permite que cada uno la considere mala es tener buena información, y mejor buena educación. Del mismo modo, no cabe duda de que algunos adolescentes de ambos sexos (y adultos también) incurrir en conductas de riesgo, pero la decisión, aunque pueda doler, deberá aceptarse si se opta teniendo información suficiente y si con esa conducta no se avasalla el derecho de otros.

La liberalización del ejercicio de la sexualidad, aceptando que cada ser humano tiene derecho a ser árbitro de su propia sexualidad, un criterio que comparto plenamente, no se ha acompañado, salvo excepciones, de mejor educación en sexualidad, más amplia información en valores, respeto y responsabilidad, particularmente de

los varones. Cuando falta esta última y necesaria contrapartida, ocurren hechos negativos, bien documentados. En 2015, un extenso estudio sobre determinantes de *bullying* y agresión física entre adolescentes en 79 países, mostró que Uruguay y la Argentina ocupan un lugar intermedio entre los países de la región.¹⁴ Esto puede entenderse como positivo, estamos mejor, ¿o cabe aquí la otra mirada: “menos peor”? Porque los datos sobre violencia contra mujeres adolescentes siguen siendo alarmantes en ambos países.^{15, 16}

El bombardeo de pésima información sobre sexualidad precipita a muchos jóvenes de ambos sexos a experimentar los riesgos que la adecuada educación podría haber evitado, o al menos minimizado. Esto ha sido estudiado y demostrado para la exposición a letras musicales degradantes,¹⁷ escenas sexuales en televisión¹⁸ y otras situaciones en las que no es necesario abundar. Los medios de comunicación han establecido una visión romántica de la juventud, como tiempo de libertad, de placer y de expresión de comportamientos “exóticos”. Pero esos medios, salvo pocas excepciones, son controlados por adultos. Esos medios, al tiempo que proclaman la libertad de elección que tienen los jóvenes, colocan vendas en los ojos de quienes creyendo mirar “en la dirección que elijo” en realidad han sido condicionados para mirar y consumir lo que se les presenta.

Otro factor que vuelve a los adolescentes más vulnerables es la separación de su grupo familiar, condicionada por causas cuyo análisis excede mi propósito. Los adolescentes actuales integran grupos con sus pares con mucha mayor frecuencia que en el pasado. Y estos grupos se vuelven su mayor ámbito de socialización.

Esto, por sí mismo, no es negativo. Pero se sesga hacia riesgos potenciales cuando algunos integrantes imponen condiciones de conducta, como requisito para la aceptación en el grupo. Algunos primatólogos como Nicholas Humphrey y psicólogos como Frans de Waal describieron conductas entre los chimpancés que asimilaron a algunas de las teorías de Nicolás Maquiavelo. Byrne se extendió en describir la “inteligencia maquiavélica” entre primates y seres humanos^{19,20} y Lancy explica: “Como el crecimiento del cerebro humano fue conducido [evolutivamente] por la necesidad de adaptarse y sobrevivir en medio de... grupos

sociales, los individuos exitosos serán los que actúen maquiavélicamente: manteniendo los lazos sociales con... el grupo, y aprovechándose de algunos miembros, para obtener beneficios propios... incluyendo oportunidades de apareamiento".²¹ La última parte merece detenimiento.

LA INTELIGENCIA MAQUIAVÉLICA

Los adolescentes de ambos sexos necesitan integrarse en grupos que consideran propios. Esto es natural y parte del proceso de progresiva desvinculación de los lazos estrechos con el pequeño grupo familiar, para incorporarse a una vida social más extensa. Pero esa necesidad de ser aceptados en sus grupos determina mayor vulnerabilidad, en particular en las mujeres. Ellas son, con mayor frecuencia, las víctimas de *bullying*, acoso y agresión, llegando a veces a violencia extrema. Los varones no están exentos, pero la frecuencia en que lo sufren es mucho menor.

El proceso de aceptación adopta muchas veces las características de una verdadera "iniciación". En esos casos, para ser aceptada la candidata debe acatar las condiciones que impone el grupo, o sufrir las consecuencias (rechazo o *bullying*). La iniciación implica, muchas veces, participar en actividades sexuales, decididas y lideradas por los varones más prepotentes, que muestran desde muy jóvenes las características sociológicas de "machos alfa".

Un factor no menor, que contribuye a que las adolescentes acepten terminar siendo objetos sexuales, es la pseudomadurez socialmente inducida. Basta ver las imágenes sexualizadas de jóvenes púberes (a veces prepúberes) que circulan en cualquier medio de comunicación de alcance masivo.

¿ESTAMOS CRIANDO SOCIEDADES DE ABUSADAS Y ABUSADORES?

Como contracara de la cultura infamemente manipuladora a la que aludí antes, es un hecho que en gran medida seguimos criando a los varones para "conquistar", lo cual conduce a utilizar violencia psicológica, física o sexual para lograr sus propósitos. Este riesgo potencial se agrava cuando se suma un fenómeno biológico, como es la menarca. Un estudio chileno demostró que el abuso sexual se presentaba en 26.0% de adolescentes con menarquia temprana contra 21.4% en

aquellos de menarquia no temprana. El inicio de actividad sexual antes de los 15 años se presentó en un 39.4% y 22.3% de adolescentes con menarquia temprana y no temprana, respectivamente.²² Si admitimos que estas últimas cifras podrían corresponder al inicio consensuado y libre de la actividad sexual, es lícito preguntarse –dado que el estudio no lo analizó– si la menarquia no es un disparador, en las adolescentes mujeres, de conductas insinuantes irreflexivas y de respuestas abusivas de parte de varones.

No es este el lugar para profundizar en la idea de transmisión cultural, pero someramente vale tener en cuenta la opinión de Roberts: "Es posible considerar toda cultura como información y ver a cada cultura individual como una 'economía de la información' en la cual [esta] es recibida o creada, almacenada, extraída, transmitida, utilizada e incluso perdida... en la mente de [sus] miembros...".²³ Las formas de transmisión de las ideas y conocimientos que dan forma a un acervo cultural admiten variaciones según cada cultura, pero el patrón común es, precisamente, la transmisión de "saberes" de una generación a otra.

Kaplan y col. agregan: "A medida que un niño ingresa en su adolescencia, y se incorpora a nuevas comunidades, se le presentan nuevos 'modelos'. Deberá entonces decidir si 'sigue al rebaño' como conformista, o adhiere a un modelo con alto estatus de popularidad".²⁴

Muchos teóricos evolucionistas consideran que, en seres humanos, el prolongado período de semidependencia y la demorada instalación de la pubertad y del emparejamiento proveen un entorno educativo protector. El modelo adaptativo humano requiere adquisición gradual de un complejo conjunto de habilidades progresivamente exigentes.

En las sociedades tradicionales actuales, los novicios aprenden de la observación de los mayores y de la práctica sistemática. El intercambio verbal durante el proceso es prácticamente inexistente. Esta forma de aprendizaje es denominada procesal (de procedimiento; cómo hacer las cosas). En cambio, en muchas de las sociedades actuales, el currículo de conocimiento que se espera que los jóvenes adquieran está compuesto por información declarativa (alguien explica y los que aprenden incorporan nociones, correctas o no). Sin embargo, la educación procesal resulta más interesante a la mayor parte de los jóvenes. La comprensión no

solo de este interés sino de los mejores resultados de aprendizaje cuando se combina información con actividad práctica ha conducido a metodologías más adecuadas de enseñanza.

En relación con el tema de este artículo, una dificultad que no se ha resuelto es cómo se educa en “cómo hacer” en sexualidad. En muchas de las sociedades que llamamos primitivas, la enseñanza en este sentido es también procesal, siguiendo tradiciones milenarias. En las culturas mesoamericanas clásicas, el sexo era un elemento reafirmador del orden social y un elemento más en la formación de los jóvenes. La masturbación ritual era frecuente y las relaciones entre miembros del mismo sexo eran propias de los ritos de pasaje para convertirse en adultos.²⁵ Sería excesivo detenerme en los ritos de pasaje documentados para varias sociedades, en los cuales el componente sexual es relevante.

En las sociedades actuales, al menos las occidentales, se considera inmoral este tipo de educación. No es mi interés discutir este punto, pero sí señalar la hipocresía de inundar a nuestros niños y jóvenes con todo tipo de estímulos fuertemente sexualizados y, al mismo tiempo, cuestionar la educación sexual por razones pretendidamente fundamentadas en la moral. Es así como se generan vehementes polémicas como la reciente, en Uruguay, por la difusión de videos de contenido sexual, subidos por una maestra de sexto año de educación primaria a la red TikTok, que llegó a sus alumnos y a los padres. La polémica se centró entre la libertad de expresión, aducida por la docente, y la insistencia en la obligación de los docentes de guardar determinados cuidados porque una maestra es una agente socializadora que transmite modelos de conducta.²⁶ El tema está lejos de ser zanjado y las polémicas continuarán, seguramente, entre argumentaciones jurídicas y éticas.

No debemos ser ingenuos, seguirán existiendo adolescentes seducidos por lo que valoran como

modelos. Nuestro deber –insisto– es intentar que quienes así lo decidan sean conscientes y responsables de lo que hacen. Y que evitemos que otros u otras sean seducidos solo por seguir la moda de los tiempos, o la presión de grupos.

En el sentido en que he venido desarrollando estas reflexiones ¿somos hoy peores, iguales o mejores que sociedades anteriores? No tengo respuesta y, en verdad, no me importa investigarlo; saberlo no cambiará la realidad. Sé que vivimos en sociedades altamente sexualizadas; sé que los niños y jóvenes están expuestos a un verdadero bombardeo de mala información; sé que lo que se ha hecho para protegerlos no ha sido suficiente en muchos casos. Sé que la explotación, el abuso, el atropello de derechos y el pisoteo de la dignidad humana seguirán agobiándonos. ¿Significa esto que quienes transitamos la etapa de la vida que, piadosamente, se llama tercera edad, debemos bajar los brazos en señal de impotencia?

Correr riesgos y experimentar es propio de la adolescencia. Los adultos debemos asumir nuestra culpa por no haber sido capaces de ayudar a los adolescentes a ganar autonomía. De nada vale que se declare respeto a la autonomía progresiva, si no entendemos que ella no crece en el espíritu de los jóvenes solo por el desarrollo biológico y cognitivo, porque este último está fuertemente moldeado por condicionantes sociales y culturales, demasiadas veces sesgados por intereses no necesariamente legítimos.

Como antes dije, no soy quién para definir límites, lo cual no impide que crea que alguna vez se logrará el objetivo de equilibrar con justicia, libertad y responsabilidad. Cada obstáculo con el que se tropezó permitirá encontrar cómo salvarlo y así avanzar un poco. Seguramente, lo harán quienes nos sigan. Pero si en algo nosotros contribuimos a identificar, definir, proponer pasos alternativos hacia el logro de la verdadera autonomía, habrá valido la pena.

Referencias

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23a. ed. [versión 23.4 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es> [Consultado 17 Abr 2020].
2. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la "Salud para todos en el año 2000". Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986. Serie de Informes Técnicos 731.
3. Wesselis H, Lue TF, Mc Aninch JW. Penile length in the flaccid and erect states: guidelines for penile augmentation. *J Urol* 156:995-997, 1996.
4. Veale D, Miles S, Bramley S, y col. J. Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15,521 men. *BJUI* 115(6):978-986, Dec 8 2014.
5. Granados-Loarca EA, Quezada-Ochoa RE, García M, Robles C. Longitud y grosor del pene. *Rev Internac Androl* 3, 2005.
6. Nugteren HM, Balkema GT, Pascal AL, et al. 18-year experience in the management of men with a complaint of a small penis. *J Sex Marital Ther* 36:109-117, 2010.
7. Shamlout R. Treatment of men complaining of short penis. *Urology* 65:1183-1185, 2005.
8. Andrikopoulou M, Michala L, Creighton SM, et al. The normal vulva in medical textbooks. *J Obstet Gynaecol* 33:648-650, 2013.
9. Howarth H, Sommer V, Jordan FM. Visual depictions of female genitalia differ depending on source. *Med Humanit* 36:75-79, 2010.
10. Shaw D, Lefebvre G, Bouchard C, et al. SOGC Policy Statement No. 300, December 2013, Female genital cosmetic surgery. *J Obstet Gynaecol Can* 35(12):1108-1112, 2013.
11. WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28-31 January, 2002, Geneva. Geneva: WHO; 2006.
12. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/en/documents/udhr/> (Consultado: 1 Ene 2015).
13. Goethe JW. Trunken Müsßen wir alle sein (1891). En: Aphorismen. de. Disponible en: https://www.aphorismen.de/gedicht/403?_cf_chl_jschl_tk_= [Consultado 25 May 2021].
14. Elgar FJ, McKinnon B, Walsh SD, et al. Structural determinants of youth bullying and fighting in 79 countries. *J Adolesc Health* 57(6):643-650, 2015.
15. ONU Mujeres. Uruguay. Disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/uruguay> [Consultado 16 May 2021].
16. Argentina. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Información estadística. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica> [Consultado 16 May 2021].
17. Martino SC, Collins RL, Elliott MN, et al. Exposure to degrading versus no degrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics* 118:430-441, 2006.
18. Collins RL, Elliott MN, Berry SH, et al. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics* 114:280-289, 2004.
19. Byrne R. *The thinking ape*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
20. Byrne RW, Whiten A. Machiavellian intelligence: social expertise and the evolution of intellect in monkeys, apes, and humans. *Behavior and Philosophy* 18(1):73-75, 1990.
21. Lancy DF. *Ethnographic perspectives on cultural transmission/acquisition*. Santa Fe: School of Advanced Research; 2012.
22. Leal FI, Stuardo AV, Molina GT, et al. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol* 80(1):41-47, 2015.
23. Roberts JM. The self-management of cultures. In Goodenough WH (Editor). *Explorations in cultural anthropology*. New York: McGraw-Hill; 1964. pp. 433-454.
24. Kaplan H, Hill K, Lancaster J, et al. A theory of human life history evolution: diet, intelligence, and longevity. *Evolutionary Anthropology* 9:156-185, 2000.
25. Houston S, Taube K. La sexualidad entre los antiguos mayas. *Arqueología Mexicana* 104:38-45, 2010.
26. Pujadas F. Intimidad y redes. Docentes bajo la lupa. *El País* (Montevideo). 22 May 2021. pp. 2-3.

Llamado a la acción: salud mental en niños y adolescentes desde una perspectiva de la ginecología infantojuvenil

Advocacy statement: mental health in children and adolescents from a pediatric adolescent gynecology perspective

INTRODUCCIÓN. PROPÓSITO

Como profesionales de la salud que atendemos a niñas y adolescentes, debemos ser conscientes del importante y serio papel que juega la salud mental dentro de este grupo de pacientes, con el objetivo de detectar precozmente a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad y riesgo. Los cambios hormonales y biológicos asociados con la pubertad hacen que la adolescencia sea una etapa de profunda transformación psicosocial. Las interacciones entre pares y la vida social se vuelven cada vez más importantes. La adolescente pasa más tiempo con sus compañeros que con su familia y forma relaciones más complejas con sus pares. Aumenta la importancia de obtener la aprobación social y la influencia de sus pares. Los ginecólogos pueden ser el único profesional de la salud que tiene una consulta con la adolescente y esto brinda una gran oportunidad para abordar no solo los problemas y las afecciones ginecológicas, sino también los determinantes psicosociales de la salud.

Durante la consulta, todos los proveedores de atención médica deben crear oportunidades para desarrollar habilidades para la vida y brindar servicios de salud en entornos seguros y de apoyo. Los ginecólogos deben desarrollar habilidades para crear un entorno seguro, sin prejuicios y de apoyo durante la consulta. El uso de herramientas ampliamente disponibles permite la detección temprana de aquellos que están en riesgo y la derivación oportuna para la atención

de apoyo, intervenciones tempranas y tratamiento de problemas de salud mental. Los profesionales de la salud mental también podrían ser proveedores capacitados de atención primaria.

La alta frecuencia de trastornos de salud mental y sus consecuencias negativas asociadas sobre la salud reproductiva, los convierte en una prioridad de salud importante en comparación con otras afecciones crónicas de salud infantil, como la obesidad y el asma. Por lo tanto, este documento es un llamado a la acción para las sociedades científicas, los formuladores de políticas, las asociaciones profesionales y los proveedores de atención para niñas y adolescentes a nivel mundial para abordar las necesidades de salud mental de las niñas y adolescentes.

PERSPECTIVA GLOBAL DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Alrededor del 10% a 20% de los niños y adolescentes se ven afectados por trastornos de salud mental en todo el mundo. Esto es similar en países de escasos, medianos y altos ingresos. La prevalencia en todo el mundo ha aumentado, con tres cuartas partes de los trastornos de salud mental identificados antes de los 25 años.

Se ha informado que la prevalencia mundial de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es del 6.5%, trastornos depresivos del 2.5%, trastorno por déficit de atención e hiperactividad del 3.4% y trastorno disruptivo del 5.7%. La asociación entre los trastornos de salud mental y el suicidio está bien establecida. Algunos de los problemas clave que se relacionan directamente con la depresión y la ansiedad de los adolescentes son la ideación (o comportamiento) suicida y el consumo de drogas.



Los adolescentes que ocultan su depresión y ansiedad a sus padres y amigos corren mayor riesgo, y los proveedores de atención médica deben estar atentos a estas enfermedades y sus signos. Es fundamental abordar a los adolescentes en privado en busca de signos de depresión y tendencias suicidas para obtener información precisa, al igual que sobre salud sexual y consumo de drogas. El suicidio es un problema de salud pública mundial. Cerca de 800 000 personas mueren por suicidio cada año. Esto equivale a una persona cada 40 segundos. El suicidio ocurre en todas las regiones del mundo; el 79% de los suicidios mundiales se produce en países de escasos y medianos ingresos. Es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo.

La asociación entre suicidio y trastornos mentales está bien establecida. Muchos suicidios ocurren impulsivamente en momentos de crisis. Un intento de suicidio previo es el factor de riesgo más importante. Otros factores de riesgo incluyen experiencias de pérdida, soledad, discriminación, ruptura de una relación, problemas económicos, dolor y enfermedad crónica, violencia (de género), abuso (doméstico) y conflictos u otras emergencias humanitarias.

En la bibliografía científica, la información indica que los adolescentes transgénero tienen tasas elevadas de ideación e intento suicida en comparación con los adolescentes cisgénero. Las investigaciones futuras que examinen las tendencias suicidas de los adolescentes también deben incluir a los adolescentes transgénero, de modo que se expliquen los mecanismos en este grupo, lo que ayudará a estructurar las futuras estrategias de intervención y prevención diseñadas para reducir las tendencias suicidas en esta población vulnerable.

CÓMO AFECTAN EN LAS ADOLESCENTES LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL A LA SALUD GINECOLÓGICA

El ciclo menstrual se utiliza como un signo vital, no solo para las alteraciones hormonales y clínicas, sino también como una ventana a la salud psicosocial y mental de las adolescentes. El ciclo se ve modificado por factores psicosociales de estrés y, en ocasiones, afecta directamente la salud mental de las adolescentes.

La anovulación, que es común en la adolescencia y visible como irregularidad del ciclo menstrual, puede ser provocada por trastornos alimentarios o desnutrición, trastornos del sueño o un entorno estresante. Además, el sangrado menstrual abundante y los ciclos dolorosos pueden interferir con las actividades escolares y sociales, lo que afecta la salud mental.

La depresión y la ansiedad aumentan la percepción del dolor. En las adolescentes, esto puede manifestarse como dismenorrea intensa o dolor pélvico crónico, especialmente en niñas que tienen antecedentes de abuso físico o sexual.

La adolescencia normal puede ser un momento de riesgo. Algunos adolescentes con factores psicosociales estresantes graves y problemas de salud mental pueden presentar cambios en la conducta o consumo de drogas, lo que aumenta el riesgo de comportamiento sexual inseguro. Esto aumenta el riesgo de embarazos no planificados o infecciones de transmisión sexual, sobre todo en los adolescentes que son desatendidos o abusados.

Si bien la mayoría de los ginecólogos no se sienten cómodos tratando problemas psicosociales y de salud mental en adolescentes, proporcionarles un espacio de escucha y derivación, así como un entorno de apoyo y tratamiento de las secuelas ginecológicas, es fundamental. Preguntar sobre situaciones traumáticas y abuso, y referenciarlos apropiadamente, debe ser parte de nuestra práctica de rutina. Recomendar el uso de un método anticonceptivo reversible de larga duración, detectar infecciones de transmisión sexual y alentar el uso de preservativos en niñas con conductas sexuales de alto riesgo puede proporcionar una red de seguridad hasta que desarrollen mejores habilidades para la toma de decisiones.

Por último, para las niñas con una enfermedad psiquiátrica grave, el ginecólogo debe conocer los efectos secundarios de algunos fármacos, como los antipsicóticos, que pueden generar amenorrea u oligomenorrea y la hipoestrogenemia inducida por los niveles elevados de prolactina.

QUÉ APORTÓ LA COVID-19 A ESTE PROBLEMA

La pandemia por COVID-19 ha agravado y acentuado el tema de la salud mental en los adolescentes, ya que los ha afectado en los ámbitos

social, académico y emocional y, para muchos, ha generado un impacto negativo grande que no se puede apreciar en su totalidad al día de hoy.

En esta pandemia, la vulnerabilidad individual, familiar y social de un adolescente, así como las capacidades para afrontar situaciones adversas individuales y familiares, repercuten en la resiliencia y los riesgos para la salud mental a largo plazo.

Las consecuencias de la pandemia por COVID-19 han incluido el confinamiento prolongado en el hogar, la educación virtual y la privación de la interacción social, la violencia intrafamiliar y el uso excesivo de internet y las redes sociales; factores todos que influyen en la salud mental de los adolescentes.

Además de los factores de riesgo previamente reconocidos, una mayor dependencia de la educación virtual, que da como resultado el aislamiento social, así como la presión de las redes sociales, pueden conducir al aumento de la depresión y la ansiedad.

El uso de las redes sociales por parte de los jóvenes da como resultado una menor comunicación cara a cara, una dependencia excesiva de que les "gusten" para la validación social, que los compañeros los avergüencen por la apariencia o el comportamiento e incluso la presión para mantener la conversación durante 24 horas, lo que provoca alteraciones del sueño. Las niñas son más vulnerables a los efectos negativos de las redes sociales que los niños.

PALABRAS DE CLAUSURA

Todos los proveedores de servicios de salud reproductiva que atienden a adolescentes de-

ben tener en cuenta el papel de los determinantes psicosociales de la salud y utilizar herramientas y habilidades para detectar problemas de salud mental y derivar oportunamente a los adolescentes en riesgo.

LLAMADO A LA ACCIÓN

1. Examinar a la/os adolescentes en busca de factores graves de estrés psicosocial y problemas de salud mental que afecten la salud reproductiva, y poder derivarlos de manera oportuna para obtener ayuda.

2. Promover el desarrollo de mejores servicios de salud mental. A pesar del reconocimiento mundial de la importancia de la promoción y la prevención de la salud mental en niños y adolescentes, persiste una brecha entre la necesidad y los recursos disponibles.

3. Incluir educación y capacitación en las reuniones de las sociedades mundiales de ginecología infantojuvenil sobre la identificación y el tratamiento de los determinantes psicosociales de la salud, especialmente en lo que afecta a la salud ginecológica.

4. Reconocer el impacto a largo plazo de la COVID-19 en la salud mental y reproductiva de los adolescentes.

14 de marzo de 2021

Esta declaración de promoción ha sido respaldada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y el Consejo Europeo y Colegio de Ginecología y Obstetricia (EBPCGO).

Declaración de FIGIJ: salud menstrual en todo el mundo

FIGIJ advocacy statement: menstrual health globally

INTRODUCCIÓN. PROPÓSITO

Alrededor del mundo, el inicio de la menstruación (menarca) marca la entrada de las adolescentes en los años reproductivos de su vida. La menstruación es un proceso biológico natural e inevitable. Sin embargo, se encuentra estigmatizado hasta el punto de tener un impacto grave en la salud menstrual, la educación, la libertad, la intimidad, la autonomía y el desarrollo personal de las mujeres. Las adolescentes con trastornos menstruales, como la dismenorrea intensa o el sangrado menstrual abundante, pueden experimentar deterioro significativo en su calidad de vida. Con medidas tan simples y rentables como la educación, el suministro de elementos de higiene menstrual y el tratamiento de los trastornos menstruales, las adolescentes pueden permanecer en la escuela, evitar sentirse avergonzadas y vivir vidas más productivas.

Este documento es un llamado a la acción para los encargados de formular políticas de salud y para los proveedores del cuidado de la salud en todo el mundo para abordar las necesidades de salud menstrual de las adolescentes.

LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD DEBEN CONSIDERAR EL CICLO MENSTRUAL COMO UN SIGNO VITAL DE LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES Y TRATAR LOS TRASTORNOS MENSTRUALES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

La menstruación es un signo vital, al igual que la frecuencia o la respiratoria o la temperatura corporal. El historial menstrual de una persona ofrece información valiosa sobre su salud en general, pero a menudo se vuelve invisible como ninguna otra función fisiológica. Debe formar parte, de manera habitual y rutinaria, del interrogatorio de

salud realizado a las adolescentes. Por lo general, la menarca aparece alrededor de los 12 años, pero puede variar según la región en aproximadamente 12 meses. Las jóvenes que comienzan a menstruar antes de los 10 años o que no la tienen a los 15 años deben ser evaluadas para detectar pubertad precoz o retrasada. Cabe señalar que, entre las adolescentes, el 90% de los ciclos menstruales posteriores a la menarca se produce cada 21 a 45 días. Las jóvenes con ciclos más cortos presentan riesgo de anemia debido a la pérdida de sangre y deben ser evaluadas al igual que aquellas con ciclos menstruales persistentemente más largos que cada 3 meses, sobre todo luego del primer año posterior a la menarca.

El sangrado uterino abundante que genera anemia es una de las urgencias ginecológicas más frecuentes en las adolescentes. FIGIJ respalda el sistema de clasificación de la alteración en el sangrado uterino (ASU) de la FIGO, PALM COEIN, como una herramienta para el diagnóstico y el tratamiento en adolescentes. El sangrado menstrual abundante en adolescentes se asocia más frecuentemente con anomalías no estructurales más que con estructurales, como los leiomiomas o el cáncer, enfermedades poco frecuentes en este grupo etario. Causa gran preocupación en ellas y en sus familiares. Los accidentes escolares (por ejemplo, el manchado de la ropa) provocan malestar, vergüenza y la disminución de la autoestima, y contribuyen a una menor calidad de vida.

La causa más común de ASU en adolescentes (95%) es la anovulación debida a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. El sangrado se caracteriza por ser abundante, prolongado e irregular. Los trastornos del sueño y el estrés grave también pueden desencadenar una hemorragia anovulatoria. Deben descartarse condiciones subyacentes como el hipotiroidismo, pero son menos comunes en adolescentes que en adultas. Cuando las consultantes con sangrado menstrual abundante presentan anemia grave o sangrado profuso, o existen antecedentes familiares de



menstruaciones abundantes, el 20% o más tiene un trastorno hemorrágico subyacente, más comúnmente, la enfermedad de von Willebrand.

Las adolescentes presentan alto riesgo de padecer anemia por déficit de hierro debido a la pérdida de sangre durante la menstruación en combinación con la malnutrición o los hábitos no saludables de alimentación y el continuo crecimiento y desarrollo. El déficit de hierro se asocia con fatiga crónica, síntomas neurofisiológicos y trastornos del sueño que afectan la calidad de vida de las adolescentes y su rendimiento escolar. El rastreo o *screening* de anemia debe realizarse de rutina en las jóvenes que presentan sangrado menstrual abundante. Los valores de hemoglobina mayores a 12 g/dl pueden demostrar la ausencia de anemia, pero subestimar el déficit de hierro, ya que para su diagnóstico es más preciso cuantificar los niveles de ferritina, puesto que se corresponden con los depósitos de hierro. Los valores normales de ferritina no están bien establecidos, pero generalmente los de 20 UI/dl suelen tomarse como el límite inferior al normal. Cuando se diagnostica anemia, se recomienda la suplementación con hierro.

El sangrado uterino abundante se puede controlar de forma segura utilizando anticonceptivos orales combinados, incluso en consultantes adolescentes jóvenes. Estos se encuentran disponibles ampliamente y son económicos. Disminuyen la pérdida de sangre al estabilizar el endometrio y reducir su grosor. También es seguro usar progesterona por vía oral, dispositivos intrauterinos de levonorgestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito y el implante anticonceptivo en adolescentes que no hayan iniciado relaciones sexuales. Estos fármacos no afectan la fertilidad futura, no fomentan la actividad sexual y no aumentan el riesgo de cáncer. En los casos en que los anticonceptivos hormonales no estén disponibles o las familias no los acepten, se indica el uso de ácido tranexámico para disminuir la pérdida de sangre menstrual. La dismenorrea también puede afectar significativamente la calidad de vida de las adolescentes. El 15% a 20% de ellas faltan a la escuela todos los meses debido al dolor menstrual. Se ha demostrado que las almohadillas térmicas lo reducen. Los antiinflamatorios no esteroides, como el ibuprofeno y el naproxeno, así como los antiespasmódicos, son eficaces para reducir el

dolor desencadenado por el aumento de las prostaglandinas, que provoca contracciones uterinas, durante la menstruación. Los anticonceptivos orales también reducen significativamente el dolor menstrual y la pérdida de sangre. Las adolescentes con dolor persistente que no responden a estos fármacos deben ser remitidas para una evaluación especializada para descartar anomalías uterinas o endometriosis. Se ha encontrado endometriosis en hasta el 75% de las adolescentes con dolor menstrual refractario al tratamiento clínico.

LA MENSTRUACIÓN ES UN PROCESO FISIOLÓGICO, NO UN REFLEJO DE MADUREZ O DE AUTOESTIMA. LOS PROVEEDORES DE SALUD DENTRO DE LAS DIFERENTES CULTURAS DEBEN ABOGAR PORQUE LAS NIÑAS ESTÉN PROTEGIDAS DEL ABUSO O LA VERGÜENZA RELACIONADOS CON LA MENSTRUACIÓN

La menarca es un proceso fisiológico que no refleja la disposición a entablar relaciones amorosas o a iniciar la actividad sexual. Sin embargo, en algunas culturas, la menarca todavía se percibe como una señal de que la joven está preparada para el matrimonio concertado y el inicio del potencial reproductivo. Esto ubica a las niñas expuestas al matrimonio infantil forzado y al abuso sexual, especialmente en tiempos de crisis humanitarias. La menstruación es uno de los indicadores de fertilidad biológica, pero no significa que las niñas hayan alcanzado la madurez física, mental, psicológica y emocional.

Cuando la menstruación no se trata con dignidad, es frecuente la vergüenza o las burlas, así como la exclusión social. En algunas culturas, la menstruación se percibe como vergonzosa o sucia. Esta visión no solo afecta negativamente la autoestima individual, sino que además puede conducir a la restricción del acceso a espacios religiosos, actividades escolares o extracurriculares y reuniones sociales, lo que hace que las mujeres sean menos capaces de participar en la vida pública debido a conceptos erróneos comunes. En cambio, las adolescentes que presentan una menarca más tardía pueden ser menospreciadas como mujeres no reales y tampoco se les permite participar plenamente en la sociedad.

Los proveedores y los educadores de la salud de las diferentes culturas pueden ayudar a re-

ducir el estigma y el papel social asociado con la menstruación.

SE DEBE PROMOVER EL ACCESO A LA HIGIENE MENSTRUAL PARA GARANTIZAR LA EDUCACIÓN CONTINUA DE LAS JÓVENES Y, DE ESE MODO, REDUCIR LA POBREZA

En muchas áreas del mundo, la menarca marca de manera lamentable el comienzo de la enseñanza interrumpida debido a la falta de educación menstrual, de suministros de higiene y de instalaciones adecuadas para hacer frente a la menstruación. Según un estudio realizado por el Banco Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), de 1 800 000 000 de personas que menstrúan en todo el mundo, 500 000 000 no tienen acceso a instalaciones adecuadas donde puedan satisfacer sus necesidades de higiene menstrual. Se estima que, en todo el mundo, 2 de cada 5 jóvenes que menstrúan faltan 5 días al mes, en promedio, a la escuela debido a la falta de infraestructura adecuada para la higiene menstrual.

En los países de escasos y medianos ingresos, incluso las adolescentes con menstruaciones normales pueden tener dificultades debido a la falta de acceso a productos de gestión menstrual, la falta de instalaciones adecuadas para la higiene privada y aceptable, así como la falta de agua potable. En América Latina, 106 000 000 de personas todavía carecen de un baño adecuado en su casa. Esto se ve agravado por la falta de educación menstrual y orientación antes de la menarca, particularmente en las zonas rurales más aisladas, así como también por factores culturales y religiosos que pueden crear tabúes que empeoran aún más la situación. El alto costo de los productos de gestión menstrual conduce a la inequidad de género. Las jóvenes con escasos recursos suelen depender de apósitos caseros de menor calidad. Cuando se organizan campañas de recolección de alimentos o ropa, o el Estado entrega bolsas de ayuda, se deben incluir productos de higiene menstrual. Se debe proporcionar acceso a suministros de higiene menstrual como toallas sanitarias o tampones en los baños públicos. Los impuestos sobre los productos de higiene menstrual crean una barrera de género única para las familias de escasos recursos. En Sudamérica, en 2019, Colombia aprobó la exención de impuestos para las toallas sanitarias y los tampones. En la Argentina se han

introducido varios proyectos locales y nacionales de ley para considerar la provisión de productos de gestión menstrual de forma gratuita en establecimientos públicos, como escuelas, hospitales, cárceles, universidades y albergues, entre otros, así como la eliminación de impuestos sobre este tipo de productos. En Perú se presentó un proyecto de ley que propone que los elementos utilizados para la higiene menstrual se reconozcan como necesidades básicas.

Cada vez más países comienzan a abordar este tema, con el apoyo de campañas de organizaciones feministas, como *Free Period* en el Reino Unido, "Menstruación libre de impuestos" en Colombia y "MenstruAcción", en la Argentina. Escocia se ha convertido en el primer país en legislar que los productos sanitarios estén disponibles de manera gratuita para cualquier persona que los necesite.

LLAMADO A LA ACCIÓN

1. Incluir la educación para la salud sensible al género en el plan de estudios.
2. Fomentar el tratamiento adecuado de los síntomas menstruales que generan incapacidad, como el sangrado abundante y el dolor intenso, para que las jóvenes puedan permanecer en la escuela y tengan una mejor calidad de vida.
3. Diagnosticar y tratar la anemia en las jóvenes con sangrado menstrual abundante.
4. Apoyar la legislación y las iniciativas para proporcionar financiación para necesidades básicas, como el agua potable e instalaciones sanitarias privadas para mejorar la higiene menstrual de las adolescentes.
5. Abogar por la revisión de las normas culturales para poner fin a las creencias y las prácticas discriminatorias y estigmatizantes en torno a la menstruación que limitan a las adolescentes a realizarse con todo su potencial en la sociedad.

Esta declaración de defensa de FIGIJ fue preparada por Dra. Judith Simms-Cendan (EE. UU.), Dra. Clara Di Nunzio (Argentina) y Dra. Anastasia Vatopoulou (Grecia). Ha sido aprobada por el Comité de Defensa de FIGIJ y por la Junta Directiva de FIGIJ.

Ha sido respaldada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y el Consejo Europeo y Colegio de Ginecología y Obstetricia (EBPCGO).

Retrasos en la maduración puberal: reflexiones sobre dos casos clínicos

Delayed puberty: consideration about two clinical cases

Metella Dei,¹ Chiara Immacolata Meleca²

Resumen

El diagnóstico y el tratamiento de adolescentes con retraso de la maduración puberal aún es un desafío para los pediatras, los endocrinólogos y los ginecólogos porque el mismo cuadro clínico porque causas muy diferentes pueden determinar el cuadro. La aparición de la menarquia como etapa final del desarrollo puberal requiere tanto de la integridad anatómica del eje hipotálamo-hipófiso-ovario y del tracto útero-vaginal como del funcionamiento normal de los distintos genes reguladores de los sistemas endocrinos involucrados y de una adecuada disponibilidad energética y de homeostasis metabólica. En este artículo enfocamos las diferencias entre los déficits funcionales de la hormona liberadora de gonadotropina hipotalámica (GnRH) (hipogonadismos hipogonadotrópicos) no asociados con otras enfermedades y los retrasos puberales constitucionales. Actualmente, no disponemos de marcadores bioquímicos específicos capaces de diferenciar con precisión entre estas dos situaciones. Utilizaremos dos casos clínicos como temas de reflexión: el primero, definido al final del proceso diagnóstico como hipogonadismo hipogonadotrópico relacionado con mutaciones genéticas del receptor del GnRH y, el segundo, como un retraso puberal, a pesar de la presencia de una anomalía estructural de la región hipofisaria. Los conocimientos genéticos y clínicos actuales, también apoyados por algunos estudios longitudinales, sugieren que consideremos una visión unitaria de estos cuadros clínicos. Esta idea plantea una serie de interrogantes; por ejemplo, sobre el momento adecuado para iniciar cualquier terapia de inducción puberal fisiológica, siguiendo los métodos de administración y posología propuestos por las normas internacionales.

Palabras clave: retraso puberal, hipogonadismo hipogonadotrópico, sistema hipotalámico-hipofisario, genética de la maduración puberal, terapia de inducción puberal

Abstract

The diagnostic work-up and the management of adolescents with pubertal delay is sometimes a challenge for pediatricians, endocrinologists, and gynecologists, because the same clinical picture can be the result of extremely different causes. The appearance of the menarche, as final milestone of pubertal development, requires in fact the anatomical integrity of hypothalamus-pituitary-ovarian axis and of the genital tract, as well as a normal function of genes regulating the endocrine systems involved together with an adequate energy availability and metabolic homeostasis. In the present article, we particularly focus the differences between functional deficiencies of Hypothalamic Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH), i.e. hypogonadotropic hypogonadisms not related to other pathologies and constitutional delays of puberty. Currently, there are no specific biochemical markers to accurately differentiate these two disorders. We will describe use two case reports as topics for reflection. The first has been defined at the end of the diagnostic work-up as hypogonadotropic hypogonadism linked to genetic mutations of GnRH receptor; the second as pubertal delay in despite of the presence of a structural anomaly of the pituitary region. Current genetic and clinical knowledges, supported by few longitudinal studies, suggest considering a unified vision of these clinical pictures. These leanings pose some questions, for instance about the right time to start an eventual therapy of physiological pubertal induction, following the methods of administration and the dosages proposed by international guidelines.

Key words: pubertal delay, hypogonadotropic hypogonadisms, hypothalamic-pituitary axis, genetics of pubertal maturation, pubertal induction therapy

INTRODUCCIÓN

Clínicamente, el retraso puberal se define como la ausencia de menarca a los 15 años con presencia de caracteres sexuales secundarios, la ausen-

cia completa de desarrollo mamario a los 13 años o la no aparición de la menarquia 4 años después de la telarca. Estos criterios se establecen considerando una edad promedio de menarquia poco después de los 12 años y un intervalo promedio entre telarca y menarca de 2.5 años. Por lo tanto, deben adaptarse a poblaciones en las que los estándares de referencia son diferentes.

1. Ginecóloga endocrinóloga. Profesional independiente. Florencia, Italia

2. Doctora en formación en la Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Florencia, Italia

En muchos casos, el retraso puberal representa una variante retardada de la maduración puberal fisiológica (el denominado retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad), pero este no es un diagnóstico simple de exclusión, ya que gran variedad de condiciones clínicas puede determinar el desarrollo puberal retrasado o incluso ausente (Tabla 1).

En la Figura 1 informamos la frecuencia de las patogénesis de retraso puberal más importantes relativas a los casos de la *Unità di Ginecologia Infanzia e Adolescenza* de la *Università di Firenze*, en Italia. Se observa que, al excluir los cuadros secundarios de insuficiencia ovárica, que son prevalentes, las formas de hipogonadismo funcional (principalmente, los trastornos alimentarios) y los retrasos puberales constitucionales representan las formas clínicas más habituales.

El diagnóstico diferencial a veces también puede incluir cuadros de insuficiencia en el desarrollo del tracto genital inferior (hipoplasia mülleriana o síndrome de Rokitansky-Kunster-Hauser-Meyer o, más raramente, malformaciones obstructivas) que, sin embargo, pueden identificarse en la consulta clínica y con una evaluación ecográfica. Las formas relacionadas con la insuficiencia ovárica son evidentes con un perfil endocrino básico, para detectar niveles elevados de la hormona foliculoestimulante (FSH). El estudio endocrino siempre puede excluir fácilmente otras enfermedades (hiperprolactinemia, hipo-

Tabla 1. Condiciones clínicas que se pueden manifestar con retraso puberal.

Nivel de déficit	Cuadro clínico	Enfermedades
Trastorno malformativo del tracto genital inferior	Ausencia de menarquia con caracteres sexuales secundarios normales Dolor abdominal-pélvico en presencia de obstrucción con endometrio funcional	Malformaciones obstructivas cervicovaginales Hipoplasia mülleriana o síndrome de Rokitansky-Kunster-Hauser-Meyer
Déficit gonadal	Ausencia de menarquia con desarrollo variable de caracteres sexuales secundarios	Disgenesia gonada Déficit gonadal adquirido
Déficit gonadotrópico	Ausencia de menarquia con tendencia lenta al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios	Enfermedades orgánicas del sistema nervioso central Hipogonadismo hipogonadotrópico de base genética Retrasos constitucionales en el crecimiento y la pubertad Hiperprolactinemia Endocrinopatías con repercusión en el crecimiento (déficit de GH, hipotiroidismo, Cushing, etc.) Síndrome de ovarios poliquísticos Hipogonadismo funcional (déficit energético, celiaquía, enfermedad de Crohn, otros trastornos crónicos) Exposición a contaminantes endocrinos Formas sindrómicas (Charge, Prader Willi, Noonan, síndrome cubital-mamario, etc.)

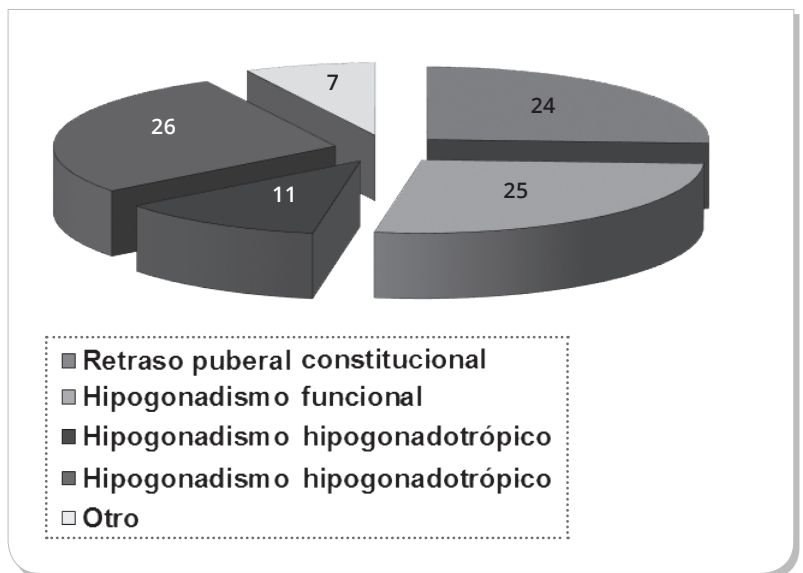


Figura 1. Distribución de las causas más comunes de retraso en la maduración puberal (estudios de caso de la *Unità di Ginecologia Infanzia e Adolescenza* de la *Università di Firenze*).

tiroidismo, etc.), capaces de interferir en la reactivación fisiológica del eje de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)-gonadotropinas.

Los cuadros del denominado hipogonadismo funcional, es decir, secundario a situaciones de estrés psicofísico, déficit energético por actividad física excesiva o trastornos alimentarios restrictivos, han ido en aumento en los últimos años. Es el clima endocrino del comienzo de la maduración puberal el que tiende a acentuar tanto la predisposición genética como la presión ambiental sobre la preocupación por el peso y la imagen corporal.¹ No siempre la anamnesis, los datos antropométricos (crecimiento de estatura, índice de masa corporal [IMC]) o las dosis hormonales de primer nivel (gonadotropinas, estradiol, hormonas tiroideas) nos dirigen al diagnóstico.

A menudo, para comprender realmente la situación que subyace, es necesario proponer a la adolescente un diario alimentario o la monitorización del gasto energético de la actividad física, junto con una evaluación de la composición corporal (análisis de impedancia bioeléctrica)² y otros indicadores endocrinos de estado metabólico (triyodotironina [FT₃], insulina, factor de crecimiento 1 similar a la insulina [IGF-1], cortisol).

En general, aún más difícil es discriminar entre el retraso puberal constitucional y el déficit de gonadotropinas aislado, es decir, no asociado con otros signos, enfermedades (como la celiaquía) o déficit (incluida la hiposmia): en este punto focalizaremos nuestra discusión. Quizás sean precisamente nuestras herramientas diagnósticas, que aún no son capaces de definir completamente estos cuadros clínicos que, solo en ocasiones, se aclaran con un seguimiento en el tiempo. Por lo tanto, nos vamos a detener sobre las características y las posibilidades diagnósticas de esas formas que llegan a nuestra práctica sin otros síntomas o signos de importancia, con una desaceleración más o menos pronunciada de la progresión puberal. Con la ayuda de dos casos clínicos también discutiremos el significado de algunas herramientas de diagnóstico.

Tabla 2. Enfermedades orgánicas del sistema nervioso central que pueden provocar retraso o déficit puberal.

- Malformaciones congénitas (displasia septoóptica y malformaciones de la línea media)
- Neoplasias: craneofaringioma, disgerminoma, astrocitoma-glioma paraselar, pinealomas, pineoblastomas, ependimomas
- Quiste de la bolsa de Rathke, quiste aracnoideo
- Hidrocefalia obstructiva
- Síndrome de la silla turca vacía
- Adenomas secretores de prolactina, lesiones del tallo hipofisario
- Depósitos de hierro por hemoglobinopatías, anemia aplásica, hemocromatosis juvenil hereditaria
- Complicaciones de traumatismos, enfermedades infecciosas o vasculares
- Infiltrado por sarcoidosis, tuberculosis, histiocitosis de células de Langerhans
- Hipofisitis autoinmune

DÉFICIT PUBERAL AISLADO O RETRASO EN LA MADURACIÓN

Enfermedades orgánicas hipotalámico-hipofisarias potencialmente silentes

Si consideramos las enfermedades orgánicas, tanto congénitas como adquiridas, que pueden influir en las etapas de la maduración puberal (Tabla 2), muchos cuadros se diagnostican con base en la anamnesis, los signos o síntomas neurológicos o el perfil endocrino. Sin embargo, existen algunas alteraciones morfofuncionales del sistema hipotálamo-hipofisario que únicamente se observan con la resonancia magnética (RM) con medio de contraste de gadolinio. Esto explica por qué esta evaluación, aunque costosa y desagradable para la paciente joven, entró en el proceso de diagnóstico de estos cuadros clínicos.

Una hidrocefalia obstructiva que causa una estenosis del acueducto de Silvio, que determina la dilatación del tercer ventrículo, que se localiza en el diencéfalo en la región suprahipotalámica, puede ser la causa de retraso puberal. Puede ser una enfermedad de base genética o adquirida, por ejemplo, por compresión por parte de un quiste aracnoideo. La distensión de la región periventricular y mediobasal del hipotálamo determina la interrupción de la secreción de GnRH. Algunas veces, puede asociarse también con hipotiroidismo y anomalías de la secreción de GH, pero con mayor frecuencia no se detectan otros déficits endocrinos y no implican necesariamente cefaleas o síntomas neurológicos; además, la curva de crecimiento y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios suele ser normales. Los niveles de hormona luteinizante (LH) y estradiol están dentro

de los valores normales o en los límites inferiores del rango de normalidad para la edad. Por lo tanto, el diagnóstico también puede ser una confirmación mediante RM, sin otra sospecha clínica que el comienzo tardío de la menarquia.³

La silla vacía es una alteración anatómica caracterizada por la presencia de líquido en el interior de la silla turca, con compresión de la adenohipofisis en el suelo selar. En la adolescencia suele ser una forma primaria, es decir, no relacionada con enfermedades o lesiones conocidas. Es un cuadro frecuente que, en ocasiones, se diagnostica por un hallazgo accidental, por ser completamente asintomática. Puede asociarse también con diversas disfunciones endocrinas, incluido el déficit de GH, la hiperprolactinemia o el déficit de gonadotropinas primario o secundario.⁴ Por tanto, se puede presentar como amenorrea primaria con un perfil endocrino normal.

Las hipofisitis son cuadros flogísticos heterogéneos que afectan a la glándula pituitaria; entre estos, el más específico es la forma autoinmune o linfocitaria, que es consecuencia de un proceso de destrucción de las células hipofisarias secretoras por los linfocitos T reactivos. A nivel histológico se caracteriza por una infiltración de linfocitos, macrófagos y células plasmáticas. Se produce con mayor frecuencia durante el embarazo y el posparto, pero se han descrito varios casos en edad pediátrica y en la adolescencia. A veces, la hipofisitis se presenta en pacientes con diátesis autoinmunitaria, con enfermedad relacionada con inmunoglobulina (Ig) G4 o es secundaria al uso de fármacos biológicos inmunomoduladores que activan las células T. Se asocia con antígenos de histocompatibilidad HLA DQ8 y DR53 y pueden estar presentes anticuerpos antipituitaria y, en ocasiones, también antihipotálamo. Puede manifestarse con cefaleas y aumento de peso. La hiperprolactinemia puede estar presente aunque en general hay déficit gonadotrófico.⁵ En la RM se observa el engrosamiento del tallo hipofisario y el aumento del volumen de la glándula, que puede ser similar a un adenoma hipofisario. El diagnóstico diferencial no es fácil;⁶ se estima que la prevalencia real es mayor a los cuadros diagnosticados.

Hipogonadismos hipogonadotrópicos aislados

Se estima una prevalencia de 1:7000/8000, con una relación hombre:mujer 3:6. Son formas

con amplia heterogeneidad genética, intensamente estudiada en los últimos años; esto también ha implicado la profundización de nuestro conocimiento sobre la fisiología del desarrollo intrauterino de las neuronas secretoras de GnRH y su regulación.

Los estudios genéticos han ayudado a comprender cómo existe una interacción compleja entre genes que en la vida intrauterina orientan la migración de las neuronas secretoras de GnRH, regulan las neuronas olfativas que actúan como su guía y guían las proyecciones de los distintos axones, así como en el período posnatal y en la maduración puberal, múltiples genes activan los mecanismos de regulación de las neuronas secretoras de GnRH, los objetivos periféricos de su producción hormonal y la función de las gonadotropinas. Nos remitimos a la bibliografía específica para obtener más información,⁷⁻⁸ destacando que lo importante es tener una anamnesis familiar precisa sobre los tiempos de maduración puberal y sobre cualquier terapia realizada para promover la maduración sexual.

Clínicamente, las adolescentes con hipogonadismo hipogonadotrópico crecen de manera normal, es decir, una tasa de crecimiento > 3.6 cm/año, sin una aceleración evidente del crecimiento puberal. El desarrollo mamario es deficiente, aunque variable; la adrenarquia a menudo está presente, pero se describen también situaciones de vello púbico limitado en las primeras etapas puberales. El estudio ecográfico de los genitales internos revela déficit de crecimiento uterino y ovarios con presencia de microfóliculos, pero sin signos de maduración folicular. La edad ósea tiende a retrasarse. Las concentraciones de LH, FSH e inhibina B están en el límite inferior normal, pero por sí mismos no son diagnósticos. Los niveles de prostaglandina E₂ son bajos, a veces apenas detectables en relación con la sensibilidad del método de análisis. La hormona antimülleriana suele ser normal, lo que indica una reserva ovárica preservada.⁹⁻¹¹ Respecto de los exámenes de segundo nivel, la respuesta a la prueba de estímulo con GnRH no suele confirmar el diagnóstico, aunque los datos de la bibliografía se refieren principalmente a casos masculinos¹². La RM del encéfalo y del tronco del encéfalo con contraste se indica siempre para excluir anomalías silentes del eje hipotálamo-hipofisario y para evaluar los

lóbulo olfativo; también se están estudiando otros parámetros diagnósticos, como el volumen hipofisario, cuyo crecimiento está relacionado con la producción de estrógenos y hormonas de la adrenerca.^{13, 14}

Retrasos puberales constitucionales

Tienen una prevalencia de aproximadamente el 2% en las adolescentes. En el 50% a 80% de los casos, hay familiaridad; en las jóvenes predomina la herencia por línea materna, con una transmisión autosómica dominante del 50% a 80% de los casos, pero con penetrancia incompleta.¹⁵ También se describen modos de transmisión oligogénicos, es decir que involucran variantes de más de un gen.¹⁶ Incluso en el caso de retrasos constitucionales, se demuestra una clara heterogeneidad genética que involucra mutaciones de genes que regulan la migración de neuronas secretoras de GnRH, de los sistemas que modulan la secreción de GnRH, incluido el sistema de kisspeptina-neuroquinina B-dinorfina, los receptores de GnRH, FSH, GH y los genes involucrados en la homeostasis metabólica.¹⁷

Incluso a nivel clínico, los retrasos puberales son heterogéneos. Por un lado, tenemos pacientes con talla normal al nacer y posterior desaceleración del crecimiento, que se inicia en los primeros 2 o 3 años de vida y resultan en una estatura entre el tercer percentil y el décimo al comienzo de la pubertad, que se asocia con la ralentización de la maduración puberal: el denominado retraso constitucional del crecimiento y el desarrollo. Por otro lado, tenemos a los individuos con estatura por debajo del percentil 50, pero de acuerdo con el retraso en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: el retraso puberal constitucional. El intervalo entre telarca, pico de crecimiento y menarquia progresa, con algunos años de retraso, en las etapas de la pubertad fisiológica. La edad ósea tiende a retrasarse por la edad cronológica, pero de acuerdo con la altura y el estadio de Tanner. Las concentraciones de FSH, LH, estradiol, IGF-1 y hormonas tiroideas también tienden a estar de acuerdo con la maduración puberal y la edad ósea. Los niveles de inhibina B se están estudiando como marcador diagnóstico, pero los datos publicados son predominantemente para hombres.^{18, 19} Incluso el uso de pruebas de estímulo no permite un esclarecimiento diagnós-

tico sin un seguimiento en el tiempo; también se incluye el estudio de la respuesta a la kisspeptina, que aún es una propuesta experimental.²⁰

CASO CLÍNICO 1

Giovanna acude a una primera consulta a los 14 años y 8 meses, enviada por el pediatra de la familia, por sospecha de alteración puberal. Ha iniciado la telarca bilateral desde hace más de 2 años, pero se ha mantenido casi sin cambios durante el último año. La pubarca también está presente. La radiografía de la mano y la muñeca izquierda para verificar la edad ósea (método de Greulich y Pyle) mostró que esta corresponde a 12 años y 6 meses.

Anamnesis familiar: la madre tuvo su menarca poco después de los 11 años y presenta endometriosis pélvica. El padre tuvo un desarrollo puberal aparentemente normal y presenta migrañas. La hermana mayor, con menarca a los 12 años, tiene ciclos regulares y presenta tiroiditis de Hashimoto. La prima (hija de la hermana de la madre), en cambio, tuvo un retraso en la pubertad con menarca a los 15 años y 11 meses; ahora tiene 18 años y ciclos regulares. El abuelo materno tiene diabetes mellitus tipo 2 que comenzó alrededor de los 50 años. La abuela materna tuvo cáncer mamario posmenopáusicos. Sin consanguinidad. Sin antecedentes familiares de episodios tromboembólicos.

Anamnesis personal: nacida en término, con peso al nacer de 3.110 kg. Lactancia materna durante 3 meses. Asma alérgica, especialmente en la niñez, con uso ocasional de corticosteroides inhalatorios, suspendidos desde hace algunos años. Sin alergias a medicamentos. No recibe otros fármacos. Crecimiento de talla alrededor del percentil 50 (sin pico evidente de crecimiento). Dentición en tiempos fisiológicos. Refiere una dieta no selectiva (confirmada por la madre). Patina 2 horas a la semana. Informa un sentido del olfato aparentemente normal (le gustan mucho los perfumes). Tiene buenos resultados académicos.

Examen físico: no revela dismorfismo; no presenta acné ni seborrea. El IMC es de 18.8. Normotensa. Escala de Tanner: estadio III de mama y vello pubiano; no hay vello en las axilas. Los genitales externos son normales, con algunos signos de estrogenización. La ecografía pélvica transabdominal muestra un cuerpo uterino medio de 4 cm de largo, con una relación cuerpo/cuello

de 1.1. El borde endometrial es apenas visible. Ambos ovarios tienen un volumen de 0.5 cm³ con microfolículos pequeños evidentes.

Exámenes de laboratorio: FSH: 4.3 UI/l - LH: 1 mU/ml - prolactina (PRL): 2.75 µg/l (2-25) - E₂: 27 pg/ml - inhibina B: 4.2 pg/ml (11 aa < 4.8 pg/ml) - 17OH progesterona: 1.07 µg/l - cortisol: 14.8 µg/dl - deshidroepiandrosterona (DHEAS): 303 µg/dl (28-320) - TSH: 2.35 mU/ml - FT₃: 3.75 ng/l (2.7-5.7) - FT₄: 0.83 ng/dl (0.7 -1.7) - glucemia: 78 mg/dl - insulina: 10.45 mU/ml - IGF-1: 216.1 ng/ml - anticuerpos (IgA) antitransglutaminas: 4 U/ml (< 7 U/ml) - IgA totales: 230 mg/dl (90-400 mg/dl) - creatinemia: 0.90 mg/dl

Dados los bajos niveles de LH se realiza *RM de encéfalo y tronco encefálico con medio de contraste (con profilaxis con corticoides)*, cuyo informe revela que no hay alteraciones de señal focal o diseminación del parénquima cerebral y cerebeloso; tampoco hay áreas de restricción de la propagación del medio de contraste. Cuerpo calloso normal según la morfología, el grosor y la señal. Adenohipófisis de tamaño normal en sitio. Tallo hipofisario de volumen en el límite inferior para la edad. Neurohipófisis normalmente representada. Aspecto quístico de la pineal. Cavidades ventriculares normales por localización, morfología, volumen y señal. Ancho de los espacios del líquido cefalorraquídeo (LCR) pericerebral y la permeabilidad de las cisternas de la base normales. Estructuras de línea central en eje.

La evaluación morfológica de la región hipotalámica-hipofisaria en este caso no es de particular ayuda diagnóstica; de hecho, la estandarización de la medida del pedículo todavía está en estudio y, en especial, no está claramente correlacionada con la clínica.²¹

Al no estar claro aún el diagnóstico diferencial entre retraso puberal constitucional o hipogonadismo hipogonadotrópico, se propone un control en 6 meses para evaluar la progresión de los caracteres sexuales secundarios con el control de FSH, LH, E₂, inhibina B y pruebas de coagulación, con la hipótesis de iniciar un tratamiento más tarde. Mientras tanto, su pediatra de referencia insiste en realizar también el estudio de GnRH, que muestra una adecuada respuesta en LH al estímulo (Tabla 3).

Consulta de control: Giovanna tiene 15 años y 3 meses. No ha tenido problemas de salud. Ha

continuado con una dieta regular y su actividad física, sin alteraciones. Está preocupada por la falta de menstruación y porque sus senos no han cambiado. Ha crecido 2 cm de altura y ha aumentado un kg. Actualmente, tiene un IMC de 18.75.

En el examen clínico muestra un estadio de Tanner T₃ P₃ sin cambios. En la ecografía pélvica trans abdominal se observa un cuerpo uterino medio de 4 cm de largo, con una relación cuerpo/cuello de 1.2. El borde de endometrio es apenas perceptible. El ovario derecho tiene un volumen de 0.6 cm³ y el ovario izquierdo, de 0.5 cm³; en ambos hay varios microfolículos con un diámetro máximo de 5 mm. Las pruebas endocrinas muestran: FSH: 3.9 mUI/ml - LH: 1.2 mU/ml - E₂ < 25 pg/ml - inhibina B: 3.8 pg/ml (rango para 11 a < 4.8 pg/ml) - proteína C anticoagulante, proteína S, aPCR, AT III normales.

Se decide iniciar una terapia hormonal de reemplazo con estradiol transdérmico semanal, que comienza los 2 primeros meses con una dosis de 12.5 µg y, después de 2 meses, de 25 µg. Se planifica una prueba ecográfica al final del cuarto mes y una densitometría lumbar.

En la hipótesis de hipogonadismo hipogonadotrópico, se remite a asesoramiento genético.

Al comienzo del cuarto mes de tratamiento (por debajo de 25 µg E₂) se verifica un manchado prolongado y ataques de migraña. Sin embargo, Giovanna está muy feliz con sus senos, que finalmente han crecido. La ecografía transabdominal realizada unos días después muestra un útero de morfología adulta, con un endometrio de 6 mm. La densitometría muestra una densidad mineral ósea (DMO) en el nivel L1-L4 de 0.809 g/cm² correspondiente a un puntaje Z de -2.1.

Se propone aumentar la terapia con un parche semanal de 35 µg de E₂ y continuar con didrogesterona.

Tabla 3. Prueba de GnRH: respuesta de FSH y LH a 100 µg de GnRH por vía intravenosa.

Tiempos	FSH (mUI/ml)	LH (mUI/ml)
0'	3.25	1.27
15'	7.02	12.28
30'	6.91	12.30
60'	8.37	10.36
90'	7.53	7.13

terona 12 días al mes y llevar un diario de las cefaleas. Luego, se verifica si la dosis de estrógeno es adecuada mediante dosificación del estradiol plasmático junto con el seguimiento en el tiempo de la tendencia a las migrañas y la DMO.

La dosis estrogénica deberá incrementarse posteriormente, de acuerdo con las normas internacionales.²²

Pasados unos meses llega la respuesta de la asesoría genética: cariotipo 46, XX. El análisis de genes involucrados en el síndrome de Kallmann sobre ADN de sangre periférica muestra la presencia de las siguientes variantes heterocigotas:

- gen *GNRHR*: c.784C>T, p.Arg262Trp en el exón 3;
- gen *GNRHR*: c.317A>G, p.Gln106Arg en el exón 1 (informado en pacientes con hipogonadismo hipogonadotrópico sin anosmia con herencia recesiva);
- gen *CHDT*: c.307T>A, p.Ser103Thr en el exón 2 (mutación del gen de la acetiltransferasa de colina, probablemente no significativa).

Las configuraciones genéticas confirman el diagnóstico de hipogonadismo hipogonadotrópico por mutaciones del receptor de GnRH. Esta es la primera alteración genética históricamente identificada en sujetos con hipogonadismo hipogonadotrópico y se refiere al 40% de los casos familiares de hipogonadismo hipogonadotrópico sin anosmia (con transmisión autosómica recesiva) y el 17% de los idiopáticos.²³

Las mutaciones estudiadas inactivan el receptor o su capacidad de unión condicionando fenotipos de variables de déficits parciales a completos de actividad gonadotrópica.²⁴ También se describen mutaciones que causan retraso puberal o amenorrea secundaria. En pacientes con hipogonadismo es común un desarrollo mamario parcial, con detención o progresión puberal.²⁵ En la mayor parte de los casos estudiados, la respuesta al GnRH exógeno es normal²⁶ y esto explica el resultado de la prueba de GnRH, pero también es un elemento importante en el plan terapéutico para permitir el embarazo.

La historia de Giovanna confirma que, en algunos casos de hipogonadismo, es posible tener cierta maduración de los caracteres sexuales secundarios y que es sobre todo la falta de progresión en el tiempo lo que actúa como alarma. También nos muestra que el perfil endocrino,

tanto basal como con estímulo, al menos con los métodos de laboratorio actualmente en uso, no nos ofrece un diagnóstico cierto.

CASO CLÍNICO 2

Gaia tiene 14.5 años y acude a la consulta debido a la ausencia de caracteres sexuales secundarios.

Anamnesis familiar: madre con bocio multinodular, abuela materna con neoplasia mamaria, abuela paterna con esclerodermia. El padre informa un retraso puberal. Sin enfermedades cardiovasculares familiares.

Anamnesis personal: nacida de un embarazo en término con nacimiento espontáneo. Cambió tardíamente sus últimos dientes deciduos. Presenta cefalea frontal. Recientemente, tuvo algunos episodios de dolores recurrentes en miembros superiores e inferiores, por lo que fue sometida a una consulta reumatológica que no encontró enfermedades en curso. No informa dificultades en la percepción de olores. No realiza actividades físicas de manera estructurada y se alimenta cualitativamente "mal", dicho por su madre y ella misma. No tiene problemas en la escuela o en el grupo de amigos, pero manifiesta que está bastante preocupada por la falta de desarrollo de los senos. El año anterior había realizado pruebas para celiaquía con resultados negativos y una radiografía mano y muñeca izquierda para la valoración de la edad ósea, que estuvo de acuerdo con su edad cronológica (método de Greulich y Pyle). Su curva de crecimiento muestra una tendencia estable en el percentil 15, con una tasa de crecimiento de alrededor de 5 cm por año. Su estatura objetivo es 166.5 ± 8 cm.

Examen físico: no muestra rasgos dismórficos o marcas distintivas. El IMC es de 22.48. La presión arterial es normal. La valoración según la escala de Tanner es T₁ (con mínima adipomastia) P2; los genitales externos no muestran signos de estrogenización.

La ecografía transabdominal muestra un cuerpo uterino de 3.8 cm de largo con una relación cuello/cuerpo < 1 y morfología infantil. Se observa alguna estructura microfolicular en ambos ovarios.

Exámenes de laboratorio: FSH: 1.3 UI/l - LH < 0.2 UI/l (método ICMA) - PRL: 4.87 µg/l - E2: < 20 ng/l - inhibina B: 17 pg/ml - IGF-1: 105.3 µg/l (rango de edad: 103-524) - TSH: 2.4 mUI/l - FT₄: 0.92 ng/dl

- FT₃: 3.48 ng/l - hormona adrenocorticotropa (ACTH): 15 ng/l - DHEAS: 69 µg/dl - cortisol: 7.9 µg/dl - 17OHP: 1.2 ng/ml - anticuerpos (IgA) antitransglutaminas: 5 U/ml (< 7 U/ml) - IgA totales: 190 mg/dl (90-400 mg/dl) - creatinemia: 0.8 mg/dl

Resonancia magnética de la región y tronco encefálico con medio de contraste: no se observan alteraciones de señales focales o difusas del parénquima cerebral y cerebeloso. El cuerpo calloso es normal según morfología, volumen y señal. Neurohipófisis ectópica que se localiza en la raíz del pedúnculo; adenohipófisis en su lugar pero de volumen relativamente pequeño para la edad. Aspecto quístico de la pineal. Cavidades ventriculares normales en sitio, morfología, volumen y señal. El ancho de los espacios del LCR pericerebral y la permeabilidad de las cisternas de la base son normales. Estructuras de línea central en eje.

La ectopia de la neurohipófisis puede ser causada por la interrupción del sistema portal periinfundibular, que habitualmente también altera la función de la adenohipófisis al reducir la llegada directa de factores hipotalámicos reguladores. La persistencia de axones tróficos neurosecretores induce la formación de una neurohipófisis ectópica, pero generalmente funcional. Se describen cuadros tanto de base genética como adquirida con informes también de posible aparición en la edad adulta. La ectopia de la neurohipófisis con hipoplasia de la adenohipófisis puede implicar también déficit de GH,^{27, 28} retraso puberal o pubertad precoz central, diabetes insípida y déficits múltiples de secreción de la adenohipófisis.²⁹⁻³¹

Al reevaluar la situación clínica de Gaia propongo un control de la diuresis diaria (tomar, al menos, 1.5 litros por día), una consulta nutricional para mejorar el estilo de la alimentación y una nueva evaluación de LH, E₂, DHEAS e IGF-1 a los 3 meses; también se sugiere una nueva consulta para valorar el posible inicio de una terapia hormonal.

Consulta de control: el examen físico muestra un estadio de Tanner T₂ P₂. Gaia manifiesta que ha establecido una buena relación con la nutricionista que la está siguiendo y que está cuidando más su alimentación. La diuresis diaria es de 1600 ml; por lo tanto, normal. Los controles hormonales muestran: LH: 2.8 UI/l - E₂: 52 pg/ml - DHEAS: 75 µg/dl - IGF-1: 267.2 µg/l.

Se decide no iniciar la terapia por la aparición de una telarquia verdadera y los niveles de LH y estradiol nos muestran una secreción inicial de gonadotropinas, correspondiente al comienzo de la maduración puberal. Gaia está decepcionada y no convencida de mis explicaciones, porque hubiera preferido comenzar el tratamiento de inmediato.

Luego de un año, la madre de Gaia comenta que su hija en realidad tiene senos bien desarrollados, vello púbico extenso y ha crecido 8 cm de altura. Sin embargo, mientras tanto, ha tenido algunos problemas graves en el estado de ánimo, por los que recibe atención de una neuropsiquiatra.

Al año siguiente, Gaia concurre a una consulta: tuvo la menarquia el mes anterior (a los 16 años y 10 meses) y ya ha tenido el segundo ciclo y esto la hace feliz. Ahora mide 166 cm de altura y tiene un IMC de 21.5. También está mejor psicológicamente.

La ecografía transabdominal revela un útero mediano en anteversoflexión con morfología adulta, de 7 cm de largo, con endometrio compatible con la fase proliferativa. El ovario izquierdo tiene un volumen de 7 cm³ con formaciones foliculares evidentes en diversas etapas de maduración. El ovario derecho tiene un volumen de 6 cm³ con varios microfolículos y un folículo de 7 cm de diámetro. En esa consulta se comienza a hablar de anticoncepción.

En la historia de Gaia, la progresión de los caracteres sexuales secundarios, incluida la aceleración del crecimiento, comenzó tarde, a pesar de la presencia de una anomalía grave de la región pituitaria. También se destaca la normalidad de la edad ósea ante un retraso significativo en la maduración: de hecho, los datos de la bibliografía coinciden en un retraso en la maduración ósea (es decir, con 2 desviaciones estándares de la edad cronológica), especialmente en cuadros de retraso constitucional en el crecimiento y la pubertad; esto no se corresponde exactamente con la situación clínica de Gaia.³²

CONCLUSIONES

Al evaluar a las adolescentes con retraso en el desarrollo puberal, con retraso en el crecimiento o sin este, tal vez un cambio de perspectiva puede ayudarnos. En lugar de intentar plantear lo antes posible un diagnóstico diferencial entre formas evolutivas y déficit de secreción de gonadotropi-

nas, puede ser correcto considerar los retrasos puberales constitucionales, los hipogonadismos hipogonadotrópicos y también el déficit parcial de GH como cuadros del mismo espectro de anomalías endocrinas (Figura 2).

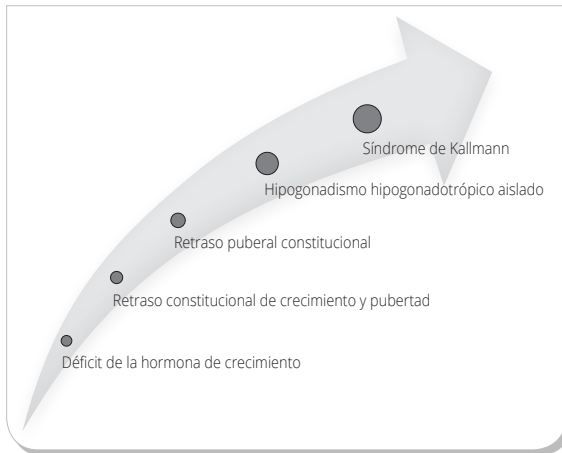


Figura 2. Espectro de cambios en el crecimiento y la maduración puberal.

Contamos con varios elementos que validan este paradigma: los estudios genéticos han demostrado una gran superposición entre estas formas,¹⁷ en el sentido de que las diferentes mutaciones de los mismos genes dan lugar a distintos fenotipos. Esto también lo demuestran los hallazgos de la anamnesis: por ejemplo, el 10% de los familiares de los sujetos con hipogonadismos hipogonadotrópicos tiene un retraso puberal constitucional.³³ De hecho, conocemos mejor las mutaciones que corresponden a déficits de gonadotropinas, pero incluso se están estudiando las que corresponden a los retrasos puberales, y esto permitirá, en un futuro, tener un panel de pruebas que puedan ayudar en la diagnosis diferencial³⁴.

Incluso algunos estudios clínicos confirman la visión de una interconexión entre los diversos cuadros clínicos. Por ejemplo, con respecto a la hiposmia, que es un síntoma clave en el hipogonadismo del síndrome de Kallmann, se ha demostrado con pruebas precisas un amplio espectro de variaciones en la capacidad olfativa en muchos sujetos con hipogonadismo hipogonadotrópico, sin anomalías evidentes de los bulbos olfativos correspondientes a mutaciones de

los distintos genes involucrados (*KAL1*, *PROKR2*, *FG8*, *FGFR1*, *GnRH*, *TAC3*).^{35, 36}

También en la función menstrual, la diferencia entre los retrasos constitucionales y los hipogonadismos no está clara. El hipogonadismo hipogonadotrópico, por definición, implica amenorrea primaria, pero en el 8% a 9% de los casos se ha informado algún sangrado menstrual, incluso en ausencia de terapia de reemplazo hormonal, en particular en pacientes con déficit del receptor de GnRH.^{37, 38} Además, especialmente en varones, se ha documentado la reversibilidad en el tiempo de algunas formas de hipogonadismo hipogonadotrópico, tanto en un estudio prospectivo, que la señala en el 10% de los casos,³⁹ como en ensayos retrospectivos que documentan una posibilidad de activación funcional del 5% a 14% de los participantes.⁴⁰⁻⁴³ También hay informes en pacientes mujeres, con varias mutaciones documentadas, de reversibilidad a largo plazo, tal vez después de un período de terapia de reemplazo hormonal.^{42, 44, 45}

Estas consideraciones tienen algunas consecuencias a nivel clínico:

- en caso de duda diagnóstica, es importante explicar claramente la situación y la necesidad de seguir a lo largo del tiempo la evolución del cuadro clínico para aclarar la enfermedad subyacente;
- dado que la falta de signos de maduración puberal puede desencadenar reacciones emocionales profundas con riesgo de aislamiento, una vez completado el proceso diagnóstico es posible, aun cuando estemos orientados hacia un diagnóstico de retraso puberal constitucional, indicar un ciclo corto de terapia con estradiol, preferiblemente transdérmica o percutánea,⁴⁶ en dosis bajas, durante 6 meses, con posterior evaluación. Sin embargo, es importante individualizar la dosis según la etapa puberal mamaria alcanzada y el peso corporal, de acuerdo con las instrucciones para una inducción puberal fisiológica⁴⁷ para evitar cambios rápidos y, a menudo, no favorables a un desarrollo mamario armónico, con interferencia en el crecimiento de la talla. Por lo tanto, en general, se utilizan parches transdérmicos con 25 µg, que se dividen en dos partes, ya que se ha documentado la posibilidad de almacenar

las partes cortadas a $\leq 35^\circ \text{C}$.⁴⁸ Sin embargo, no tenemos estudios longitudinales relativos a pacientes mujeres que nos muestren que, en caso de retraso puberal constitucional, la terapia de reemplazo es beneficiosa en términos del crecimiento de la estatura y, especialmente, en la mejora de la masa ósea, cuya reducción representa la reper-

cusión a largo plazo más importante de la maduración puberal tardía.⁴⁹

Finalmente, son necesarias más investigaciones longitudinales con estudios genéticos, que comparen el efecto de las terapias apropiadas con los de un comportamiento de espera con respecto a las variables físicas (altura final, alcanzar el pico de masa ósea, fertilidad) y psicológicas.

Referencias

- O'Connor SM, Culbert KM, Mayhall LA et al. Differences in genetic and environmental influences on body weight and shape concerns across pubertal development in females. *J Psychiatr Res* 121:39-46, 2020.
- Bruni V, Dei M, Morelli C, et al. Body composition variables and leptin levels in functional hypothalamic amenorrhea and amenorrhea related to eating disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 24(6):347-352, 2011.
- Pinto Gomes FC, Neto da Cunha M B C, Rocha Marcondes MG, et al. Hypopituitarism due to hydrocephalus: case report and review of the literature. *Pediatr Neurosurg* 47(4):303-306, 2011.
- Auer MK, Stieg MR, Crispin A, et al. Primary empty Sella syndrome and the prevalence of hormonal dysregulation. *Dtsch Arztebl Int* 115(7):99-105, 2018.
- Joshi MN, Whitelaw BC, Carroll PV. Hypophysitis: diagnosis and treatment. *European Journal Endocrinology* 179:R151-R163, 2018.
- Gutenberg A, Larsen J, Lupi I, et al. A radiologic score to distinguish autoimmune hypophysitis from nonsecreting pituitary adenoma preoperatively. *Am J Neuroradiology* 30:1766-1772, 2009.
- Topaloğlu AK. Update on the genetics of idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 9(Suppl 2):113-122, 2017.
- Young J, Xu C, Papadakis GE, et al. Clinical management of congenital hypogonadotropic hypogonadism. *Endocr Rev* 40(2):669-710, 2019.
- Varimo T, Miettinen PJ, Käsäkoski J et al. Congenital hypogonadotropic hypogonadism, functional hypogonadotropism or constitutional delay of growth and puberty? An analysis of a large patient series from a single tertiary center. *Hum Reprod* 32(1):147-153, 2017.
- Bozzola M, Bozzola E, Montalbano C. Delayed puberty versus hypogonadism: a challenge for the pediatrician. *Ann Pediatr Endocrinol Metab* 23(2):57-61, 2018.
- Bry-Gauillard H, Larrat-Ledoux F, Levailant JM, et al. Anti-Müllerian hormone and ovarian morphology in women with isolated hypogonadotropic hypogonadism/Kallmann syndrome: effects of recombinant human FSH. *J Clin Endocrinol Metab* 102(4):1102-1111, 2017.
- Mosbah H, Bouvattier C, Maione L, et al. GnRH stimulation testing and serum inhibin B in males: insufficient specificity for discriminating between congenital hypogonadotropic hypogonadism from constitutional delay of growth and puberty. *Hum Reprod* 35(10):2312-2322, 2020.
- Wong AP, Pipitone J, Park MTM, et al. Estimating volumes of the pituitary gland from T1-weighted magnetic-resonance images: effects of age, puberty, testosterone, and estradiol. *Neuroimage* 94:216-221.
- Whittle S, Barendse M, Pozzi E. Pubertal hormones predict sex-specific trajectories of pituitary gland volume during the transition from childhood to adolescence. *NeuroImage* 204:116256, 2020.
- Winter S, Ousidhoum A, McElreavey K. Constitutional delay of puberty: presentation and inheritance pattern in 48 familial cases. *BMC Pediatr* 16:37-45, 2016.
- Maione L, Dwyer AA, Bruno Francou B, et al. Genetic counseling for congenital hypogonadotropic hypogonadism and Kallmann syndrome: new challenges in the era of oligogenism and next-generation sequencing. *Eur J Endocrinol* 178:R55-R80, 2018.
- Howard SR, Dunkel L. The genetic basis of delayed puberty. *Neuroendocrinology* 106:283-291, 2018.
- Harrington J, Palmert M. Clinical review: distinguishing constitutional delay of growth and puberty from isolated hypogonadotropic hypogonadism: critical appraisal of available diagnostic tests. *J Clin Endocrinol Metab* 97(9):3056-3067, 2012.
- Raivio T, Miettinen PJ. Constitutional delay of puberty versus congenital hypogonadotropic hypogonadism: genetics, management and updates. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 33:101316, 2019.
- Chan YM, Lippincott MF, Kusa TO, et al. Divergent responses to kisspeptin in children with delayed puberty. *J C I Insight* 3:e99109, 2018.
- Sari S, Sari E, Akgun V, et al. Measures of pituitary gland and stalk: from neonate to adolescence. *J Pediatr Endocr Met* 27(11-12):1071-1076, 2014.
- Boehm U, Bouloux PM, Dattani MT, et al. European Consensus Statement on congenital hypogonadotropic hypogonadism-pathogenesis, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* 11(9):547-564, 2015.
- Chevrier L, Guimiot F, de Roux N. GnRH receptor mutations in isolated gonadotropin deficiency. *Mol Cell Endocrinol* 346(1-2):21-28, 2011.
- de Roux N, Young J, Brailly-Tabard S, et al. The same molecular defects of the gonadotropin-releasing hormone receptor determine a variable degree of hypogonadism in affected kindred. *J Clin Endocrinol Metab* 84(2):567-572, 1999.
- Hietamäki J, Hero M, Holopainen E. GnRH receptor gene mutations in adolescents and young adults presenting with signs of partial gonadotropin deficiency. *PLoS One* 12(11):e0188750, 2017.
- Kottler ML, Counis R, Bouchard P. Mutations of the GnRH receptor gene: a new cause of autosomal-recessive hypogonadotropic hypogonadism. *Arch Med Res* 30(6):481-485, 1999.
- Kelly WM, Kucharczyk W, Kucharczyk J, et al. Posterior pituitary ectopia: an MR feature of pituitary dwarfism. *Am J Neuroradiol* 9(3):453-460, 1988.
- Bozzola M, Adamsbaum C, Biscaldi I, et al. Role of magnetic resonance imaging in the diagnosis and prognosis of growth hormone deficiency. *Clin Endocrinol (Oxf)* 45(1):21-26, 1996.

29. Simon D, Hadjiathanasiou C, Garel C, et al. Phenotypic variability in children with growth hormone deficiency associated with posterior pituitary ectopia. *Clin Endocrinol (Oxf)* 64(4):416-422, 2006.
30. Ladjouze A, Soskin S, Garel C, et al. GH deficiency with central precocious puberty: a new rare disorder associated with a developmental defect of the hypothalamic-pituitary area. *Eur J Endocrinol* 156(4):463-469, 2007.
31. Murray PG, Hague C, Fafoula O. Associations with multiple pituitary hormone deficiency in patients with an ectopic posterior pituitary gland. *Clin Endocrinol (Oxf)* 69(4):597-602, 2008.
32. Martin DD, Wit JM, Hochberg Z, et al. The use of bone age in clinical practice— Part 1. *Horm Res Paediatr* 76:1-9, 2011.
33. Zhu J, Choa RE, Guo MH, et al. A shared genetic basis for self-limited delayed puberty and idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *J Clin Endocrinol Metab* 100(4):E646-E654, 2015.
34. Cassatella D, Howard SR, Acierno JS, et al. Congenital hypogonadotropic hypogonadism and constitutional delay of growth and puberty have distinct genetic architectures. *European Journal of Endocrinology* 178, 377-388, 2018.
35. Lewkowitz-Shpuntoff HM, Hughes VA, Plummer L, et al. Olfactory phenotypic spectrum in idiopathic hypogonadotropic hypogonadism: pathophysiological and genetic implications. *J Clin Endocrinol Metab* 97:E136-E144, 2012.
36. Della Valle E, Vezzani S, Rochira V, et al. Prevalence of olfactory and other developmental anomalies in patients with central hypogonadotropic hypogonadism. *Frontiers in Endocrinology* 4(70):2-5, 2013.
37. Shaw ND, Seminara SB, Welt CK, et al. Expanding the phenotype and genotype of female GnRH deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 96(3):E566-E576, 2011.
38. Tang R, Chen R, Ma M. Clinical characteristics of 138 Chinese female patients with idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *Endocr Connect* 6(8):800-810, 2017.
39. Raivio T, Falardeau J, Dwyer RS, et al. Reversal of idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *N Engl J Med* 357(9):863-873, 2007.
40. Quinton R, Cheow HK, Tymms DJ, et al. Kallmann's syndrome: is it always for life? *Clin Endocrinol (Oxf)* 50:481-485, 1999.
41. Laitinen EM, Tommiska J, Sane T, et al. Reversible congenital hypogonadotropic hypogonadism in patients with CHD7, FGFR1 or GNRHR mutations. *PLoS One* 7:e39450, 2012.
42. Sidhoum VF, Chan YM, Lippincott MF, et al. Reversal and relapse of hypogonadotropic hypogonadism: resilience and fragility of the reproductive neuroendocrine system. *J Clin Endocrinol Metab* 99:861-870, 2014.
43. Mao JF, Xu HL, Duan J, et al. Reversal of idiopathic hypogonadotropic hypogonadism: a cohort study in Chinese patients. *Asian J Androl* 17(3):497-502, 2015.
44. Dewailly D, Boucher A, Decanter C, et al. Spontaneous pregnancy in a patient who was homozygous for the Q106R mutation in the gonadotropin-releasing hormone receptor gene. *Fertil Steril* 77:1288-1291, 2002.
45. Gianetti E, Tusset C, Sekoni DN, et al. TAC3/TACR3 mutations reveal preferential activation of gonadotropin-releasing hormone release by neurokinin B in neonatal life followed by reversal in adulthood. *J Clin Endocrinol Metab* 95(6):2857-2867, 2010.
46. Matthews D, Bath L, Höglér W, et al. Hormone supplementation for pubertal induction in girls. *Arch Dis Child* 102:975e80, 2017.
47. Ankarberg-Lindgren C, Kristrom B, Norjavaara E. Physiological estrogen replacement therapy for puberty induction in girls: a clinical observational study. *Horm Res Paediatr* 81:239-244, 2014.
48. Ankarberg-Lindgren C, Aneta Gawlik A, Kriström B, et al. Estradiol matrix patches for pubertal induction: stability of cut pieces at different temperatures. *Endocrine Connections* 8:360-366, 2019.
49. Chan Y, Feld A, Jonsdottir-Lewis E. Effects of the timing of sex-steroid exposure in adolescence on adult health outcomes. *J Clin Endocrinol Metab* 104(10):4578-4586, 2019.

Atención ginecológica para pacientes pediátricas y adolescentes sometidas a trasplante de células madre hematopoyéticas

Gynecologic care for pediatric and adolescent patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation

Comentario realizado por la **Dra. Dolores Ocampo**¹ sobre el artículo ***Gynecologic care for pediatric and adolescent patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation***, de Debiec KE, Todd N., integrantes del Department of Obstetrics and Gynecology, University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington y Division of General Gynecology and Obstetrics, Division of Gynecologic Specialties, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canadá, respectivamente.

El artículo original fue editado por Journal of Pediatric Adolescent Gynecology 34:112-116, 2021.

Resumen

El trasplante de células madre hematopoyéticas es la indicación para el tratamiento muchas afecciones malignas y no malignas, crónicas y agudas. En este trabajo, los autores realizaron una revisión y actualización sobre el trasplante de células madre hematopoyéticas y su efecto en la salud ginecológica de pacientes pediátricas y adolescentes, incluida la evaluación previa al trasplante, la anticoncepción, la supresión menstrual, la salud sexual, la fertilidad, la insuficiencia ovárica primaria y la enfermedad de injerto contra huésped. El enfoque interdisciplinario brinda el asesoramiento, la evaluación y el tratamiento anticipatorio óptimo de las complicaciones ginecológicas agudas y futuras.

Palabras clave: trasplante de células madre hematopoyéticas, enfermedad de injerto contra huésped, oncología

Abstract

Hematopoietic stem cell transplantation is used to treat many chronic and acute malignant and nonmalignant conditions. In this article, the authors review hematopoietic stem cell transplantation and its effect on the gynecologic health of pediatric and adolescent patients, including pretransplantation evaluation, contraception, menstrual suppression, sexual health, fertility, primary ovarian insufficiency, and graft vs host disease. Comprehensive and team-based care provides optimal anticipatory counseling, evaluation, and management of acute and ongoing gynecologic issues.

Keywords: hematopoietic stem cell transplant, graft versus host disease, oncology

INTRODUCCIÓN

El trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) es el trasplante de células madre derivadas de la médula ósea, la sangre periférica o la sangre del cordón umbilical. En la práctica clínica se utiliza para el tratamiento de más de 30 afecciones malignas y no malignas, incluidas leucemias y linfomas, neuroblastomas, trastornos de la médula ósea no malignos, como la anemia de células falciformes y la anemia de Fanconi, enfer-

medades autoinmunes, errores congénitos del metabolismo o inmunodeficiencias congénitas.^{1,2} Los autores señalan que, de los 500 000 sobrevivientes estimados de TCMH en los EE. UU. para 2030, el 14% sobrevivirán al TCMH infantil (menores de 18 años al momento del trasplante).¹ Los trasplantes autólogos (autotrasplantes) se basan en la infusión de las células madre del paciente y se asocian con menor riesgo de complicaciones, como las infecciones. En cambio, los alogénicos se obtienen de células madre de donantes y se asocian con mayor riesgo de complicaciones, como infección, anemia y aparición de la enfermedad de

¹. Médica de planta de la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil, HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Argentina

injerto contra huésped (EICH), aguda y crónica. El TCMH de sangre periférica se prefiere respecto del trasplante de médula ósea, porque permite un injerto más rápido con una recuperación hematopoyética más temprana y efectos anti-leucémicos potencialmente mejorados, aunque tiene mayor riesgo de EICH crónica.³ El período que lleva el trasplante es variable. Inicialmente, el paciente es sometido a un régimen de acondicionamiento, durante una a 2 semanas antes de la infusión de las células madre. Los regímenes de acondicionamiento pueden ser mielosupresores o no. Luego de que el receptor recibe su infusión, los signos iniciales del injerto se observan entre los 10 a 28 días y la repoblación de la médula ósea, aproximadamente a los 60 a 90 días.

Los autores abordan los temas vinculados a la salud ginecológica que afectan a las pacientes que reciben el TCMH: las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, la salud sexual, las opciones anticonceptivas, el tratamiento del sangrado genital y la EICH vulvovaginal.

PREVIO AL TRASPLANTE

Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino

La evaluación ginecológica previa al trasplante incluye el estudio de los riesgos ginecológicos durante la intervención y el asesoramiento sobre las inquietudes que la paciente tenga respecto de la etapa previa y posterior al trasplante. En mujeres adultas, las visitas previas al trasplante generalmente incluyen exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y de mama para evaluar las condiciones que podrían impedir o retrasar la intervención. Esto no siempre está justificado para pacientes más jóvenes, dependerá de cada paso particular.

En el consenso de la *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* (ASCCP) de 2019, las mujeres con antecedentes de TCMH alogénico fueron incluidas entre las pacientes inmunodeprimidas que deben seguir las mismas pautas que las personas con VIH.⁴ Los autores refieren que no existe una recomendación clara para las pacientes adolescentes antes del alotrasplante; sin embargo, se sugiere que las pacientes sexualmente activas, que están inmunosuprimidas, antes del trasplante deberían realizarse una citología cervical y una prueba para detectar virus del papiloma humano (VPH).^{5,6}

Debido a que las pautas de detección del cáncer de cuello uterino pueden variar en cada país, el profesional debe consultar los consensos locales al respecto en pacientes inmunodeprimidas, sexualmente activas, previo al trasplante. Las jóvenes con comorbilidades, riesgo elevado de VPH o independientemente de este virus, pueden justificar una detección más temprana.⁵ Tal es el caso de las mujeres con anemia de Fanconi, que tienen riesgo varios miles de veces mayor de cáncer de vulva y riesgo al menos 100 veces mayor de cáncer de cuello uterino en comparación con la población general.

Las recomendaciones actuales incluyen exámenes visuales de los genitales externos a los 13 años, exámenes ginecológicos integrales anuales, incluidas las pruebas de Papanicolaou con el inicio sexual o a los 18 años.⁷

Salud sexual

Es un error suponer que los adolescentes se abstienen de mantener relaciones sexuales durante el tratamiento, por lo que es fundamental abordar los comportamientos sexuales saludables cuando sea necesario.⁸ Se debe brindar asesoramiento adecuado en anticoncepción y reforzar en el uso de métodos de barrera para evitar infecciones de transmisión sexual y, en ocasiones, recomendar evitar las relaciones sexuales con penetración durante el tratamiento debido a la posibilidad de neutropenia, mucositis activa y la exposición de la pareja a tratamientos citotóxicos.⁶

Hay muchos factores que contribuyen a una función sexual saludable, incluidas las relaciones, la autoestima y la salud física y mental. El trasplante puede afectar negativamente la respuesta sexual al causar fatiga, mucositis, vulvovaginitis, diarrea, atrofia vulvovaginal y problemas posteriores al trasplante, como EICH o hipoestrogenismo por insuficiencia ovárica primaria (IOP).

Es fundamental una buena relación médico-paciente para ayudar a resolver los problemas de salud sexual que se puedan presentar a lo largo del tratamiento.

Anticoncepción, supresión del ciclo menstrual, amenorrea terapéutica

La amenorrea o los ciclos irregulares no descartan el riesgo del embarazo; por ende, se debe abordar la anticoncepción a corto y largo plazo.⁶

Las guías de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) son muy útiles para garantizar la mejor opción para la paciente teniendo en cuenta las contraindicaciones absolutas y relativas de cada método.⁹

Las comorbilidades y la sintomatología de la paciente deben tenerse en cuenta, especialmente en los casos de mucositis, vómitos y diarrea, cuando la anticoncepción oral (AO) o por vía vaginal pueden no ser posibles, o en una trombocitopenia grave, cuando la anticoncepción inyectable vía intramuscular está desaconsejada.^{10,11}

Los autores mencionan el estudio de Chang y col. que evaluó la extracción del dispositivo intrauterino de cobre antes del trasplante debido al posible riesgo de hemorragia. Sin embargo, algunos protocolos sugieren que se puede dejar *in situ* si se requiere anticoncepción, aunque se debe advertir a las pacientes que puede ser necesario un tratamiento adicional si se presenta sangrado uterino abundante (SUA).²

Como el SUA es frecuente durante el proceso del trasplante, la supresión menstrual es una alternativa segura.¹⁰ Las opciones incluyen anticonceptivos hormonales combinados (AHC), progestágenos solos (píldora, acetato de medroxiprogesterona de depósito, implante subdérmico y dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel [DIU-LNG]) y un agonista-antagonista de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRHa), por ejemplo, acetato de leuprolide.^{2,10}

Chang y col. describieron distintos protocolos en función del tiempo hasta el TCMH.² La superioridad del GnRHa sobre la AHC para el tratamiento del SUA o la disminución de la IOP aún no se ha demostrado en la bibliografía.^{2,10,12}

El acetato de leuprolide es el agente más común utilizado por los oncólogos pediátricos para lograr la supresión menstrual, seguido de los AHC, fundamentalmente en adolescentes con pubertad precoz y endometriosis.¹²

En los primeros 7 a 14 días de la primera inyección de GnRHa puede aumentar el sangrado por el efecto agonista inicial; por ello no se recomienda su indicación sola en las 2 semanas previas al tratamiento (si es menos de 2 semanas antes del tratamiento de acondicionamiento).² El sangrado inicial disminuye si se administra durante la fase lútea media o con la superposición de un anti-

conceptivo combinado o un progestágeno solo.² Las pacientes que opten por las inyecciones de medroxiprogesterona de depósito deben recibir asesoramiento sobre la mayor tasa de amenorrea con GnRHa en comparación con la vía inyectable.¹³ Cuando se usa, se recomienda un AO en dosis bajas con menos de 50 µg de etinilestradiol.¹² El uso de AHC se asocia con bajo incremento del riesgo de tromboembolismo venoso, y no está claro si existe un efecto aditivo en la población que recibe un TCMH.² En mujeres adultas que reciben un TCMH existe riesgo de presentar enfermedad venooclusiva, por lo que se debe coordinar la atención entre los equipos para garantizar que se elija el método más seguro. Los progestágenos por vía oral son seguros y se pueden ajustar para lograr la supresión menstrual.¹¹

Dentro de los criterios de elegibilidad de los CDC, se considera seguro el uso del DIU-LNG junto con la indicación de agentes inmunosupresores y puede continuarse durante el tiempo que lleve el trasplante. Sin embargo, no se debe indicar su colocación cercana al momento del trasplante por el riesgo de sangrado.⁹ El sangrado irregular que se presenta con el implante de etonogestrel podría limitar su indicación en este grupo etario. Si la adolescente está en amenorrea, se recomienda no volver a cambiarlo inmediatamente antes del trasplante. Muchos de los fármacos utilizados en el TCMH son teratogénicas; por ello, los oncólogos recomiendan postergar la búsqueda de embarazo al menos 2 años luego del trasplante.² Los autores consideran que los médicos deben estar prevenidos acerca del bajo nivel de uso de métodos anticonceptivos en los sobrevivientes al cáncer, del alto índice de embarazos no planificados y, por ende, de la posibilidad de acceso para la atención para un eventual aborto y actuar en consecuencia.^{6,15}

Preservación de la fertilidad

Se ha informado que más del 90% de las mujeres en edad reproductiva experimentan una insuficiencia ovárica como consecuencia de la radiación y la quimioterapia mieloablative previa al TCMH.

La edad mayor, el estado puberal, las altas dosis de radiación corporal total, equivalentes a una radiación ovárica directa de 10 Gy, o el uso de fármacos alquilantes citorreductores, como busul-

fán o ciclofosfamida, son factores que favorecen la IOP.¹⁶ Las jóvenes deben recibir información sobre la posibilidad de insuficiencia ovárica prematura e infertilidad posterior al trasplante.

La criopreservación de embriones u ovocitos maduros luego de la extracción de óvulos es de elección para la preservación de la fertilidad si la paciente púber mantiene su función ovárica. La criopreservación de tejido ovárico podría ser una opción viable en adolescentes que requieran tratamiento gonadotóxico inmediato cuando el tiempo no es suficiente para lograr una estimulación ovárica y la posterior recuperación del óvulo, y es la única opción en paciente prepúberes.^{17, 18}

ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRASPLANTE

Sangrado activo

En general, el sangrado irregular en pacientes con TCMH es causado por una trombocitopenia. Sin embargo, se deben descartar otras etiologías posibles, como embarazo, infecciones y patologías, como un pólipo, causas hormonales, como anovulación, y causas iatrogénicas, por ejemplo, el uso de anticoagulantes. Si se sospecha alguna patología pelviana, se solicita ecografía transabdominal o transvaginal. Los autores recomiendan tener protocolos institucionales de tratamiento; Sin embargo, en una encuesta realizada, solo el 32% de los oncólogos pediátricos refirieron tenerlos.¹² James y col., Boonyawat y col. y el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) presentaron guías para el tratamiento del SUA.^{11, 19, 20}

Los ACO se consideran la primera línea de tratamiento para el sangrado no esperado. Los progestágenos solos se utilizan en caso de existir contraindicaciones para el uso de estrógenos.² Para las jóvenes que ya reciben píldoras anticonceptivas por vía oral, es útil aumentar la dosis y, cuando cese el sangrado, reducirla gradualmente. No es recomendable la colocación del DIU-LNG durante una hemorragia aguda debido a una mayor tasa de expulsión.¹¹ El ácido tranexámico se utiliza de forma segura para reducir el sangrado no esperado, aunque debe evitarse en presencia de tromboembolia venosa aguda dentro de las 4 semanas o con antecedentes de reacciones adversas. El ácido tranexámico no es protrombótico, sino que su mecanismo de acción consiste

en prevenir la descomposición de los coágulos ya formados.

Existe una interacción teórica entre el ACO y el ácido tranexámico. El uso combinado solo se reserva para las pacientes en quienes la monoterapia ha fracasado.²¹

El control quirúrgico de las hemorragias no esperadas rara vez es necesario y solo en manos expertas. El acondicionamiento mieloablatoivo puede causar daño grave a la barrera mucosa, que se manifiesta principalmente como mucositis de la boca y el tracto gastrointestinal y, si está presente, puede afectar las opciones de tratamiento recomendadas para el SUA.²²

POSTERIOR AL TRASPLANTE

IOP

La IOP posterior al trasplante en una paciente pospuberal puede manifestarse como amenorrea secundaria, con síntomas clásicos como sofocos, o como un retraso puberal o amenorrea primaria. Los autores sugieren utilizar el consenso del Grupo de Trabajo de Terapia Auxiliar y Atención de Apoyo de los *National Institutes of Health* (NIH) de los EE. UU. (2006), que recomienda reevaluar los estadios de Tanner de niños y adolescentes cada 6 a 12 meses luego del TCMH.²³ El tratamiento del retraso puberal implica el inicio y la progresión gradual de la terapia con estrógenos seguida del uso adicional de terapia con progestágenos.²⁴ La terapia de mantenimiento incluye estrógenos y progestágenos combinados, de forma cíclica o continua. Para las niñas y adolescentes con retraso del crecimiento sumado al retraso puberal se considera la indicación de hormona de crecimiento antes de iniciar la terapia con estrógenos, ya que esta acelera el cierre de las epífisis y compromete la talla final.²⁴

El trabajo interdisciplinario con un endocrinólogo/a pediátrico familiarizado con las complicaciones del trasplante y la pubertad garantizará una atención de calidad.

El objetivo a largo plazo del tratamiento de la IOP es proporcionar dosis fisiológicas de estradiol para el alivio de los síntomas vasomotores y la salud ósea, cardiovascular, cerebral y sexual de la adolescente. La indicación terapéutica más frecuente es el estradiol por vía transdérmica u oral en dosis de 100 µg diarios y terapia progestágena cíclica o continua para prevenir la hiper-

plasia endometrial y el cáncer de endometrio por estrógeno sin oposición.²⁵ La vía oral aumenta la posibilidad de tromboembolismo en relación con el estradiol transdérmico debido al efecto de primer paso en el hígado.²⁵

Los ACO contienen dosis más altas de estrógeno que las necesarias para la terapia hormonal y no se recomiendan como terapia hormonal de primera línea. Sin embargo, pueden indicarse si la preocupación es el embarazo no planificado.²⁵

El uso de estriol transvaginal es una buena opción frente al malestar ocasionado por la sequedad vulvovaginal.

EICH

La EICH genital en mujeres puede afectar la vulva, la vagina o ambas; la enfermedad vulvar es la más común.^{26, 27}

La incidencia en pacientes pediátricas y adolescentes es desconocida, aunque se observa con poca frecuencia en niñas prepúberes.²³ Los autores hacen referencia a un informe de casos en la bibliografía pediátrica donde solo 2 adolescentes experimentaron estenosis vaginal posterior al trasplante de médula ósea.²⁸ La observación de la EICH genital en adolescentes podría no estar bien documentada debido a la falta de conciencia sobre la anatomía y los síntomas genitales normales o alterados, la vergüenza o renuencia a revelar los síntomas y que los profesionales de la salud no pregunten sobre preocupaciones o síntomas genitales.

Ante la sospecha de EICH vulvovaginal, la evaluación debe realizarla un especialista en vulva o un ginecólogo infantojuvenil.²³ Se ha informado que la EICH puede aparecer dentro de los 100 primeros días (aproximadamente, 22%) o luego.²⁹ En un estudio, en el 70% de las pacientes que presentaron EICH vulvovaginal, el tratamiento inmunosupresor se redujo en un plazo de 1 a 6 meses.²⁹ La presencia de EICH crónica bucal, ocular o gastrointestinal puede indicar que la EICH crónica del tracto genital es más probable.^{27, 30} La signo-sintomatología clínica incluye sequedad vulvovaginal, ardor, disuria, dolor vulvar, específicamente en el introito, lesiones vulvares, dispareunia profunda, acortamiento vaginal e incapacidad para completar el examen con espéculo.^{26, 29, 30}

En el examen vulvar se observa eritema y edema vulvar y de glándulas vestibulares, úlceras, fisuras,

placas de leucoqueratosis, adherencia de labios y capuchón del clítoris y estenosis vaginal.^{27, 29, 30}

Es recomendable una evaluación temprana y continua para todas las mujeres sometidas a un TCMH, para prevenir alteraciones sobre la función sexual, la menstruación y la calidad de vida.^{26, 29, 31} Los exámenes se realizan anualmente, acorde con la edad de la paciente y frente a la aparición de síntomas.²⁷ En las pacientes prepúberes es probable que el examen externo sea suficiente. Es de buena práctica considerar un enfoque gradual para el primer examen ginecológico, mediante el cual se asesora a la paciente sobre una evaluación externa y programar en una segunda instancia otra evaluación más completa, si fuera necesario.

Se comienza con una retracción labial suave para visualizar los labios mayores, menores, el clítoris y el capuchón del clítoris. Se usa un hisopo de algodón para tocar suavemente la vulva y las glándulas vestibulares para evaluar el dolor. El hisopo de algodón se humedece y coloca en la vagina para evaluar su longitud y el calibre. El tacto unidigital y el examen con espéculo pediátrico se reservan para las paredes vaginales y el cuello uterino, mientras que con tacto rectal se evalúa el hematocolpos si el examen bimanual no es posible.

Los autores recomiendan el uso de los criterios diagnósticos y de estadificación de la EICH genital actualizados de los NIH de los EE. UU. (Tablas 1 y 2).³⁰

La mayoría de las pacientes no requiere una biopsia para confirmar el diagnóstico, ya que los signos clínicos son suficientes.^{6, 30} En cambio, esta debe considerarse si no hay mejoría en los sínto-

Tabla 1. Criterios diagnósticos de enfermedad de injerto contra huésped genital³²

Formas clínicas similares al liquen plano
Liquen escleroso vulvar
Adherencia de labios vulvares
Cicatrices vulvares, estenosis vaginal
Erosiones
Fisuras
Úlceras

Tabla 2. Puntaje de gravedad de la enfermedad de injerto contra huésped genital³²

Puntaje	Signos del tracto genital
0	-
1	Signos leves (eritema en mucosa vulvar, liquen escleroso, examen no doloroso)
2	Signos moderados (cambios inflamatorios de la mucosa vulvar, fisuras, examen doloroso)
3	Acortamiento vaginal, sinequias, cambios escleróticos densos, estenosis vaginal completa con síntomas y sin ellos

mas con el tratamiento estándar o la EICH crónica no es diagnosticada previamente en otros sitios.²⁷

Frente a la sospecha de estenosis vaginal, la ecografía transabdominal, transvaginal o transperineal son útiles para evaluar el nivel de estenosis y posible hematocolpos.³² Se debe tener un alto nivel de sospecha de obstrucción y hematocolpos cuando hay empeoramiento del dolor abdominal en pacientes con función hormonal espontánea o aquellas que reciben hormonas para la pubertad tardía o tratamiento por IOP.²⁸ Para la EICH vulvovaginal es útil alternar el tratamiento con estrógenos locales y esteroides tópicos de alta potencia, como el clobetasol.^{6,27} La estenosis vaginal se trata con dilatadores vaginales junto con una combinación de emolientes, estrógenos locales y esteroides.³³ Las adherencias delgadas se tratan con dilatadores vaginales o lisis de adherencias luego de administrar anestesia.³¹ Se debe asesorar a las pacientes sobre la necesidad de dilatación para prevenir la recurrencia.³² Los casos que no respondan al tratamiento con dilatador deben remitirse a centros con experiencia, porque el tratamiento quirúrgico puede requerir injertos. La cirugía se retrasa hasta que la adolescente cumpla con los cuidados posoperatorios del dilatador o *stent*. El hematocolpos se trata con supresión menstrual.²⁸

La educación sobre el cuidado vulvar adecuado es muy importante. Existe una variedad de factores que pueden provocar irritación e infección vulvovaginal, incluso en ausencia de EICH: la falta de vello púbico protector, menor estrogenización de los tejidos y factores de comportamiento, como el uso frecuente de irritantes (baños de espuma, jabones, ropa ajustada, afeitado).³⁴

DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y VACUNACIÓN PARA HPV

Los autores sugieren consultar los consensos locales con respecto a la detección del cáncer de cuello uterino después del trasplante. El consenso de la ASCCP de los EE. UU. de 2019 recomienda que, para las pacientes con antecedentes de trasplante alogénico, la detección debe comenzar dentro del año del inicio sexual y continuar durante toda la vida de la paciente: anualmente durante 3 años, luego cada 3 años con citología sola hasta los 30 años y citología sola o con búsqueda de HPV cada 3 años luego de esa edad.⁴

Los títulos de anticuerpos contra enfermedades prevenibles por vacunación disminuyen durante los primeros 10 años posteriores al TCMH alogénico o autólogo si el receptor no ha sido revacunado. Por lo tanto, los receptores de trasplantes deben ser revacunados de rutina después del trasplante.^{6,35} No existen datos sobre el tiempo que se requiere, luego del TCMH, para que la vacunación contra el HPV induzca una respuesta inmune eficaz. Los autores señalan la recomendación del ACOG: un programa de 3 dosis para las personas inmunodeprimidas, incluso si son menores de 15 años.^{35,36}

CONCLUSIÓN

El TCMH es la alternativa terapéutica para tratar varias afecciones malignas y no malignas, crónicas y agudas. Los autores abordaron el TCMH y su efecto sobre la función ovárica, la fertilidad, la alteración en el sangrado, la EICH vulvovaginal y el asesoramiento necesario que las pacientes requieren sobre opciones anticonceptivas y salud sexual.

Un enfoque interdisciplinario entre los servicios de hematología, oncología y ginecología permitirá la orientación anticipada, el tratamiento de las afecciones ginecológicas agudas y el acompañamiento necesario a lo largo de todo el proceso terapéutico.

COMENTARIO FINAL

El TCMH o trasplante de médula ósea constituye la única opción terapéutica en muchas afecciones. Sin dudas, las patologías oncohematológicas son el grupo mayoritario.

El Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata es un centro de referencia provincial para

la realización de trasplantes autólogos y alogénicos. En nuestra práctica diaria es habitual el control de niñas y adolescentes que serán o han sido sometidas a un trasplante. Si bien la EICH vulvovaginal en estas edades no es frecuente, sí nos enfrentamos a los sangrados uterinos excesivos que a veces agravan el cuadro de aplasia medular producida por la quimioterapia. Suelen responder muy bien al uso de noretisterona por vía oral pero, en ocasiones, cuando el tratamiento es prolongado, el uso de dienogest por vía oral es una

alternativa interesante, ya que genera atrofia endometrial reversible que estabiliza en forma más eficaz el endometrio.

Para finalizar, más allá de todo tratamiento clínico a instituir, no debemos olvidar a la niña o adolescente que tenemos frente a nosotros, internada, lejos de su hogar, con miedos y adaptándose al hospital, que será su casa por semanas. El enfoque interdisciplinario y la disposición para con ella y su familia debe ser el eje de nuestra atención ginecológica.

Referencias

- Cupit M, Duncan C, Savani B, et al. Childhood to adult transition and long-term follow-up after blood and marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant* 51:176, 2016.
- Chang K, Merideth MA, Stratton P. Hormone use for therapeutic amenorrhea and contraception during hematopoietic cell transplantation. *Obstet Gynecol* 126(4):779-784, 2015.
- Stratton P, Turner ML, Childs R, et al. Vulvovaginal chronic graft-versus-host disease with allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Obstet Gynecol* 110:1041, 2007.
- Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis* 24:102, 2020.
- Murphy J, McKenna M, Abdelazim S, et al. A practical guide to gynecologic and reproductive health in women undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Biol Blood Marrow Transplant* 25:e331, 2019.
- Keyser EA, Berger-Chen SW. Gynecologic issues in children and adolescent cancer patients and survivors. *Obstet Gynecol* 132:E67, 2018.
- Issues facing women with Fanconi anemia: improved survival and new dilemmas [Chapter 6]. En: *Fanconi anemia: guidelines for diagnosis and management*. 4th ed. Eugene: Fanconi Anemia Research Fund; 2014 [Consultado 30 Sept 2020]. Disponible en: https://www.fanconi.org/images/uploads/other/Chapter_6_Guidelines_4th_Edition.pdf.
- Fridgen O, Sehovic I, Bowman ML, et al. Contraception: the need for expansion of counsel in adolescent and young adult (AYA) cancer care. *J Cancer Educ* 32:924, 2017.
- Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. US medical eligibility criteria for contraceptive use. *MMWR Recomm Rep* 65:1, 2016.
- Kirkham YA, Ornstein MP, Aggarwal A, et al. Menstrual suppression in special circumstances. *J Obstet Gynaecol Can* 36:915, 2014.
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Committee opinion no: 606: options for prevention and management of heavy menstrual bleeding in adolescent patients undergoing cancer treatment. *Obstet Gynecol* 124:397, 2014.
- Adegite EA, Goyal RK, Murray PJ, et al. The management of menstrual suppression and uterine bleeding: a survey of current practices in the Pediatric Blood and Marrow Transplant Consortium. *Pediatr Blood Cancer* 59:553, 2012.
- Meirow D, Rabinovici J, Katz D, et al. Prevention of severe menorrhagia in oncology patients with treatment-induced thrombocytopenia by luteinizing hormone-releasing hormone agonist and depo-medroxyprogesterone acetate. *Cancer* 107:1634, 2006.
- Canadian Contraception Consensus. Emergency contraception. Chapter 3. *J Obstet Gynaecol Can* 37, 2015.
- Dominick SA, McLean MR, Whitcomb BW, et al. Contraceptive practices among female cancer survivors of reproductive age. *Obstet Gynecol* 126:498, 2015.
- Shanis D, Merideth M, Pulanic TK, et al. Female long-term survivors after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: evaluation and management. *Semin Hematol* 49:83, 2012.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Ovarian tissue cryopreservation: a committee opinion. *Fertil Steril* 101:1237, 2014.
- Ladanyi C, Mor A, Christianson MS, et al. Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *J Assist Reprod Genet* 34:709, 2017.
- James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 158:124, 2011.
- Boonyawat K, O'Brien SH, Bates SM. How I treat heavy menstrual bleeding associated with anticoagulants. *Blood* 130:2603, 2017.
- Adeyemi-Fowode O, Simms-Cendan J. Screening and management of bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding. *Obstet Gynecol* 134:E71, 2019.
- Herbers A, De Haan A, van der Velden W, et al. Mucositis neutropenia determines bacteremia among hematopoietic stem cell transplant recipients. *Transpl Infect Dis* 16:279, 2014.
- Couriel D, Carpenter PA, Cutler C, et al. Ancillary therapy and supportive care of chronic graft-versus-host disease: National Institutes of Health consensus development project on criteria for clinical trials in chronic graft-versus-host disease: V. Ancillary Therapy and Supportive Care Working Group Report. *Biol Blood Marrow Transplant* 12:375, 2006.
- Emans SJ, Laufer MR. Emans, Laufer, Goldstein's pediatric and adolescent gynecology. Lippincott Williams & Wilkins, 2019
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Primary ovarian insufficiency in adolescents and young women. Committee Opinion No. 605. *Obstet Gynecol* 124:193, 2014.
- Chung CP, Sargent RE, Chung NT, et al. Graft-versus-host dis-

- ease associated vulvovaginal symptoms after bone marrow transplant. *Biol Blood Marrow Transplant* 22:378, 2016
27. Tirri BF, Häusermann P, Bertz H, et al. Clinical guidelines for gynecologic care after hematopoietic SCT. Report from the international consensus project on clinical practice in chronic GVHD. *Bone Marrow Transplant* 50:3, 2015.
 28. Michala L, Vlachopapadopoulou E, Tsimaris P, et al. Resolution of hematocolpos in adolescents affected with graft vs host disease. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 31:536, 2018.
 29. Spinelli S, Chiodi S, Costantini S, et al. Female genital tract graft-versus-host disease following allogeneic bone marrow transplant. *Haematologica* 88:1163, 2003.
 30. Jagasia MH, Greinix HT, Arora M, et al. National Institutes of Health consensus development project on criteria for clinical trials in chronic graft-versus-host disease: I. The 2014 diagnosis and staging working group report. *Biol Blood Marrow Transplant* 21:389, 2015.
 31. Skorupska K, Rechberger T, Wrobel A, et al. Long-term follow-up of sexual dysfunction in women following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Arch Sex Behav* 48:667, 2019.
 32. Costantini S, Chiodi S, Spinelli S, et al. Complete vaginal obstruction caused by chronic graft-versus-host disease after haematopoietic stem cell transplantation: diagnosis and treatment. *J Obstet Gynaecol* 24:591, 2004.
 33. Hundley AF, Magro C, Bartholomew D. Vaginal agglutination: chronic graft-versus-host disease mimics lichen planus. *J Low Genit Tract Dis* 15:71, 2011.
 34. Lawitschka A, Ball L, Peters C. Nonpharmacologic treatment of chronic graft-versus-host disease in children and adolescents. *Biol Blood Marrow Transplant* 18:S74, 2012.
 35. Ljungman P, Cordonnier C, Einsele H, et al. Vaccination of hematopoietic cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplant* 44:521, 2009.
 36. American College of Obstetricians and Gynecologists. Human papillomavirus vaccination. ACOG Committee opinion no. 704. *Obstet Gynecol* 129:e173, 2017.

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