



Facultad de Medicina
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



UBA
Universidad de Buenos Aires
Argentina virtus robur et studium

Departamento de Medicina Familiar

1. Profesor Dr. Battistella, Gabriel

Jefe de Departamento Medicina Familiar

2. Médico Adscripto al Dpto. de MF Dr. Tomasone, Andrés O.

JTP Departamento de Medicina

Familiar.

Salud Sexual Integral

Métodos anticonceptivos	1
Infecciones de transmisión genital.....	18
Cuidados prenatales	30
Interrupción voluntaria/legal del embarazo	38
Cáncer de cuello de útero	46
Cáncer de mama.....	56

Autoras: Dra. Bárbara Poggi; Dra. Marisa Carreras Cafora.

Métodos anticonceptivos (MAC):

Los métodos anticonceptivos (MAC) son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Todas las personas con capacidad de gestar tienen derecho a recibir información sobre métodos anticonceptivos si no tienen intención de embarazarse.

El preservativo a su vez cumple una doble función dado que evita el embarazo y previene las infecciones de transmisión sexual. Por lo que su uso está recomendado durante toda la vida reproductiva con este último fin.

Consejería en salud sexual y reproductiva:

La consejería en salud sexual y reproductiva es un modelo de atención que parte del saber que tienen las personas, permitiendo la construcción de saberes sobre temas relacionados con la salud sexual.

Las consejerías deben brindar información centrada en la persona que acompañen la toma de decisión de manera autónoma. La información comprende, cómo funcionan los métodos, cuál es su eficacia, sus efectos secundarios, prevención de ITS y promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Durante la consejería es fundamental establecer una comunicación empática, habilitar que las personas puedan expresar sus dudas, utilizar términos adecuados, comprensibles para lo cual puede ser útil valerse de materiales didácticos, en formatos accesibles para todas las personas. También es importante considerar la posibilidad de situaciones de violencia basada en género y no presuponer que la persona que consulta es heterosexual.

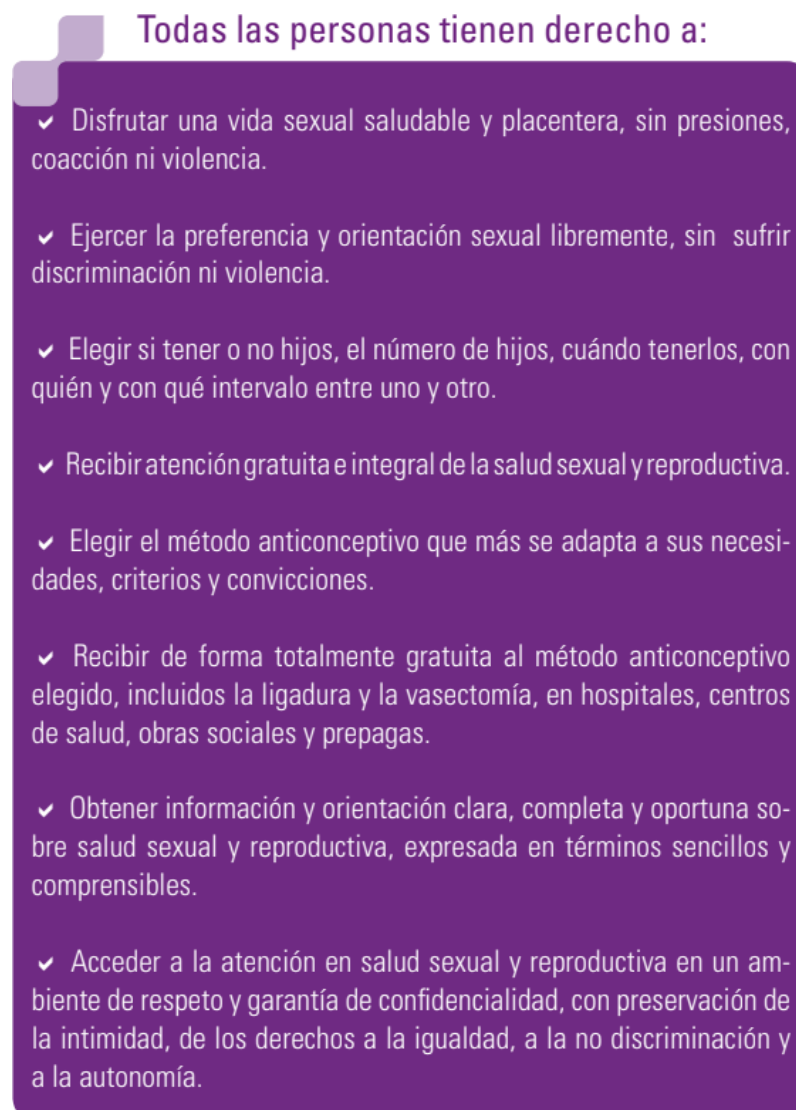
Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos como derechos humanos básicos, se encuentran garantizados por la Constitución Nacional y es responsabilidad del estado a través de sus instituciones (por ejemplo servicios de salud) garantizar su cumplimiento. Lo/as profesionales de la salud tenemos una responsabilidad fundamental en garantizar el cumplimiento de estos derechos.

Los derechos sexuales involucran la capacidad de disfrutar de la elección libre de una vida sexual satisfactoria, sin violencia ni discriminación.

Los derechos reproductivos son aquellos que involucran la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación de tener o no tener hijos/as, con quién, cuántos/as tener y el tiempo entre los nacimientos para lo que se debe garantizar el acceso a la información y a los medios adecuados.

Figura N° 1: Derechos sexuales y reproductivos



Fuente: "Leyes que reconocen tus derechos. Derechos sexuales y derechos reproductivos". (2013). disponible en: [//bancos.salud.gob.ar/recurso/leyes-que-reconocen-tus-derechos-0](http://bancos.salud.gob.ar/recurso/leyes-que-reconocen-tus-derechos-0)

Clasificación de los MACs:

Los MACs pueden clasificarse, según diferentes criterios, como mecanismo de acción, duración y recuperación de la fertilidad luego de su uso.

1) Según su mecanismo de acción:

- Anticonceptivos de barrera

- Preservativo peneano.
- Preservativo vaginal.
- Diafragma.

- Anticonceptivos hormonales

Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamohipófisis-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides

Según composición:

- Anticonceptivos hormonales combinados: compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona
- Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos: compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno

Según su mecanismo anticonceptivo:

- Anovulatorios: inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
- NO Anovulatorios: actúan produciendo cambios en el moco cervical.

Según la vía de administración:

- Orales
- Inyectables
- Dérmicos
- Subdérmicos
- Vaginales
- Intrauterinos

-Métodos intrauterinos

Dispositivos que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales

- Dispositivo intrauterino con cobre (DIU Cu).
- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU levonorgestrel).

-Anticoncepción Quirúrgica

Son los únicos métodos prácticamente irreversibles.

- Ligadura de las Trompas uterinas.
- Vasectomía.

-Anticonceptivos Químicos

Actúan como espermicidas.

- Cremas / Jaleas / Tabletas / Óvulos
- Esponjas

2) Según su recuperación de la fertilidad luego de su uso:

- Reversibles
- Irreversibles

3) Según su duración:

- Métodos de larga duración
- Métodos de corta duración

Tabla N° 1 : Clasificación de métodos anticonceptivos

C l a s i f i c a c i ó n M A C	Mecanismo de acción	Anticonceptivos de barrera	Preservativo peneano Preservativo vaginal Diafragma	
		Anticonceptivos hormonales	Según composición	Anticonceptivos hormonales combinados
				Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos
			Según su mecanismo anticonceptivo	Anovulatorios
				No Anovulatorios
			Según la vía de administración	Orales
				Inyectables
				Dérmicos
				Subdérmicos
				Vaginales
				Intrauterinos
	Recuperación de la fertilidad luego de su uso	Intrauterinos	DIU cobre DIU levonorgestrel	
		Quirúrgicos	Ligadura de Trompas uterinas Vasectomía	
		Químicos	Cremas, Jaleas, Tabletas, Óvulos y Esponjas	
		Reversibles	ACO, inyectables, implante, DIU, Preservativo	
	Duración	Irreversibles	Ligadura de Trompas uterinas Vasectomía	
		Métodos de larga duración	DIU cobre DIU levonorgestrel Implante subdérmico	
		Métodos de corta duración	ACO, inyectables, Preservativo, químicos	

Fuente: elaboración propia en base a: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Tabla Nº 2 :Características de los métodos anticonceptivos

MAC	Recuperación fertilidad luego	Duración	Componente
Dispositivo intrauterino (DIU)	Reversible	Larga	No hormonal
Implante hormonal subdérmico (etonorgestrel)	Reversible	Larga	Hormonal (Solo progestágeno)
Anticonceptivo inyectable sólo progestágeno	Reversible	Corta	Hormonal (Solo progestágeno)
Anticonceptivo combinado inyectable	Reversible	Corta	Hormonal (Estrógeno + Progestágeno)
Anticonceptivos orales combinados	Reversible	Corta	Hormonal (Estrógeno + Progestágeno)
Anticonceptivo oral solo progestágeno (Levonorgestrel)	Reversible	Corta	Hormonal (Solo progestágeno)
DIU con progestágeno (Levonorgestrel)	Reversible	Larga	Hormonal (solo progestágeno)
Ligadura tubaria	Irreversible	Larga	Quirúrgico
Vasectomía	Irreversible	Corta	Quirúrgico
Preservativo peneano - Preservativo vaginal - Diafragma	Reversible	Corta	Barrera

Fuente: elaboración propia en base a:Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Eficacia y efectividad de los MACs:

- La eficacia de un MAC se refiere a la probabilidad de que se produzca un embarazo utilizándolo de manera correcta (uso correcto).
- La efectividad es la probabilidad de que se produzca embarazo independientemente de la forma de uso (uso habitual).

Figura N° 2: Eficacia anticonceptiva de los MAC. Uso habitual, uso correcto y continuidad en el uso.

Método anticonceptivo	% de mujeres que tienen un embarazo no intencional durante el primer año de uso ^a		% de mujeres que continúan el uso al año ^c
	Uso típico ^a	Uso perfecto ^b	
Preservativo			
vaginal	21	5	41
peneano	18	2	42
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Parche	9	0,3	67
Anillo vaginal	9	0,3	67
Diafragma	12	6	57
Anticonceptivos intrauterinos			
T con cobre	0,8	0,6	78
levonorgestrel	0,2	0,2	82
Inyectable combinado**	3	0,05	56
Inyectable Sólo de Progestágeno (AMPD)	6	0,2	56
Implante subdérmico	0,05	0,05	84
Ligadura tubaria	0,5	0,5	100
Vasectomía	0,15	0,1	100
Métodos químicos	28	18	42
Método de la Lactancia Amenorrea***	0,9	2	
Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad	24	0,4 - 5 ****	47

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad de la OMS son recomendaciones basadas en evidencia científica que permiten establecer mediante preguntas si la mujer presenta alguna condición (clínica o se encuentra en alguna situación particular) que no le permita utilizar algún MAC. Las situaciones que determinan la elegibilidad de cada MAC se clasifican en categorías:

- 1: Puede usar el método en cualquier circunstancia. No hay restricciones.
- 2: Puede usar el método y eventualmente necesitar algún seguimiento.

- 3: Habitualmente no es recomendable el método, excepto que no se disponga de otros métodos más apropiados o aceptables.
- 4: NO debe usarse el método.

Elección del MAC

En primer lugar se deberá cotejar que la persona no se encuentre embarazada.

Se puede descartar que una persona con capacidad de gestar no está embarazada si ⁽¹⁾:

- *Refiere menstruar normalmente y en fecha y/o estar utilizando de modo correcto un método anticonceptivo*
- *Refiere no haber tenido relaciones sexuales desde la última menstruación*
- *Se encuentra en los primeros 7 días del ciclo contados desde el inicio de una menstruación normal;*
- *Tuvo un aborto en los últimos 7 días o tuvo un parto en las últimas 4 semanas y refiere no haber tenido relaciones sexuales vaginales.*

Si no puede descartarse un embarazo por las preguntas sobre los puntos anteriores, se recomienda realizar una prueba de embarazo.

En segundo lugar, se deberá establecer si la persona presenta alguna contraindicación para los MACs disponibles, a través de las siguientes preguntas:

- 1- *¿Qué edad tiene?*
- 2- *¿Fuma?*
- 3- *¿Tuvo un parto en los últimos 6 meses y/o está amamantando?*
- 4- *¿Tiene usted antecedentes de algún problema de salud?*
- 5- *¿Toma usted alguna medicación?*

¹ Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, Ministerio de Salud GCBA. Guía para la provisión de métodos anticonceptivos en el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires. febrero 2021

Figura N° 3: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad							
	Desde la menarca a los 18 años	1	1	1	2	1	2	2
	Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1	1 ⁱ	1 ⁱ
	Desde los 40 años y más	2	2	1	1/2 ⁱ	1	1	1
	Nulíparas							
		1	1	1	1	1	2	2
	Lactancia							
	Hasta 6 semanas post parto	4	4	2	3 ⁱⁱ	2	*	*
	6 semanas hasta 6 meses post parto	3	3	1	1	1	*	*
	6 meses post parto a más	2	2	1	1	1	*	*
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Post parto (no amamantando)							
	Menor a 21 días	3/4 ^{iv}	3/4 ^{iv}	1	1	1	*	*
	Entre 21 días y 42 días	2/3 ⁱ	2/3 ⁱ	1	1	1	*	*
	Mayor a 42 días	1	1	1	1	1	*	*
	Menor a 48 hs	**	**	**	**	**	1	1/2 ^{vi}
	Entre 48 hs y 4 semanas	**	**	**	**	**	3	3
	Mayor a 4 semanas	**	**	**	**	**	1	1
	Sepsis Puerperal	**	**	**	**	**	4	4
	Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1
	Segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	2
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Post aborto							
	Inmediatamente después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	4	4
	Várices	1	1	1	1	1	1	1
	Trombosis venosa superficial	2	2	1	1	1	1	1
	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1	1	1
	Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cigarrillos día	3	2	1	1	1	1	1
	Edad mayor o igual a 35 años y consume MAS de 15 cigarrillos día.	4	3	1	1	1	1	1
	Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m2)	2	2	1	1	1	1	1

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Figura Nº 3: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos (continuación)

	ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT, HTA, obesidad, dislipemia, etc.)	3/4 ^{III}	3/4 ^{III}	2	3	2	1	2
Hipertensión	Historia de presión alta donde no se puede evaluar la tensión arterial	3	2	2	2	1	2
	Antecedentes de HTA con presión controlada y se puede evaluar	3	1	2	1	1	1
	Máxima entre 140 y 159, Mínima entre 90 y 99	3	1	2	1	1	1
	Máxima mayor de 160 y/o Mínima mayor de 100	4	2	3	2	1	2
	Antecedente de HTA durante el embarazo con TA actual normal	2	1	1	1	1	1
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	4	4	2	2	1	2
	Aguda	4	4	3	3	1	3
	Con tratamiento anticoagulante	4	4	2	2	1	2
	Cirugía mayor inmovilización prolongada	4 ^{III}	2	2	2	1	2
	Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1
Mutaciones trombotógicas conocidas (factor V de Leiden, mutación del gen de la protrombina, deficiencia de proteína S, antitrombina, etc.)	4	4	2	2	2	1	2
	Cardiopatía isquémica o ACV (actuales o antecedentes)	4	4	1/2/C.3	3	1	1/2/C.3
	Dislipidemia diagnosticada sin otro factor de riesgo cardiovascular ^{IX}	2	2	2	2	1	2

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Figura N° 3: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos (continuación)

		ACO	ACI	ACPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU/LNG
3. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS	Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1
		Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1
	Diabetes	Sin enfermedad vascular y NO insulino dependiente	2	2	2	2	1	2
		Sin enfermedad vascular e insulino dependiente	2	2	2	2	1	2
		Neuropatía/ retinopatía/ nefropatía	3/4*	2	3	2	1	2
		Otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución	3/4*	2	3	2	1	2
4. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	Epilepsia (ver interacciones medicamentosas)		1	1	1	1	1	1
		No migrañosas	1/1/2	1	1	1	1	1
	Cefaleas ^{vi}	Migraña sin aura en menores de 35 años	1/2/3	1/2	2	2	1	2
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	1/3/4	1/2	2	2	1	2
		Migraña con aura	4	4	1/2/3	1/2/3	1	1:2/3

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Figura Nº 3: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos (continuación)

		ACO	ACI	ADPS	ANPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Miomas uterinos	1	1	1	1	1	1/4 ^{III}	1/4 ^{III}
	Cáncer de mama	4/3 ^{III}	4/3 ^{III}	4/3 ^{III}	4/3 ^{III}	4/3 ^{III}	1	4/3 ^{III}
	Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1	1	1
	Cánceres	2	2	1	2	2	1/4/C:2	1/4/C:2
	Cáncer cervicouterino (Diagnosticado)	1	1	1	1	1	1/3/C:2	1/3/C:2
	Cáncer de ovario	2 ^{III}	2	1	2 ^{III}	2	1	2 ^{III}
	Neoplasia intraepitelial cervical							
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluación)	2	2	2	3	3	1/4/C:2	1/4/C:2
	Enfermedad inflamatoria pélvica	1	1	1	1	1	1/4/C:2 ^{III}	1/4/C:2 ^{III}
	Actual	1	1	1	1	1	1/2 ^{III}	1/2 ^{III}
	Pasada	1	1	1	1	1	1/4/C:2	1/4/C:2
	Gonoreas y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	1	1	1	1
	Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	1	2	2
	Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	1	1/2 ^{III} C:2	1/2 ^{III} C:2
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	1	1	1	1	1	1	1
	Infección por VIH estadio 1 o 2	1	1	1	1	1	1/3/C:2	1/3/C:2
	Infección por VIH estadio 3 o 4	2	2	2	2	2	1	2
	Hiperplasia nodular focal	4	3	3	3	3	1	3
	Adenoma hepatocelular	4	3/4	3	3	3	1	3
	Tumor hepático benigno							
	Tumor hepático maligno	4	3/4	3	3	3	1	3
	Hepatitis aguda o exacerbación	1/3/4 ^{III} /C:2	1/3/C:2	1	1	1	1	1
	Hepatitis viral	1	1	1	1	1	1	1
	Portadora de hepatitis viral o hepatitis crónica	1	1	1	1	1	1	1
Cirrosis	Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1
	Grave (descompensada)	4	3	3	3	3	1	3
	Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1	1	1
Antecedente de colestasis	Relacionada con los anticonceptivos orales	3	2	2	2	2	1	2

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Figura N° 3: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos (continuación)

		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LING
7. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	Antibióticos	Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1
		Rifampicina o Rifabutina	3 ^{ox}	3 ^{ox}	1	2 ^{ox}	1	1
	Antifúngicos / antiparasitarios		1	1	1	1	1	1
		Fentona, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona, Topiramato	3 ^{ox}	3 ^{ox}	1	2 ^{ox}	1	1
	Anticonvulsivantes	Lamotrigina	3 ^{ox}	3	1	1	1	1
		Inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	1	1
	Antirretrovirales***	Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa	1/2 ^{ox}	1/2 ^{ox}	1	1/2 ^{ox}	1	1
		Inhibidores de la proteasa reforzado con Ritonavir	2 ^{ox}	2 ^{ox}	1	2 ^{ox}	1	1
		Inhibidores de la integrasa (Raltegravir)	1	1	1	1	1	1

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Recomendación acerca la solicitud de estudios complementarios para inicio de MAC:

Para el caso de los métodos hormonales combinados se recomienda la toma de la tensión arterial.

Para la colocación de DIU el examen ginecológico (especuloscopia y tacto bimanual). Sin embargo, en la práctica cotidiana es frecuente la solicitud de exámenes complementarios (Laboratorio, Ecografía, PAP, etc) previo a la prescripción, en ningún caso resultan necesarios según la evidencia científica actual disponible

- Categoría A: esencial y obligatoria en todas las circunstancias para un uso seguro y efectivo.
- Categoría B: contribuye sustancialmente para un uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada según el contexto. Se debe realizar una valoración costo-beneficio.
- Categoría C: puede ser apropiado como prevención del cuidado de la salud pero no contribuye sustancialmente para el uso seguro y efectivo del método.

Figura N° 4: Resumen de prácticas y nivel de recomendación para el inicio de MAC

Método anticonceptivo	Anticonceptivos hormonales combinados	Anticonceptivos orales sólo de progestágenos	AMPD	Implante	DIU-Lng	DIU-Cu	Métodos de barrera
Examen ginecológico	C	C	C	C	A	A	C
Examen mamario	C	C	C	C	C	C	C
Citología cervical - colposcopia	C	C	C	C	C	C	C
Laboratorio de rutina	C	C	C	C	C	C	C
Pesquisa de ITS	C	C	C	C	B	B	C
Tensión arterial	+	+	+	+	+	C	C
Consejería	A	A	A	A	A	A	A

+ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el método. Sin embargo, en algunas circunstancias, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. *Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.*

Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

La AHE es un método hormonal de progestágeno (levonorgestrel) para ser utilizado en forma posterior a una relación sexual sin protección o ante una falla del método anticonceptivo. Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo, es por eso que se llama anticoncepción de emergencia. Es efectiva, segura y simple de usar.

No es necesario realizar examen físico ni análisis de laboratorio previamente.

Debe estar disponible durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento de salud y puede ser entregada por todo el personal sin ningún requerimiento ante la demanda, sin distinción de género o edad.

Se puede administrar como: Levonorgestrel de 1,5 mg en una dosis única. Es ser la forma de administración más eficaz, ya que disminuye el riesgo de olvido y tiene menos efectos secundarios. Otra opción es Levonorgestrel de 0,75 mg en dos dosis (un comprimido cada 12 horas o los dos comprimidos juntos).

La eficacia depende del momento de la toma, luego de las 12 hs de la relación sexual la eficacia es del 95% y disminuye 58% luego de las 48 a 72 hs. Es posible tomarla hasta 5 días después de la relación no protegida

Bibliografía:

- Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, Maria José; Precci, Estefania; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando. Salud de la pareja y de la mujer. Cátedra Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UBA. CABA. (s.f.)
- Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, Ministerio de Salud GCBA. Guía para la provisión de métodos anticonceptivos en el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires. febrero 2021
- Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Anexo 1:

Figura N° 4: Resumen de características Métodos anticonceptivos

	Preservativo	Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)	Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos anovulatorios (Desogestrel)	Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos no anovulatorios (levonorgestrel/linestrol)	Anticonceptivos combinados mensuales (ACI)
Principal mecanismo de acción	Impide el encuentro de óvulos con espermatozoides	Anovulación	Anovulación	Alteración del moco cervical.	Anovulación.
Cómo se utiliza	Se coloca en el pene erecto antes del coito.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Inyección intramuscular profunda en codo, parte superior del brazo o nalga.
Frecuencia de uso	En cada práctica sexual.	Todos los días a la misma hora. En las presentaciones de 21 comprimidos, se hace una semana de no tomar antes de comenzar el siguiente blíster.	Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísteres.	Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísteres.	Mensual. Inyección en la misma fecha calendarizando mismo número de día cada mes.
Eficacia	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Alta. Menos dependiente de la dosis, a menos que los MAC de toma diaria.
Tiempo para que sea efectivo	Inmediatamente.	7 días de adecuada toma de comprimidos con hormonas. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	7 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	2 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	7 días de aplicación. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.
Margen de seguridad de la toma/ aplicación	(no corresponde)	24 horas	12 horas.	Bajo: solo 3 horas. Enfatizar la importancia de tomarla en horario.	Puede aplicarse hasta 7 días antes o después de la fecha exacta (3 días de margen es de mayor cubierto).
Prácticas a realizar con nivel de recomendación A antes de iniciar el método	Consejería.	Consejería y control de tensión arterial	Consejería y control de la tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Consejería y control de tensión arterial.
Patrones de sangrado	No los cambia.	El sangrado coincide con la semana de no toma (blister de 21 o de 28 de comprimidos sin hormonas) (blister de 28) y es más escaso. Puede existir sangrado irregular los primeros meses.	Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea.	Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea.	Al principio puede haber sangrado irregular. Luego el sangrado se regulariza. Puede generar amenorrea.
Privacidad	Requiere adherencia de los integrantes de la relación sexual.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos de su uso.
Uso durante la lactancia	Se puede usar sin problema.	No se recomienda durante el período de lactancia.	Se pueden usar sin problemas.	Se pueden usar sin problemas.	No se recomienda durante el período de lactancia.
Uso ante contraindicación de estrógenos	Se puede usar sin problema.	No usar.	En general, se pueden usar.	En general, se pueden usar.	No usar.
Recuperación de la fertilidad	(no corresponde)	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.
Protección contra ITS	Alta	Ninguna	Ninguna	Ninguna.	Ninguna.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Figura N° 4: Resumen de características Métodos anticonceptivos (continuación)

Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno (AIMP)	DIU de cobre	DIU LNG	Implante	Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)
Anovulación. Inyección intramuscular profunda en cadera, parte superior de brazo o nalgas.	Reacción inflamatoria estéril local que es tóxica sobre los espermatozoides. Dispositivo que se coloca dentro del útero.	Atracción del moco cervical y alteración del endometrio. Dispositivo que se coloca dentro del útero.	Anovulación y atracción del endometrio. Varilla que se coloca debajo de la piel de la parte superior e interna del brazo.	Anovulación en un alto porcentaje. Pastilla/s que se toma/h vía oral.
Trimestral. Cada 90 días o 13 semanas.	Luego de colocado dura hasta 10 años, según el modelo.	Luego de colocado dura 5 años.	Luego de colocado dura 3 años.	Cada vez, luego de la relación sexual con penetración pene-vagina en que no se usó método o falló.
Alta. Menos dependiente de la persona usuaria que otros MAC de toma diaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Es más efectiva cuanto antes se tome dentro de las primeras 12 horas después de la relación sexual tiene 95% de eficacia.
7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día de la fecha indicada (para mejor cuidado no pasarse de 2 semanas).	Inmediatamente luego de colocado. Se recomienda método de respaldo hasta control de que está en posición.	7 días de colocado. Se recomienda método de respaldo por 7 días y hasta que se controle que está en posición.	7 días de colocado. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del día del.	Serve para esa situación. No es efectiva como método habitual.
Puede durar hasta 2 semanas antes o 4 días después de la fecha indicada (para mejor cuidado no pasarse de 2 semanas).	(no corresponde)	(no corresponde)	(no corresponde)	Puede tomarse hasta al 5° día sin embargo su efectividad va disminuyendo con los días.
Consejería y control de tensión arterial	Consejería y examen ginecológico.	Consejería, examen ginecológico y control de la tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Facilitar el acceso inmediato, sin turno ni otros requisitos.
Irregularidades del sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente.	Puede causar menstruaciones más abundantes y prolongadas. También sangrado irregular y más dolor durante la menstruación.	Irregularidades en el sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente.	Irregularidades en el sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente o irregular.	Puede modificar el sangrado menstrual, adelantándolo o retrasándolo una semana.
No existen signos físicos de su uso.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	No existen signos físicos de uso.
Se puede usar sin problema. No es de primera elección antes de las 6 semanas post parto.	Se puede usar sin problema. Colocación post parto < a 48 hs o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar sin problema. Colocación post parto < a 48 hs o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar sin problema.	Se puede usar sin problema.
En general, se pueden usar.	Se puede usar.	Se puede usar.	En general, se puede usar.	Se puede usar.
Puede haber una demora.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Rápidamente al retirar el implante.	Solo protege o disminuye la posibilidad de embarazo en esa relación sexual sin protección o en la que el método falló.
Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina. Actualización 2023.

Infecciones de transmisión genital (ITG)

Abordaje:

Anamnesis

En la anamnesis dirigida se debe preguntar:

- Evidenciar prácticas sexuales, parejas sexuales, métodos de barrera para el cuidado.
- Evidenciar métodos anticonceptivos para prevención de embarazo no deseado.
- Antecedentes personales de infecciones de transmisión genital.
- Signos y síntomas presentes.

Síntomas y tratamiento:

Flujo vaginal

Entidad	Signos y síntomas	Tratamiento	Parejas sexuales
Vulvovaginitis candidiasica	Flujo grumoso/leche cortada Inflamación vulvar (edema/eritema/escoriaciones) Prurito		No requiere tratamiento
Vaginosis bacteriana	Flujo maloliente que puede ser abundante y con alteración de su color Prurito/disuria	Metronidazol ovulos (500mg/día por 7 días) o vía oral (500mg cada 12hs por 7 días)	No requiere tratamiento
Tricomoniasis	Flujo maloliente que puede ser abundante y con alteración de su	Metronidazol 2g vía oral (única dosis)	Requiere tratamiento

	color Prurito/disuria		
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Alteración del flujo (purulento, proveniente de orificio cervical externo) Dolor abdominal bajo Dolor lumbar Dolor a la palpación del cuello uterino Dispareunia Fiebre Vómitos	Se inicia tratamiento ante dolor abdominal bajo + -Dolor a la palpación de cuello ó dolor a la palpación de útero ó dolor a la palpación de anexos. Ceftriaxona + Doxiciclina + Metronidazol ó Azitromicina + Metronidazol*	Requiere tratamiento
Cervicitis por gonococo/clamidia	Alteración del flujo Sangrado intermenstrual o con relaciones sexuales Secreción purulenta de orificio cervical externo	Ceftriaxona + Azitromicina/Doxiciclina**	Requiere tratamiento

*Dosis: Ceftriaxona 500mg intramuscular única dosis + Doxiciclina 100mg cada 12hs vía oral por 14 días + Metronidazol 500mg cada 12hs vía oral por 14 días ó:
Azitromicina 500mg/día vía oral por 7 días + Metronidazol 500mg cada 8hs vía oral por 14 días.

**Dosis: Ceftriaxona 250mg intramuscular única dosis - Azitromicina 1g vía oral única dosis - Doxiciclina 100mg cada 12hs vía oral por 7 días.

Secreción uretral

La secreción uretral purulenta suele estar presente en las uretritis, que además se caracterizan por presentar disuria y/o prurito.

Podemos dividir a las uretritis infecciosas en dos grupos:

- Uretritis gonococcicas
- Uretritis no gonococcicas

Se realiza hisopado de secreción uretral para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, se realiza tratamiento antibiótico empírico, ya que se prioriza prevenir las consecuencias de las infecciones por *Gonococo* y *Clamidia*.

Tratamiento: Ceftriaxona (250mg intramuscular única dosis) + Azitromicina (1g vía oral única dosis).

Iniciar tratamiento para parejas sexuales que hayan tenido contacto en los últimos 30 días (60 si la persona es asintomática).

Bubón inguinal

Se caracteriza por la presencia de ganglios linfáticos inflamados, que pueden ser dolorosos y fluctuantes.

Dentro de los diagnósticos diferenciales encontramos algunos que no son ITG (infecciones presentes en miembros inferiores por ejemplo) y dentro de las ITG: linfogranuloma venéreo y el chancroide.

El linfogranuloma venéreo se caracteriza por la presencia del bubón inguinal asociado a una úlcera en el sitio de infección (aunque puede no estar al momento de la consulta). Si el sitio de infección es rectal, puede generar proctocolitis. Es producida por *clamidia trachomatis*.

El chancroide es producido por *Haemophilus ducreyi* y se caracteriza por presentar úlcera genital dolorosa asociada a adenopatía supurativa. Si bien existen estudios complementarios para realizar, en la práctica al ser limitados, se procede a indicar tratamiento antibiótico empírico.

El tratamiento debe cubrir a ambos gérmenes.

Ceftriaxona 250mg intramuscular única dosis + Doxiciclina 100mg cada 12hs vía oral por 21 días.

Úlceras genitales

Los diagnósticos diferenciales son:

- Chancroide (ver en apartado de ***Bubón inguinal***)
- Herpes genital
- Sífilis

Sífilis

La *sífilis* es producida por una bacteria (*Treponema palidum*) y la misma tiene diferentes etapas.

→ Sífilis temprana (dentro del primer año)

Sífilis primaria: Chancro (indoloro, unico y desaparece en pocas semanas) en sitio de inoculacion pudiendo estar acompañado de adenomegalias.

Sífilis secundaria: Lesiones cutaneo mucosas que aparecen en el 3er-6to mes desde aparicion de chancro. Puede estar acompañado de adenomegalias.

Latencia temprana: Periodo asintomatico sin erradicacion de la bacteria. Se detecta por pruebas serologicas.

→ Sífilis tardia (luego del primer año)

Latencia tardía: Periodo asintomatico sin erradicacion de la bacteria. Se detecta por pruebas serologicas.

Sífilis terciaria: Se caracteriza por presencia de manigestaciones cardiologicas, neurologicas (oftalmicas, auditivas, motoras) o gomas sifiliticos.

El diagnóstico se realiza a traves del laboratorio con:

- Pruebas no treponemicas s (VDRL, USR, RPR) → Muy sensibles, poco especificas (pueden generar falsos positivos). Se utilizan para seguimiento ya que varían en cantidad. VDRL se positiviza luego de 2 semanas de infeccion.
- Pruebas treponemicas s (TP-PA, MHA-TP, FTA-abs) → Muy específicas, se utilizan para confirmación, no pueden ser utilizadas para seguimiento ya que no negativizan ni varían en cantidad luego de infección y tratamiento.

Pruebas no treponémicas	Pruebas treponémicas	Diagnóstico
Reactiva	Reactiva	Sífilis actual o pasada
Reactiva	No Reactiva	Inespecífico (otras patologías)
No Reactiva	Reactiva	Sífilis tratada, sífilis primaria muy reciente, sífilis tardía o reacción de prozona en sífilis secundaria
No Reactiva	No Reactiva	Ausencia de infección o periodo de incubación de sífilis

Las personas que presentan serología positiva para sífilis (anticuerpos no específicos como VDRL) pero no muestran evidencia alguna de enfermedad primaria, secundaria, o terciaria, se encuentran en una etapa latente (asintomática) de la enfermedad.

Los cuadros de sífilis latente adquiridos durante el año previo al diagnóstico se denominan como sífilis latente temprana. Estas personas presentaron durante los 12 meses previos al diagnóstico al menos una de las siguientes situaciones:

- Síntomas inequívocos de sífilis primaria o secundaria.
 - Seroconversión documentada.
 - Incremento en dos diluciones el título de VDRL, en personas que habían sido tratadas correctamente (cursan una reinfección).
 - Exposición a un caso infeccioso de sífilis temprana, secundaria o latente temprana.
- Una única exposición posible durante los 12 meses anteriores.

Aquellas personas que presentan un cuadro de sífilis latente, y que manifiestan algunas de las situaciones del cuadro anterior hace más de 12 meses, cursan una etapa latente tardía de la enfermedad.

Cuando no existen síntomas ni signos de infección, ni información suficiente para determinar el momento en el cual se contrajo la infección, se considera que el paciente cursa una infección latente de duración desconocida.

A todas aquellas personas que cursan una etapa latente (asintomática) de la enfermedad hay que realizar una historia clínica y examen físico cuidadoso, para evaluar lesiones que puedan pasar desapercibidas y que nos ubiquen en otros estadios de la enfermedad. Dicho examen debe incluir muy especialmente todas aquellas superficies mucosas accesibles (cavidad oral, área perianal, perineo, vagina, glánde, prepucio, y debajo del mismo en pacientes no circuncidados).

Tratamiento:

Sífilis primaria, secundaria y latente temprana → Penicilina G Benzatinica 2.400.000 UI Intramuscular única dosis.

Alternativa: Doxiciclina 100mg cada 12hs vía oral por 14 días.

Sífilis latente tardía o duración desconocida → Penicilina G Benzatinica 2.400.00 UI intramuscular 3 dosis, separadas cada una por 1 semana.

Alternativa: Doxiciclina 100mg cada 12hs por 30 días.

Neurosífilis : Penicilina G cristalina de 3.000.000 a 4.000.000UI vía endovenosa cada 4hs por 10 a 14 días.

Tratamiento en embarazo: Penicilina G Benzatinica 2.400.000 UI intramuscular 3 dosis cada 7 días. Indicar la primera dosis de penicilina mientras se espera el resultado de la prueba confirmatoria. Si la confirmación no estuviera disponible se realizará el tratamiento completo con 3 dosis. Es necesario recordar que si se interrumpe el tratamiento por más de una semana, cuando no se cumple con una dosis semanal, se debe recomenzar el tratamiento y aplicar una vez por semana el número total de dosis correspondientes.

Seguimiento:

Se deben realizar controles con VDRL cuantitativa a los 3, 6 y 12 meses posteriores al tratamiento, continuando con los testeos hasta documentar la negativización de la prueba a los 24 y 36 meses. En personas embarazadas estos controles deben ser mensuales.

Estrategia test Dúo (VIH-Sífilis)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 12 millones de nuevas infecciones por sífilis ocurren cada año y que más de 500.000 se transmiten en forma congénita. Una estrategia clave para el control de ésta y otras ITS es el diagnóstico y tratamiento oportuno de las mismas. Si bien las técnicas para el diagnóstico de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en los laboratorios tiene alto nivel de sensibilidad y especificidad, existe cierta complejidad en los algoritmos y limitaciones en el acceso a las pruebas para gran parte de la población y por ende para el inicio del

tratamiento oportuno de las personas afectadas y sus parejas. En los últimos años, el desarrollo de nuevas metodologías de diagnóstico ha permitido disponer de distintas técnicas de tamizaje para ser implementadas directamente en los puntos de atención. En este marco, es factible el screening de algunas ITS usando técnicas sencillas y rápidas en los puntos de atención, a través de muestras de fácil recolección como son la punción digital o el hisopado de exudado oral. Es así como el diagnóstico y tratamiento, en el punto de atención, aparece como una estrategia clave para el control de las ITS. El “testeo en el punto de atención”, sería una prueba rápida (por ende simple y que provee un resultado en un breve lapso de tiempo) que permite tomar decisiones clínicas en la misma consulta. La inclusión de una técnica rápida para el diagnóstico simultáneo de sífilis y VIH, se plantea como una estrategia clave para promover el diagnóstico y tratamiento oportuno en el primer nivel de atención para ambas infecciones.

El tamizaje serológico de VIH, a través de esta técnica, permite identificar a aquellas personas que deben realizar exámenes confirmatorios de aquellas en las que se descarta la infección por VIH, más allá del período de ventana. El diagnóstico serológico de sífilis, en cambio, requiere de la detección de anticuerpos no treponémicos dirigidos a material lipoidal liberado por la célula dañada del huésped (reaginas) y de treponémicos dirigidos específicamente contra el *Treponema*. Mientras que los anticuerpos no treponémicos son indicadores de enfermedad o infección activa, los treponémicos son indicadores de infección, son considerados confirmatorios, y dado que se mantienen a lo largo del tiempo no permiten diferenciar infección activa de una pasada.⁴ La técnica rápida combinada, TR DUO HIV/Sífilis, detecta solo anticuerpos treponémicos, y por ende no diferencia entre una infección activa y la secuela serológica.

En el año 2001, La Coordinación Sida del Ministerio de Salud de la CABA, creó los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) como dispositivos para facilitar el acceso al diagnóstico de VIH en los centros de salud del primer nivel de atención. Como un modelo de atención centrado en las necesidades del usuario, estos se expandieron progresivamente a hospitales y organizaciones de la sociedad civil. Por otra parte desde el año 2012 se avanzó en la estrategia implementando un nuevo algoritmo de diagnóstico de VIH que incluyó el test rápido (TR) para el tamizaje en los centros de testeo y por otro lado la determinación de carga viral para la confirmación serológica.

La implementación de este algoritmo incrementó sustancialmente el número de testeos en los últimos cuatro años, incrementando la detección de casos positivos en la CABA, con muy buena aceptabilidad por parte de los usuarios y los equipos de salud. A pesar de ello, la utilización de una técnica exclusiva para VIH podría estar obstaculizando el screening de otras ITS de mayor prevalencia como la sífilis. La implementación combinada de test rápidos para VIH y sífilis podría, entonces, aumentar la cobertura de diagnóstico y

tratamiento de estas ITS y fortalecer los circuitos a través de la integración de los distintos niveles de atención. Si bien, la prueba rápida para sífilis disponible actualmente detecta anticuerpos treponémicos que no permiten diferenciar las infecciones activas de las resueltas, el riesgo de pérdida de seguimiento en el proceso de confirmación podría justificar la aplicación de un protocolo que incluya el inicio de tratamiento hasta disponer de los resultados definitivos.

Herpes genital

El *herpes genital* es una infección persistente que se caracteriza por períodos de exacerbación. Se caracteriza por presentar un prodromo de 24hs de ardor, dolor seguido por aparición de vesículas en ramillete que luego se destechan dejando las úlceras para finalmente convertirse en costras.

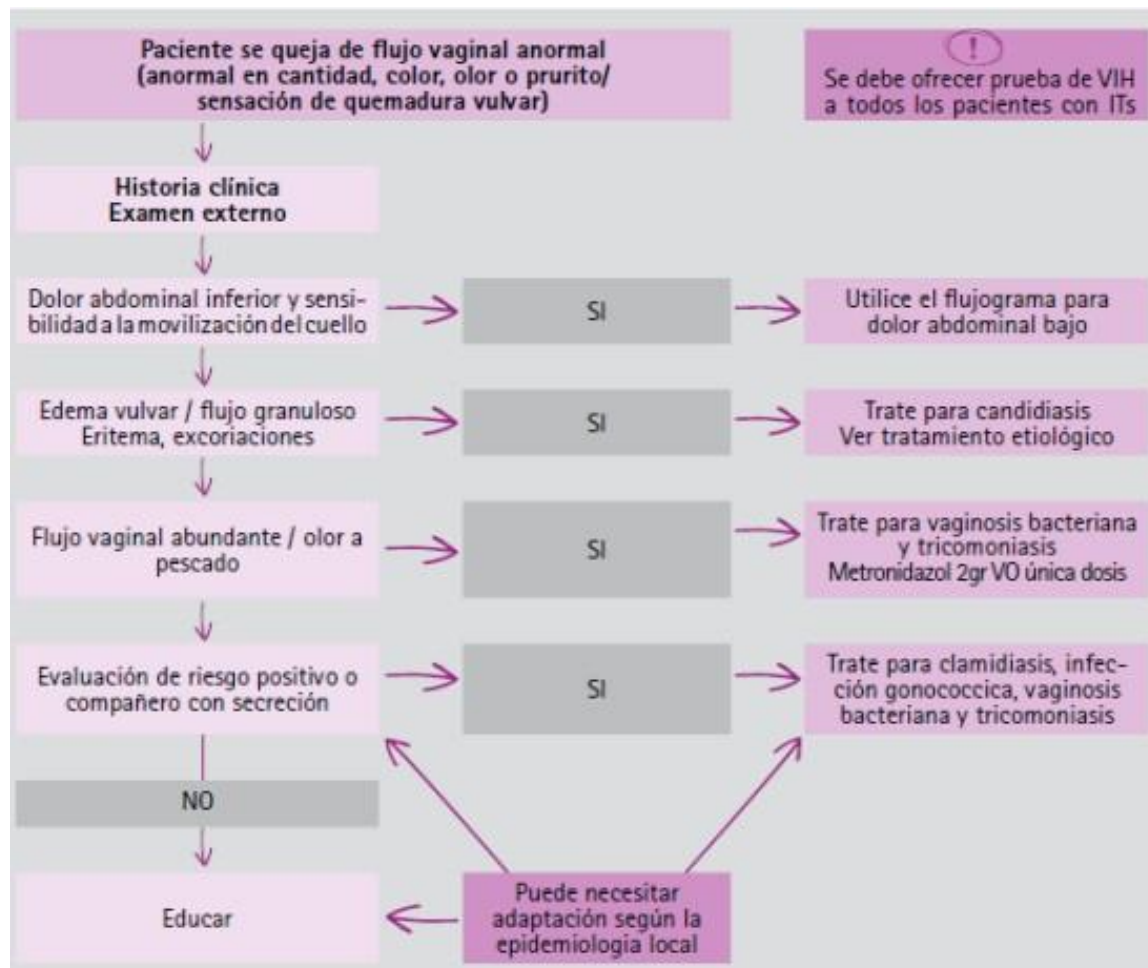
Tratamiento: Aciclovir 400mg vía oral cada 8hs por 7-10 días (primoinfección) o Aciclovir 400mg cada 8hs vía oral por 5 días (recurrencias).

Bibliografía:

- Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, María José; Precci, Estefanía; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando. Salud de la pareja y de la mujer. Cátedra Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UBA. CABA. (s.f.)
- Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud.
- Ministerio de Salud GCABA, Coordinación Salud Sexual Sida e ITS. Implementación del Test rápido combinado para sífilis y VIH en los centros de testeo de la CABA. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación. Infecciones prevalentes en el PNA. Infecciones de transmisión sexual.. Argentina, 2018.

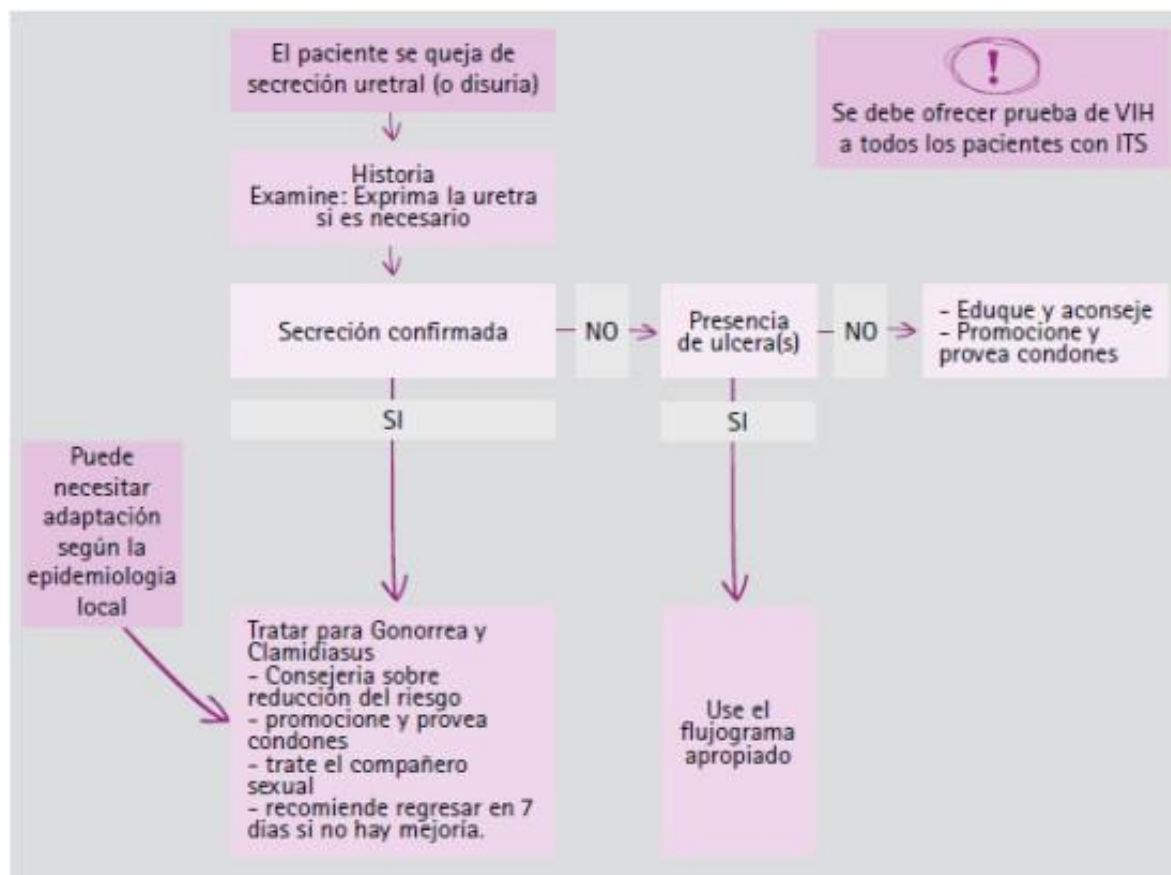
Anexo 2

Figura 1: Algoritmo Flujo vaginal anormal (especuloscopia y tacto)



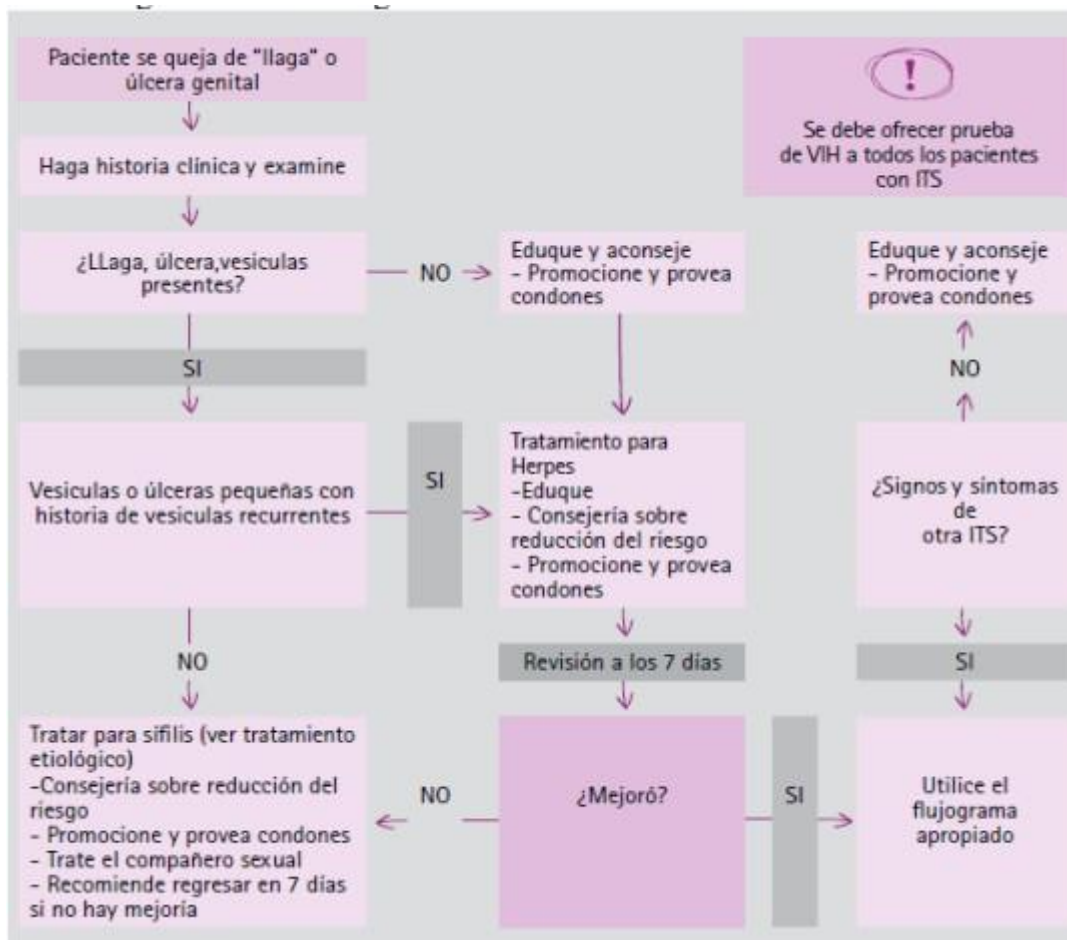
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud.

Figura 2: Algoritmo secreción uretral



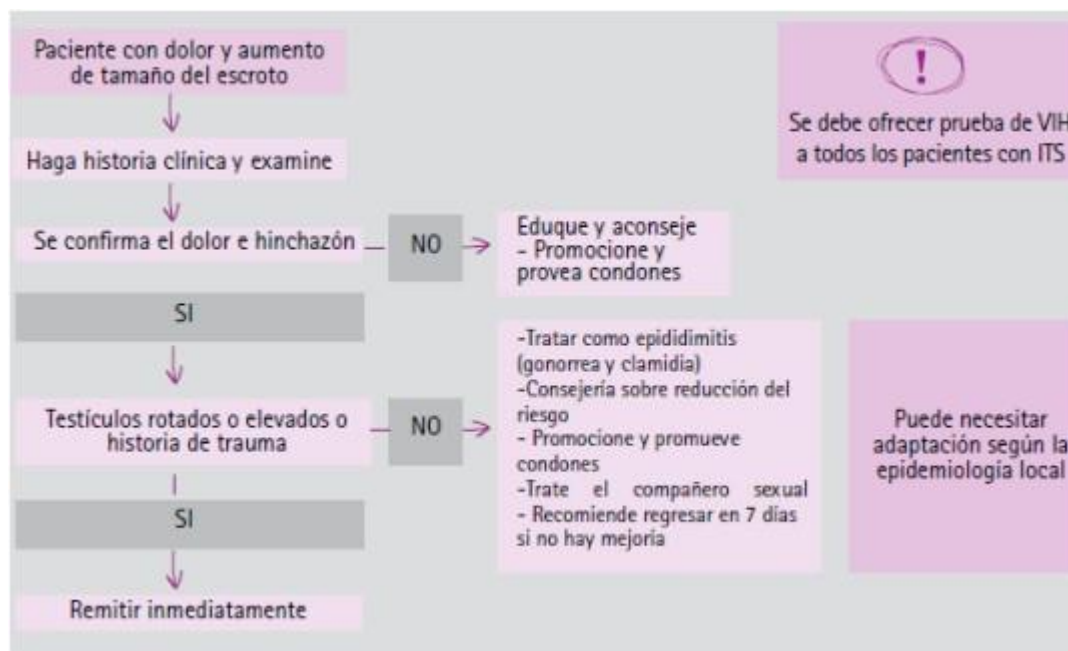
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud.

Figura 3: Algoritmo úlcera genital



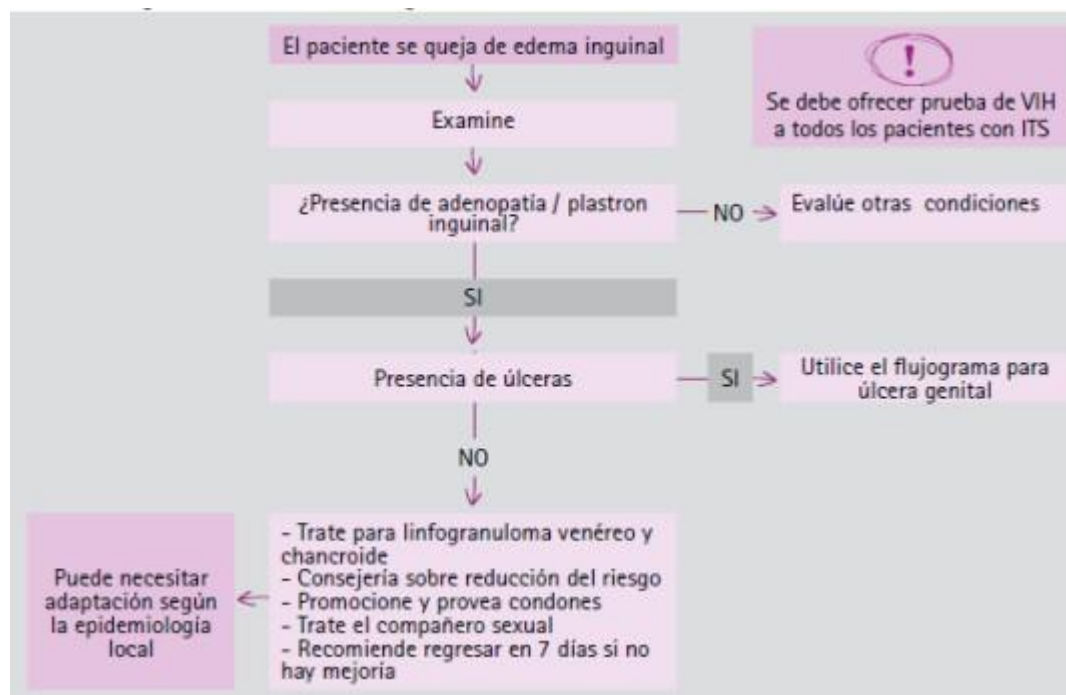
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud.

Figura 4: Algoritmo escroto agudo



Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud.

Figura 5: Algoritmo bubón inguinal



Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud.

Cuidados Prenatales

Los cuidados prenatales comprenden una serie de entrevistas o visitas programadas de la persona gestante con los integrantes del equipo de salud.

La atención prenatal, es una estrategia de salud pública que incluye acciones de promoción de la salud, detección de factores de riesgo, diagnóstico oportuno y prevención de enfermedades, en el marco de una serie de visitas programadas que realiza la persona gestante y su familia al equipo de salud, enmarcando el proceso de atención en la garantía del cumplimiento de sus derechos, el respeto por su autonomía y la confidencialidad.

Los objetivos de los cuidados prenatales son:

- Acompañar la evolución del embarazo y brindar una adecuada preparación para el parto y el puerperio.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la persona gestante en la dimensión física y psíquicamente para el nacimiento.

Los cuidados prenatales deben cumplir cuatro requisitos básicos:

- Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

- Periódico

La frecuencia de los cuidados prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la persona gestante. Para las gestaciones de bajo riesgo se requieren 5.

- Completo

Los contenidos mínimos de los cuidados deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

- Amplia cobertura

En la medida que el porcentaje de la población que realiza los cuidados prenatales es más alto, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

Diagnóstico de embarazo

El diagnóstico de embarazo se basará en los clásicos signos de certeza, probabilidad y presunción.

- Signos de certeza

- *Detección de Sub-unidad Beta de la HCG* (Gonadotropina Coriónica Humana): es producida por el sinciotrofoblasto. Constituye el método de diagnóstico más precoz y sensible.

- *Visualización fetal*: la ecografía transvaginal permite diagnosticar el embarazo a la 4a semana de la fecha de la última menstruación, visualizándose el saco gestacional, a la 5a semana el embrión y a la 6a semana la actividad cardíaca.

- *Palpación abdominal*: en la segunda mitad de la gestación la palpación del abdomen permitirá reconocer el tamaño, consistencia y desviaciones del útero grávido, apreciar las contracciones y los movimientos del feto y hacer el diagnóstico tanto de la colocación fetal (actitud, situación, presentación) como del número de fetos.

- *Detección de latidos fetales*: debe estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización, pueden identificarse a través del Estetoscopio Obstétrico de Pinard o detectores Doppler.

- Signos de probabilidad

- *Amenorrea*: ante cualquier persona con útero en edad fértil, sana y con períodos regulares que presente un atraso en la aparición de la menstruación, se debe pensar en la posibilidad de embarazo. Es un hecho importante que orienta en la mayoría de los casos hacia el diagnóstico, pero con la condición de que los ciclos hayan sido antes regulares, es decir, con sus características habituales de periodicidad, duración y aspecto.

- *Modificaciones Uterinas*: el tacto por vía vaginal combinado con la palpación externa permite reconocer signos de embarazo. La forma del útero se hace más globulosa, los fondos de sacos vaginales se hacen convexos (signo de Noble- Budin) y su consistencia disminuye (reblandecimiento).

- **Signos de presunción**

Estos signos son inconstantes, variables, pueden faltar o ser muy atenuados. Aparecen al final de la 4a semana de embarazo y desaparecen alrededor de la 18a semana. Se trata de manifestaciones subjetivas y objetivas: sialorrea, vómitos, modificaciones del apetito y del gusto, aversión a ciertos olores, irritabilidad, preocupación, tristeza, ciclos alternados de alegría y melancolía, mareos, lipotimias, somnolencia, desgano, polaquiuria, modificaciones en las mamas (turgencia), etc.

Cáculo de la edad gestacional

Se efectuará tomando en consideración la fecha de la última menstruación (FUM), en las personas con útero con FUM confiable y con ciclos menstruales regulares que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos. Se utilizarán para el cálculo las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele), haciendo uso del gestograma o aplicaciones para el celular.



Figura 1: Gestograma

De ser posible realizar Biometría Ecográfica antes de las 14 semanas para ajustar dicho cálculo, teniendo en cuenta que los márgenes de error del método disminuyen su confiabilidad a partir del segundo trimestre. La evaluación de la edad gestacional mediante la utilización de la ecografía entre las 7-12 semanas es calculada generalmente por la medida de la longitud embrionaria máxima.

Historia Clínica

El registro a través de carnet perinatal es el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de la norma y brindar los datos indispensables para su evaluación.

El carnet perinatal (CP) permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Debe estar siempre en poder de la persona gestante, quien lo utilizará para todas las consultas.

Visitas Cuidados Prenatales

En todas las visitas se debe:

- Calcular la edad gestacional
- Llenar historia clínica
- Evaluar factores de riesgo
- Peso, IMC
- Examen mamario,
- Medir la altura uterina (AU) (cuando corresponda)
- Tensión arterial (TA). Se define la hipertensión como una tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas, en el transcurso de una semana.
- Suplementación con hierro y ácido fólico
Se recomienda la suplementación con hierro y ácido fólico por vía oral en esquemas de administración diaria (60 mg de hierro elemental y 0,4 mg de ácido fólico) en personas gestantes que cursan embarazos de bajo riesgo, con el objetivo de mejorar los resultados maternos y neonatales. (Recomendación Fuerte. Certeza de la evidencia: Moderada)
- Evaluar presentación fetal, vitalidad fetal (latidos y frecuencia cardiaca fetal)
- Repasar pautas de alarma.

1ª visita (antes de la semana 20)

- Apertura de Historia Clínica Perinatal
- Ecografías: Primera idealmente antes de semana 14 (1er trimestre)
Se sugiere realizar rutinariamente una ecografía entre la semana 11-13.6 en personas gestantes con embarazos de bajo riesgo, para confirmar la vitalidad fetal, la edad gestacional y el número de fetos. *Recomendación Condicional a favor. Certeza de la evidencia: Muy baja) Ministerio de Salud 2023.*
- Vacunación: Completar. Si no tiene TV, se indicará en el puerperio
Las vacunas que se pueden administrar a la persona gestante son:

DT (doble adultos – Difteria y Tétanos) , dTpa (triple bacteriana acelular), Antigripal y Hepatitis B.

- Solicitar estudios de laboratorio con serologías: VIH, hepatitis B, chagasX2 sífilis; toxoplasmosis. Hemoglobina, glucemia, Orina completa y urocultivo

- Solicitar serologías para la pareja
- Solicitar Grupo y factor sanguíneo
- Solicitar PAP
- Interconsulta con odontología
- Taller de nutrición

2ª Visita (semana 22 -24)

- Calcular Edad gestacional
- Completar historia clínica y evaluar riesgo
- Evaluar peso, IMC, TA, altura uterina, presentación y vitalidad fetal.
- Continuar suplementación con hierro y ácido fólico.
- Vacunación: DTPa (a partir de semana 20)
- Ecografías: Segunda ecografía entre semanas 20-24 (evaluación anatómica, scan fetal)
- Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa con 75 g glucosa (P75) entre semana 24-28. Se recomienda el testeo universal con PTOG para el diagnóstico de Diabetes gestacional en todas las personas gestantes, entre las semanas 24-28, a fin de reducir la probabilidad de eventos materno-perinatales adversos. *Recomendación Fuerte. Certeza de la evidencia: Baja. Ministerio de Salud 2023.*

3ª Visita (semana 27-29)

- Calcular Edad gestacional
- Completar historia clínica y evaluar riesgo
- Evaluar peso, IMC, TA, altura uterina presentación y vitalidad fetal.
- Continuar suplementación con hierro y ácido fólico.
- Aplicación de gamma globulina Anti D (en pacientes Rh no sensibilizadas-recomendación entre las semanas 28 a 32)

4ª Visita (semana 33-35)

- Calcular Edad gestacional
- Completar historia clínica y evaluar riesgo
- Evaluar peso, IMC, TA
- Solicitar laboratorio con serologías.
- Evaluar altura uterina, presentación y vitalidad fetal.
- Continuar suplementación con hierro y ácido fólico.

- Detección de *Estreptococo B agalactiae* (entre sem 35-37)
- Indicar vacuna Virus sincial respiratorio (entre sem 32 a 36) antes del inicio y durante la temporada de circulación del VSR.
- Ecografías: Tercer ecografía (semana 32-34, evaluamos crecimiento fetal, placenta, LA). Se recomienda realizar una ecografía luego de la semana 24 en las personas gestantes que cursan embarazos de bajo riesgo y que NO posean un adecuado control previo con ecografía entre las semanas 19-24 semanas. *Recomendación Fuerte. Certeza de la evidencia: Moderada. Ministerio de Salud 2023.*
- ECG con riesgo quirúrgico

5ª Visita (semana 38 - 40)

- Calcular Edad gestacional
- Completar historia clínica y evaluar riesgo
- Evaluar peso, IMC, TA
- Evaluar altura uterina, presentación y vitalidad fetal.
- Descartar presentación pelviana, evaluar
- Continuar suplementación con hierro y ácido fólico.
- Preparación para la mapaternidad.
- Charla sobre lactancia humana
- Consejería sobre métodos anticonceptivos.
- Ecografía semana 38: Evaluar crecimiento fetal y líquido amniótico.
- Monitoreo Fetal: Consiste en el registro electrónico continuo de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) y de los movimientos fetales espontáneos por un corto período de tiempo. La evidencia científica disponible hasta la fecha es escasa y débil; no recomienda ni retracta el uso del Monitoreo Fetal Anteparto para embarazos de bajo riesgo en relación a la disminución de la morbilidad Perinatal con la utilización de esta metodología

Parto Respetado

Ley de Parto Respetado (Ley 25.929) sancionada en el año 2004 y reglamentada en el 2015 coloca la centralidad del proceso de parto y nacimiento en, la persona gestante y las personas recién nacidas. Se dice que toda persona gestante tiene derecho a vivir el embarazo, el momento de parto, el nacimiento y el puerperio de manera íntima y respetuosa, teniendo en cuenta sus pautas culturales, sus habilidades y las de la familia. Desde la perspectiva de la interculturalidad se construyen variedad de significados,

distintas formas de concebir y ver la realidad, y por lo tanto la revisión de nuestras prácticas. Los partos, sean vaginales o cesáreas, no pueden reducirse a tan solo un fenómeno fisiológico; son procesos íntimos, emocionales, hormonales, sexuales, culturales que condicionan el desarrollo de las vidas de las personas puérperas y por ende a la crianza de las personas recién nacidas. El reconocer la necesidad de respetar los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas y medicalización invasiva y muchas veces innecesaria, y suministro de medicación que no estén justificados por su estado de salud o el de la persona recién nacida, es fundamental para no poner en riesgo físico, emocional y psicológico a las mujeres y otras personas gestantes, y recién nacidas. Para evitar poner en peligro la salud física, emocional y psicológica de la personas gestantes y recién nacidas, es esencial reconocer la necesidad de respetar los tiempos biológicos, psicológicos, evitar ciertas prácticas y medicalización invasiva.

El término "parto respetado" hace referencia a la autonomía y el protagonismo, garantizando el respeto a las particularidades de cada persona y sus vínculos afectivos, acompañándolas a través de la toma de decisiones seguras e informadas. Ello implica generar un espacio donde persona gestante, y la persona recién nacida sean las protagonistas, y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.

Los conceptos centrales de la Ley de Parto Humanizados son:

- Participación informada de las personas gestantes en la toma de decisiones.
- Respeto de las decisiones personas gestantes.
- Respeto a la privacidad e intimidad y los procesos naturales de cada persona.
- Presencia de acompañante durante todo el proceso de parto.

Bibliografía

- Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, Maria José; Precci, Estefania; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando. Salud de la pareja y de la mujer. Cátedra Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UBA. CABA. (s.f.)
- Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud 2013.
- Guía de Práctica clínica. Atención prenatal de bajo riesgo. Actualización de ocho recomendaciones priorizadas. Ministerio de Salud, 2023.

Interrupción voluntaria y legal del embarazo

Aspectos legales

La Ley N° 27.610 reconoce el derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo todas las personas con capacidad de gestar en todo el territorio nacional de forma gratuita y en todos los sistemas de salud: público, privado, obras sociales y prepagas.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es el derecho que tienen las personas de interrumpir el embarazo hasta la semana 14, inclusive, del proceso gestacional.

La interrupción legal del embarazo (ILE) es el derecho que tienen las personas de interrumpir el embarazo a partir de la semana 15 de gestación, ante determinadas circunstancias:

- Si el embarazo es producto de una violación*
- Si el embarazo pone en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante:

según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014).

*Violencia sexual → cualquier acción que vulnere el derecho de la mujer o LGBTI+ de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva (amenazas, coerción, el uso de la fuerza o la intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de personas).

- Las personas gestantes de 16 años o más son consideradas adultas según la ley argentina en lo que refiere al cuidado de su cuerpo. Por esto, pueden firmar el consentimiento informado, tanto para IVE como ILE, y la declaración jurada que se requiere para la interrupción del embarazo producto de una violación. No necesitan la autorización de un/a adulto/a responsable, tutor/a encargado/a.

- Las personas jóvenes entre 13 y 16 años también pueden acceder a la IVE/ILE de manera autónoma y sin la necesidad de contar con una autorización especial de un/x adultx, ya que se consideran personas aptas para decidir sobre su propio cuerpo. Sin embargo, existen excepciones. Si la práctica implica un riesgo de salud o peligro de vida es necesario que estén acompañadxs por personas de su confianza.

- Las personas con capacidad de gestar menores de 13 años pueden acceder a la IVE/ILE siempre y cuando sean acompañadxs por un familiar o una persona de su confianza que ejerza formal o informalmente el rol de acompañante. Esta persona participa en la toma de decisiones y también firma el consentimiento informado. Para la ley argentina, una relación sexual con cualquier persona menor de 13 años es una violación. En este caso, no se requiere declaración jurada.

Todas las personas con discapacidad tienen derecho al acceso efectivo a la IVE/ILE y pueden tomar decisiones sobre su propio cuerpo en condiciones de igualdad con el resto de las personas gestantes. Para eso, es necesario que reciban información en un formato accesible y lxs profesionales de la salud tienen que garantizar una atención adaptada a las necesidades particulares que requieran. Durante el proceso de consulta y la práctica, las personas con discapacidad pueden contar con el apoyo de alguien de su confianza (un familiar, un/a amigo/a, alguien del equipo de salud o de una institución de protección de derechos) para que lo/as acompañe, pero sin tomar decisiones por ella. La decisión siempre es personal. Para garantizar el ejercicio de este derecho, es fundamental realizar los ajustes razonables para hacer posible la atención en las condiciones previstas por la ley, como la modificación de los espacios de consulta y salas de espera, adaptaciones del lenguaje y los materiales informativos, entre otros.

Objeción de conciencia

Ante la solicitud de la interrupción del embarazo, puede haber profesionales con intervención directa que por creencias personales no quieran hacer la práctica. Esto se llama objeción de conciencia. En estos casos, el/la médico/a tiene la obligación de derivar a la mujer o persona con capacidad de gestar a otro profesional que garantice la práctica. Lo/as profesionales de la salud no pueden negarse a realizar la práctica de interrupción cuando:

- Corre riesgo la vida de la persona gestante y necesita atención inmediata.
- No hay otro/a profesional disponible para realizar la práctica.

Quienes no intervienen de forma directa no pueden ejercer objeción de conciencia.

Por ejemplo, las personas que realizan:

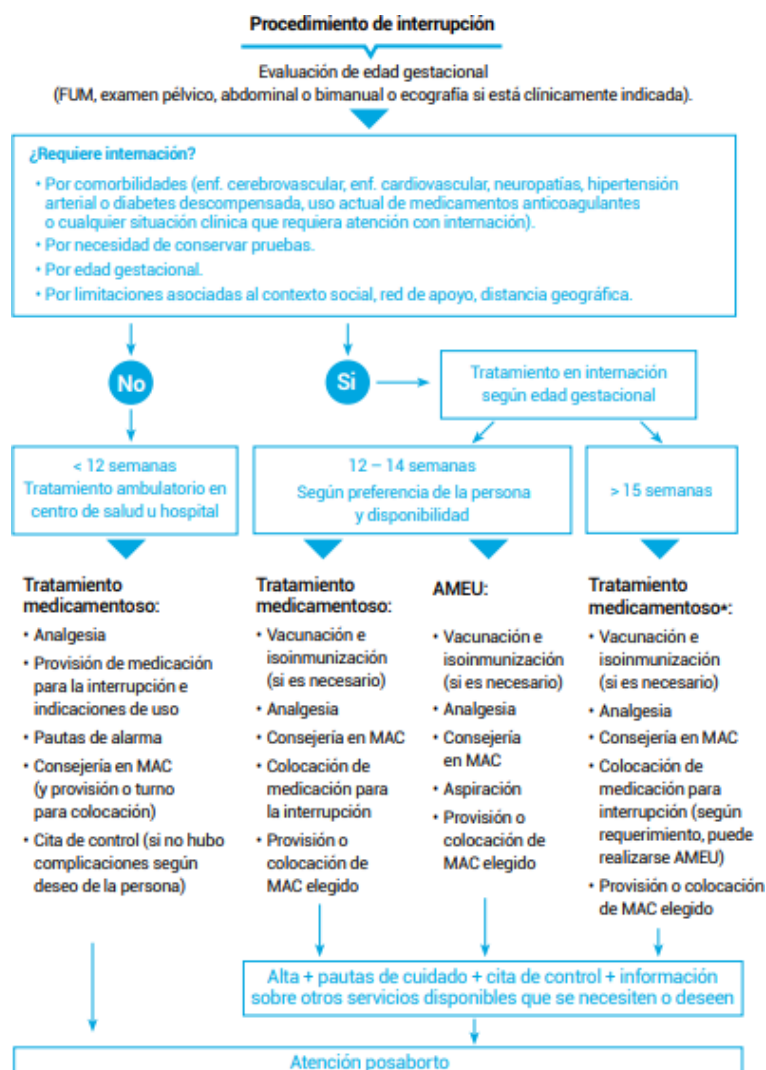
- ecografías y otros estudios
- toma de presión o temperatura
- seguimiento postaborto
- entrega de medicamentos
- suministro de anestesia

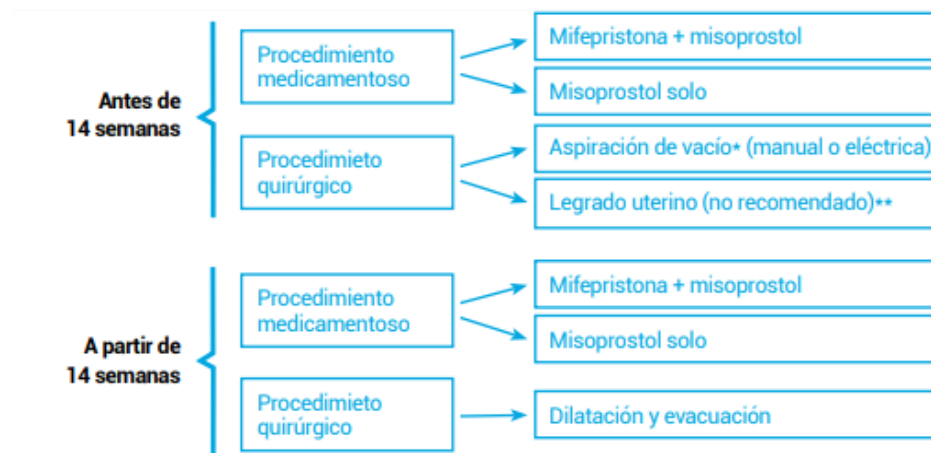
Procedimiento

Se puede realizar a través de métodos medicamentosos o a través de la intervención quirúrgica de aspiración manual endouterina (AMEU). Ambos son seguros y su elección depende de la persona, de las posibilidades con las que cuente el centro de salud al cual se acuda, de las semanas de gestación y de sus condiciones de salud.

Si el embarazo es de 13 semanas o más de gestación, se suele recomendar que la práctica se realice en un centro de salud, ya sea a través de medicamentos o intervención quirúrgica. Cuando el embarazo es producto de una violación, y la persona gestante quiere realizar la denuncia penal, la interrupción deberá realizarse en un centro de salud donde tengan la posibilidad de conservar y preservar material apto para poder realizar estudios de ADN.

Para determinar la edad gestacional, en general, es adecuado considerar la fecha de la última menstruación (FUM). También puede utilizarse si está disponible una ecografía.





* En algunos países se dispone de adaptadores y cánulas 14 y 16 que permiten extender el uso de AMEU a tamaños uterinos mayores (AMEU extendido). BMJ / 13 January 2021: <https://srh.bmj.com/content/47/4/e15>

** El legrado o raspado uterino no está recomendado por ser riesgoso y obsoleto. La OMS, Ipas y FIGO indican que solo puede ser usado cuando ninguno de los otros métodos está disponible. Los servicios de salud y las personas responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento medicamentoso, la aspiración o la dilatación y evacuación.

Nota de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR): a diciembre 2022 la mifepristona se encuentra disponible en el sistema público de salud de todo el país para su uso gratuito con autorización de ANMAT para los lotes distribuidos. A la fecha la mifepristona no cuenta con registro para venta comercial en la Argentina.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (2021)

- **Manejo hasta las 12 semanas:**

Combinación mifepristona y luego de 24-48hs de la administración de esta, misoprostol.

Mifepristona (800 mg vía oral) → 24-48hs posteriores → Misoprostol (200 µg vía bucal, sublingual o vaginal).

- **Manejo luego de las 12 semanas:**

Combinación mifepristona y luego de 24-48hs de la administración de esta, misoprostol.

Mifepristona (200 mg vía oral) → 24-48hs posteriores → Misoprostol (400 µg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3hs repitiendo la administración de misoprostol en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo).

	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), Ipas (Ipas, 2021)	< 12 semanas*	Se recomienda mifepristona 200 mg vía oral única dosis	1 a 2 días después misoprostol, dosis 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. * El intervalo mínimo recomendado es de 24 horas.
	≥12 semanas	Se recomienda mifepristona 200 mg vía oral única dosis	1 a 2 días después misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas (sin máximo de dosis hasta la expulsión). **

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (2021)

Contraindicaciones y precauciones del Misoprostol y la Mifepristona:

	Régimen de mifepristona y misoprostol	Régimen de misoprostol solo
Contraindicaciones	Antecedentes de reacción alérgica a la mifepristona o misoprostol.	Antecedentes de reacción alérgica al misoprostol.
	Sospecha o confirmación de embarazo ectópico.	Sospecha o confirmación de embarazo ectópico.
	Porfiria hereditaria.	
	Insuficiencia suprarrenal crónica.	
Precauciones	Dispositivo intrauterino (DIU) colocado.	Dispositivo intrauterino (DIU) colocado.
	Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros.	Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros.
	Asma grave no controlada o terapia corticosteroidea a largo plazo.	

Nota de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR): a diciembre 2022 la mifepristona se encuentra disponible en el sistema público de salud de todo el país para su uso gratuito con autorización de ANMAT para los lotes distribuidos. A la fecha la mifepristona no cuenta con registro para venta comercial en la Argentina.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (2021)

Anticoncepción post interrupción del embarazo:

En muchos casos, puede ser beneficioso realizar la consejería antes del procedimiento de IVE/ILE. Si no fuera posible o apropiado, es conveniente efectuarla enseguida de

concluido el tratamiento. Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que quien es profesional de la salud le pregunte a la persona usuaria si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción.

Es importante señalar que, como en toda consejería en métodos anticonceptivos (MAC), el objetivo es que la persona, contando con toda la información necesaria, elija si así lo desea un MAC, de acuerdo a sus necesidades y preferencias, respetando y favoreciendo el ejercicio de su autonomía. La consejería en anticoncepción será más eficaz si se basa en las necesidades individuales. Por lo tanto, el equipo de salud debe valorar la situación de cada persona, incluidas sus características y la capacidad del sistema de salud local para garantizar el acceso a los MAC.

Los métodos anticonceptivos pueden utilizarse de inmediato, siempre y cuando no existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional post aborto y la persona haya recibido consejería.

Criterios de elegibilidad OMS para uso de MAC post aborto:

Situación	ACO	ACI	AOPS	AMPD	Implante	DIU-Cu/DIU-LNG
Posaborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Posaborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (2021)

ACO: Anticonceptivos orales combinados.

ACI : Anticonceptivo combinado inyectable.

AOPS: Anticonceptivos orales que sólo contienen progestagenos.

AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de depósito.

DIU-Cu: Dispositivo intra uterino de cobre.

DIU-LNG: Dispositivo intra uterino con liberación de Levonorgestrel.

Bibliografía:

- Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, Maria José; Precci, Estefania; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando. Salud de la pareja y de la mujer. Cátedra Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UBA. CABA. (s.f.)
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo". Edición 2021 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cáncer de Cuello de Útero (CCU)

En la Argentina el Cáncer de Cuello de Útero ocupa el cuarto lugar en mortalidad luego del cáncer de mama, seguido por el cáncer de pulmón, y el cáncer colorrectal, según el informe del Instituto Nacional del Cáncer de 2022. Todos los casos de Cáncer de Cuello Uterino están causados por una infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH), de alto riesgo. A nivel mundial se estima que 4 de cada 5 personas van a contraer uno o varios de los tipos de VPH en algún momento de sus vidas.

Existe una asociación de más del 99% entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello de útero. Se estima que más del 80% de mujeres y varones tendrán contacto con el virus en algún momento de su vida sexual.

Los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico pueden causar cáncer cervicouterino. Se han identificado alrededor de 40 tipos de VPH que afectan a la zona genital. Entre estos tipos, los denominados “de alto riesgo oncogénico” son los que se asocian al desarrollo de lesiones de alto grado o carcinomas.

Tabla N°1: Tipo de VPH según riesgo oncogénico.

Tipo de VPH	Grupo
16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59	Grupo de alto riesgo
26-53-66-68-73-82	Probable grupo de alto riesgo
6-11-40-42-43-44-54-61-70-72-81	Grupo de bajo riesgo

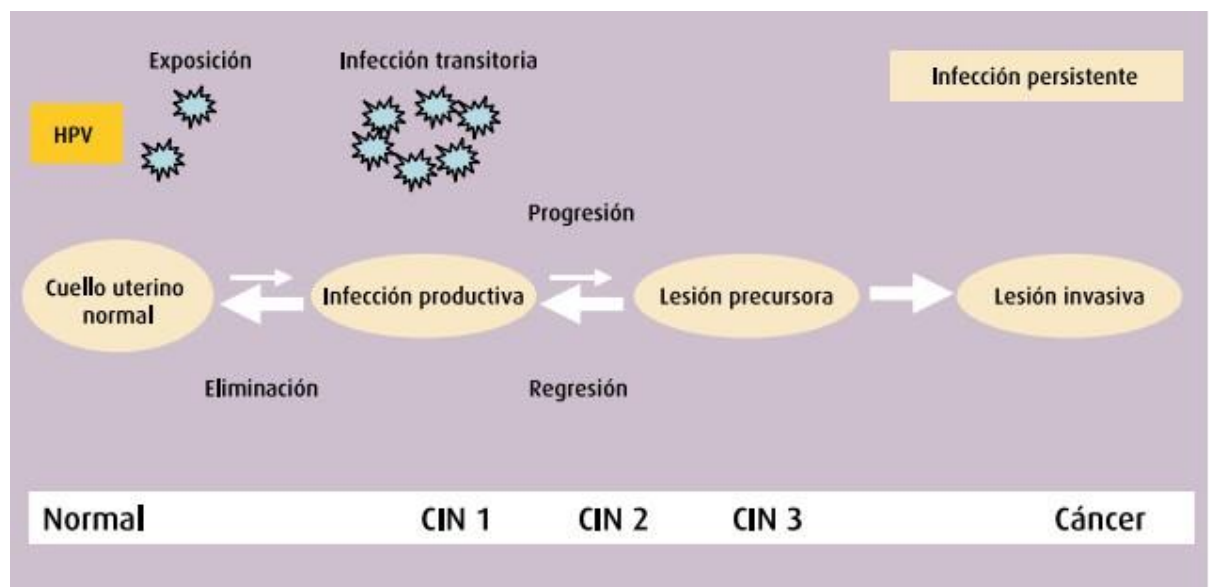
Fuente: Prevención del Cáncer Cervicouterino. Información básica para tomadores de muestras de test de VPH. Actualización 2020.

La frecuencia de la infección por VPH es alta en la edad de inicio de la actividad sexual. Más del 90% de estas infecciones son transitorias; es decir, son controladas por el sistema inmune y desaparecen espontáneamente en un período aproximado de 2 años.⁷⁻⁹

Durante la infección transitoria por VPH, en las células del cuello del útero pueden observarse cambios morfológicos leves que se asocian con la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (CIN1, por sus siglas en inglés). Estos cambios celulares sólo afectan un tercio del epitelio, produciendo lesiones de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés). Cuando la infección por VPH se vuelve persistente, los cambios celulares pueden avanzar

hasta ocupar dos tercios (CIN2) o la totalidad del epitelio (CIN3). Estos cambios celulares reciben el nombre de lesiones de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés). Si bien las lesiones de alto grado ocurren dentro del epitelio, tienen el potencial de romper la membrana basal y, por lo tanto, progresar a carcinoma invasor

Figura N° 1 : Historia natural de las anomalías preclínicas del cuello uterino



Fuente: Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino. 2014

Se estima que sólo un 5% de las infecciones causadas por los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico persisten en el cuerpo, pudiendo causar el desarrollo de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino (CIN3). Si estas lesiones no son diagnosticadas y tratadas a tiempo pueden progresar a cáncer, en un período estimado de 10-20 años. Dado que esto ocurre principalmente en las mujeres a partir de los 30 años, el tamizaje con test de VPH es fundamental para prevenir el cáncer de cuello de útero entre este grupo poblacional.

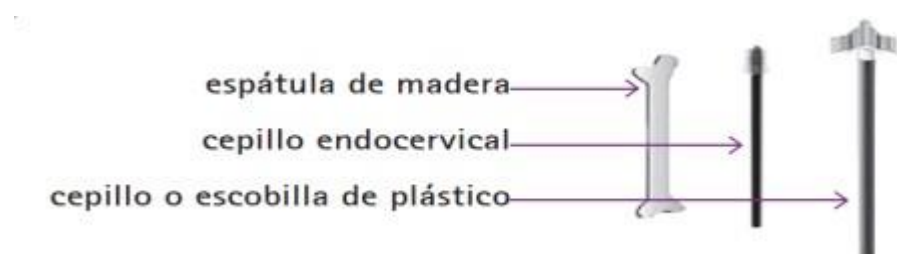
Rastreo:

El CCU cumple con los criterios de Frame y Carlson: posee largo período asintomático, es prevalente, alta morbilidad, se cuenta con el test de Papanicolaou (PAP) como test diagnóstico en período asintomático y existen tratamientos efectivos para realizar en este período, los cuales, disminuyen la morbilidad real.

El principal test para realizar rastreo de CCU es la citología cervical exfoliativa (PAP): técnica mediante la cual se obtiene a través de una espátula y/o cepillo una muestra de células de endo y exocervix (zona de transformación donde la displasia y el cáncer se manifiestan), su posterior fijación en un vidrio para ser observada al microscopio por un anatomopatólogo y así detectar precozmente la presencia de células displásicas.

La sensibilidad de la prueba depende tanto de la toma de la muestra como de su procesamiento en el laboratorio y puede variar desde un 84% a un 38%; la especificidad puede llegar a un 90%. El rastreo es menos efectivo para detectar adenocarcinoma ya que puede manifestarse en varios sitios del canal cervical interno lo que hace más dificultosa su detección.

Figura N° 2: Elementos para toma de muestra de papanicolaou.



Fuente: Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud, programa de capacitación. Curso: Detección temprana y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades oncológicas en el primer nivel de atención. Unidad 4: prevención y rastreo de enfermedades oncológicas

El PAP puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos básicos para la obtención de la muestra. La muestra puede ser tomada por: médicos ginecólogos y obstetras, médicos generalistas y/o de familia, otros profesionales médicos, obstétricas /parteras, enfermeros, agentes sanitarios.

En nuestro país, el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino recomienda realizar el PAP a partir de los 25 años. Recomienda priorizar a las mujeres de 35 a 64 años y aquellas



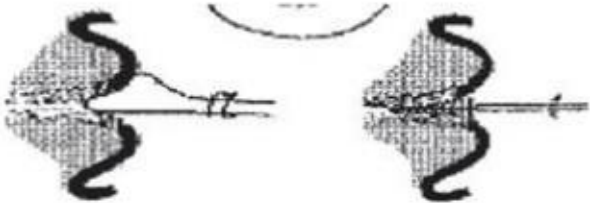
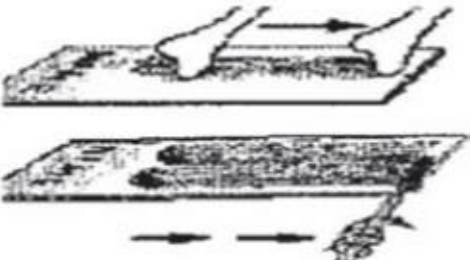
mayores de 64 años que nunca se lo hayan realizado (población objetivo).

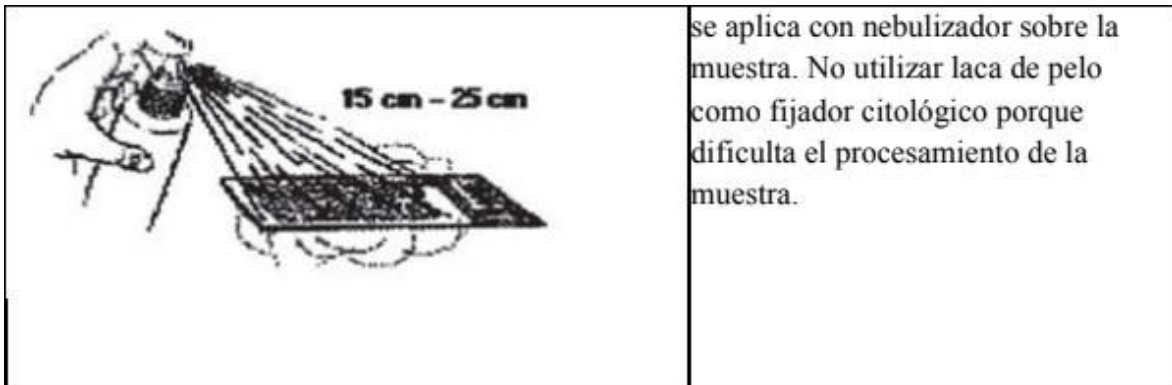
La frecuencia recomendada es realizar un PAP cada 3 años luego de 2 PAPs anuales consecutivos negativos (1-1-3). No se recomienda rastrear antes de haber cumplido los 3 años del inicio de las relaciones sexuales.

El objetivo es centrar el rastreo en aquellas mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones precancerosas (mayor frecuencia en mujeres a partir de los 40 años, con un pico máximo a los 50 años) pero antes de que la incidencia de cáncer invasor comience a alcanzar un valor máximo. La probabilidad de desarrollar un cáncer invasor es muy baja en menores de 25 años.

La fuerza de trabajo de servicios preventivos de Estados Unidos (USPSTF) recomienda el rastreo en mujeres entre los 21 a 65 años, con una frecuencia de 3 años, o la realización de PAP en combinación con la prueba de VPH (ver más adelante) cada 5 años.

Instrucciones para la toma de muestra de PAP:

<p>1) Rotular el portaobjeto</p> 	
<p>2) Visualizar el cuello del útero</p> 	<p>Lubricar el espéculo con agua tibia de ser necesario. No utilizar gel lubricante. Localizar la zona de transformación.</p>
<p>3) Recolectar la muestra</p> 	<p>Para que sea adecuada utilizar espátula y cepillo endocervical. Espátula: rotar una vez en 360° sobre orificio cervical externo. Cepillo: insertar suavemente en canal cervical y girar sólo 90°. No utilizar durante embarazo</p>
<p>4) Extender la muestra</p> 	<p>Aplicar cada muestra en una mitad de un mismo portaobjeto. Espátula: desparrame en un solo movimiento uniforme. Cepillo: gire en un solo movimiento. La muestra se seca rápidamente.</p>
<p>5) Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células con el aire lo que dificultaría su evaluación.</p>	<p>Puede realizarse de dos formas: a) húmeda: sumergir la muestra en una solución de etanol al 95% y así transportarlo, o sumergirlo por 20-30 minutos, dejar secar al aire y luego transportarlo en un sobre. b) cubierta: combinación de alcohol con sustancia semejante a la cera que</p>



Prueba de VPH

Se han desarrollado tecnologías de biología molecular como el test de VPH, que permiten detectar la presencia de ADN de VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cuello del útero.

Diferentes estudios dieron cuenta que el test de VPH posee una efectividad mayor, en comparación con la citología, para la detección de lesiones precancerosas y cáncer. Dado que la mayoría de infecciones por VPH son transitorias y no se asocian con lesiones (aún en mujeres mayores de 30 años) el test de VPH presenta una relativa baja especificidad; de alrededor del 89%. Esto hace necesaria la aplicación de una segunda prueba de tamizaje (triage) para identificar, entre el grupo de personas que resulten VPH positivas, aquellas con lesiones precancerosas o cáncer que deberán ser luego confirmadas histológicamente.

La introducción del esquema combinado del test de VPH seguido de citología en aquellas personas con VPH positivo reducirá la proporción de citologías negativas y, por ende, incrementará el valor predictivo positivo de una citología anormal.

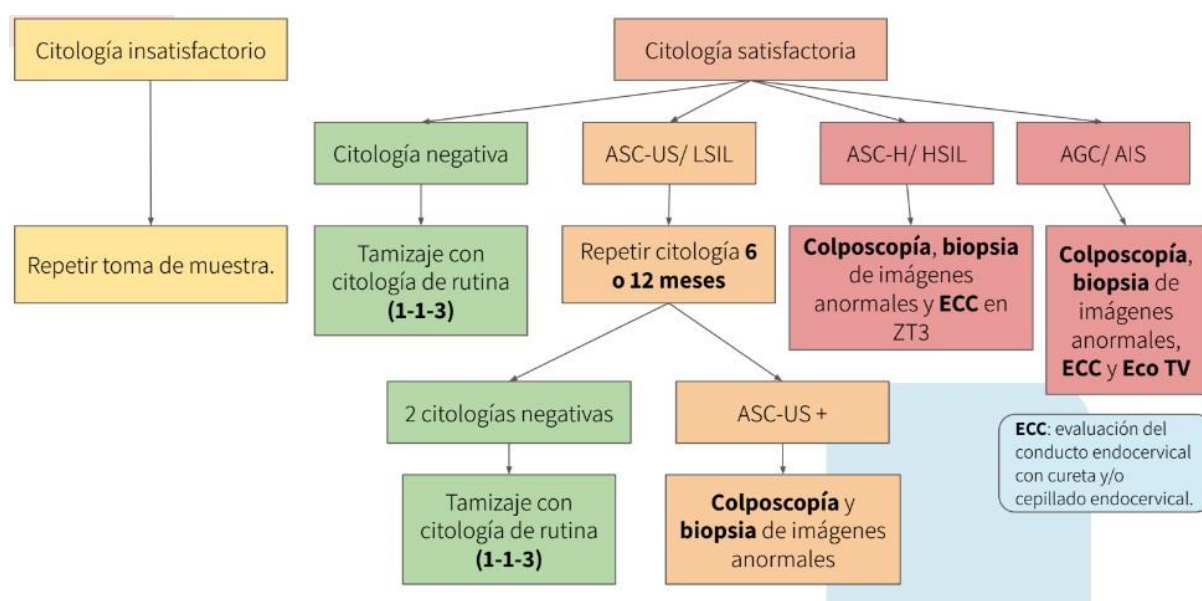
El principio básico que se utiliza en el marco de la presente estrategia es el de aplicar, en primer lugar, el test más sensible (test de VPH) y, en segundo lugar, el test más específico (la citología) en las personas VPH positivas para determinar el posterior manejo y seguimiento de cada caso.

- **Personas 25 - 29 años** : Tamizar con citología convencional (Papanicolaou), cada tres años, luego de dos citologías consecutivas negativas (1-1-3).

En los últimos años ha crecido la evidencia científica acerca de la baja efectividad del tamizaje en población adolescente y adultas jóvenes. En la Argentina, la tasa de mortalidad por CC en mujeres menores de 25 años es menor a 0,1 x 10.000 y, el porcentaje de defunciones por este cáncer sobre el total de muertes por cáncer en ese rango etario, es menor al 1%.69 Además existe evidencia de que el tamizaje en ese grupo poblacional tiene un impacto limitado en la reducción de la incidencia y mortalidad.

En mujeres menores de 25 años es frecuente hallar cambios que tienen que ver, por un lado, con las modificaciones biológicas a nivel del cuello uterino (metaplasia escamosa) y, por el otro, con la historia natural del VPH que muestra una resolución espontánea en el 90% de los casos al cabo de tres años. Asumir estos cambios como patológicos llevaría a realizar numerosos tratamientos innecesarios en mujeres jóvenes.

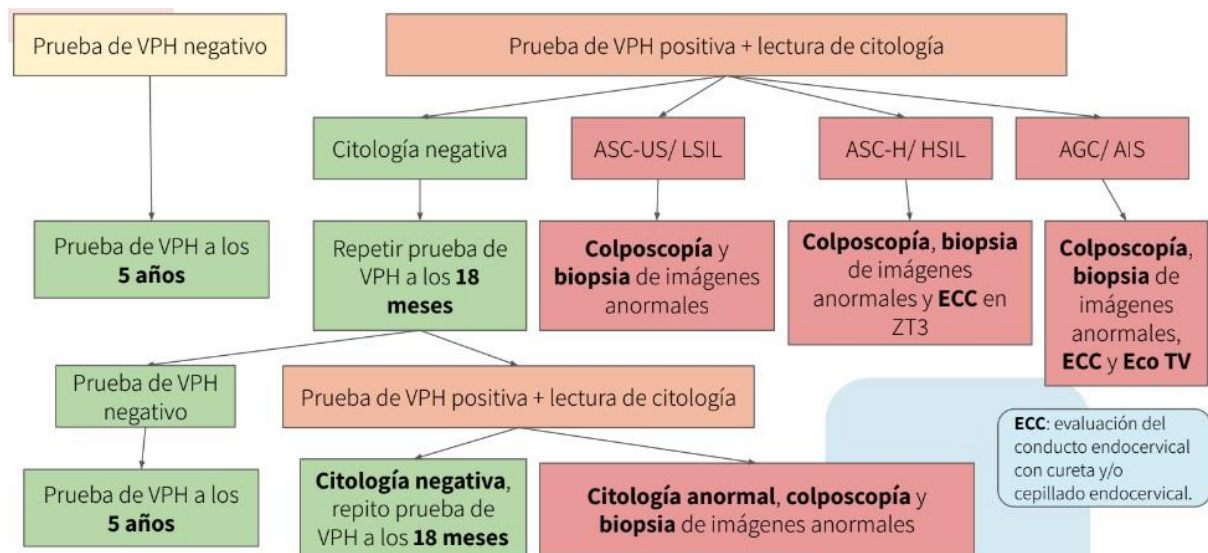
Figura N°3 : Algoritmo de rastreo CCU en personas con útero 25 a 65 años con PAP



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de: Instituto Nacional del cáncer, Ministerio de Salud. Prevención del cáncer cervicouterino : Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH : actualización 2015. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015.

- **Personas ≥ 30 años:** Tamizar con test de VPH y toma conjunta de citología (sólo serán leídas las citologías de las mujeres con test de VPH positivo).

Figura N°4 : Algoritmo de rastreo CCU en personas con útero 30 a 65 años con doble toma de muestra



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de: Instituto Nacional del cáncer, Ministerio de Salud. Prevención del cáncer cervicouterino : Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH : actualización 2015. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015.

Tabla N° 2 : Resumen rastreo CCU

Tamizaje	25 - 29 años	≥ 30 años	> 65 años
Test de VPH + Citología PAP	-	Cada 5 años	Discontinuar
Citología PAP	Anual o cada 2 años	Lectura solo si test de VPH positivo	Discontinuar

Vacunación:

La vacuna protege contra los tipos de VPH 16 y 18 asociados al desarrollo de anomalías en las células del cuello del útero. Además protege contra los tipos de VPH 6 y 11 vinculados al desarrollo de verrugas genitales.

El Calendario de Vacunación Nacional la incluye a partir de los 11 años (una dosis) y hasta los 26 años en personas con VIH y transplantado/as (de 21 - 26 años, 3 dosis).

Las indicaciones para personas con las siguientes condiciones de inmunocompromiso son:

- Lupus Eritematoso Sistémico (LES)
- Artritis Idiopática Juvenil (AIJ)
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)
- Dermatomiositis (DM)
- Otras enfermedades autoinmunes en plan de recibir drogas inmunosupresoras

Idealmente deben recibir el esquema completo antes de iniciar la inmunosupresión.

Figura 5 : Resumen recomendación vacunación VPH

VACUNA PARA HPV	11 años	< 15 años	15-18 años (catch-up) 19-26 años sin patología previa	Con patología previa tratada	HIV(+) / trasplantados
2 dosis (0-6)	x	x	-	-	-
3 dosis (0-2-6)	-	-	x	x	x

Fuente: SAPTGLyC, SOGIBA. Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: "Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino". Nueva guía 2022

Colposcopia:

Es un examen a través del cual se visualiza a gran aumento la integridad del epitelio de la vagina y el cuello del útero mediante un lente (colposcopio). Por medio de tinciones del tracto genital inferior se pueden observar cambios que sugieren la presencia de células anormales. Es un método de rastreo de segunda línea, que debe realizarse ante un resultado anormal del PAP, permitiendo la toma de una muestra de biopsia.

Las personas que viven con VIH presentan mayor riesgo de enfermedades oncogénicas del tracto genital inferior, así como mayor progresión y recidiva de lesiones. La inmunosupresión es predisponente para el VPH, y su grado se asocia con la prevalencia de citología e histología cervical anormal. Con recuentos menores a 200 CD4/microlitro aumenta la prevalencia de lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado, hay mayor

discordancia entre el resultado citológico e histológico y mayor tasa de falsos negativos. Por lo tanto, en este grupo, se recomienda la realización de PAP y colposcopia para el rastreo.

Bibliografía:

- Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, Maria José; Precci, Estefania; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando. Salud de la pareja y de la mujer. Cátedra Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UBA. CABA. (s.f.)
- Prevención del Cáncer Cervicouterino. Información básica para tomadores de muestras de test de VPH. Actualización 2020.
- Instituto Nacional del cáncer, Ministerio de Salud. Prevención del cáncer cervicouterino : Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH : actualización 2015. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015.
- Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino. 2014
- USPSTF. Cáncer de cuello uterino: detección. Agosto de 2018

Cáncer de mama

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en el mundo. Se estima que se diagnostican alrededor de 2.261.419 casos nuevos por año, los cuales implican más de 684.996 muertes. En Argentina, según SIVER-CA (Instituto Nacional del Cáncer 2022), a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS), las muertes en 2020 fueron de 5.634 mujeres y los casos nuevos, según los datos de Globocan 2020, fueron 22.024

Las estrategias para la prevención y control en el mediano plazo deben centrarse en la detección temprana y en la implementación de tratamientos pertinentes y oportunos^{III}. En la Argentina, más del 30% de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados, situación que pone en evidencia las falencias del sistema de salud para llegar tempranamente a estas personas

Factores de riesgo

Para el cáncer de mama no hay una única causa identificada como responsable sino que es multicausal. Se trata de una enfermedad que afecta principalmente a mujeres mayores de 50 años.

Se reconocen algunos factores que aumentan el riesgo de enfermar:

- Edad (el riesgo aumenta con la edad).
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad pre-neoplásica de mama.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama u otros cánceres como ovario y próstata.
- Tratamiento previo con radioterapia dirigida al tórax.
- Terapia de reemplazo hormonal.
- Primera menstruación a edad temprana
- Última menstruación a edad avanzada.
- Edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos.
- Alimentación: La dieta rica en grasas se ha asociado también a un mayor riesgo. El alcohol se ha considerado un factor de riesgo para el cáncer de mama (≥ 2 copas/día: Equivalencias: cerveza 350 cc, vino 150 cc, whisky 44 cc).
- Tabaquismo: La evidencia apoya firmemente la asociación, especialmente en mujeres premenopáusicas –tanto para fumadoras activas como pasivas– entre el consumo de tabaco y un mayor riesgo para cáncer de mama. El riesgo de cáncer de

mama es mayor cuanto mayor sea la duración del hábito tabáquico, y también a mayor cantidad de cigarrillos consumidos. El riesgo disminuye a medida que aumenten los años de cesación tabáquica

Recomendaciones para la prevención del cáncer de mama

El cáncer de mama es una de las entidades que cumple con los criterios de Frame y Carlson para recomendar su rastreo. La prevención secundaria en cáncer de mama consiste en detectar tempranamente la enfermedad a través de la realización de la mamografía. El Instituto Nacional del Cáncer (INC) recomienda el estudio mamográfico como método de tamizaje poblacional a las mujeres asintomáticas, con riesgo promedio, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama entre 50 y 69 años de edad, cada uno o dos años. Esto está basado en la mayor carga de la enfermedad en ese grupo etario y en el mejor desempeño de la mamografía.

La población objetivo para tamizar está compuesta por mujeres asintomáticas y sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama. Esto no quiere decir que mujeres fuera de ese rango etario no deban hacerse mamografías. Tanto en las mujeres menores de 50 como en aquellas de 70 años o más, la decisión de hacer o no una mamografía de tamizaje debe ser personalizada y conversada con la médica o el médico tratante, sopesando los beneficios y los perjuicios de realizar el estudio.

Según la USPSTF recomienda una mamografía de detección cada dos años para mujeres de 40 a 74 años (Recomendación Grado B). Para las personas mayores de 75 años, la USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para determinar el equilibrio entre los beneficios y los daños de la mamografía.

Auto-examen mamario y examen clínico mamario

El auto-examen mamario ha sido comparado con la no realización de tamizaje y no se observó ningún beneficio en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Incluso, existe evidencia sólida que muestra que lleva a la realización de más biopsias mamarias y más diagnósticos de lesiones benignas. Esta práctica puede ser útil para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, pero la recomendación del PNCM es no aconsejar en forma rutinaria la práctica del auto-examen mamario como método de tamizaje.

Diagnóstico

La detección temprana del cáncer de mama se realiza por medio de la mamografía. Con este estudio es posible detectar el cáncer de mama en su fase asintomática, cuando todavía la lesión no es palpable, por lo cual, es posible recurrir a mejores posibilidades de cura, con tratamientos menos agresivos que los que se realizan cuando el cáncer está más avanzado.

Como el informe de este estudio consiste en la interpretación de una imagen, el PNCM recomienda la utilización del sistema BI-RADS para la clasificación de los hallazgos mamográficos. Este sistema asigna a cada mamografía un número de 0 a 6 que se traduce en una probabilidad determinada de que la imagen que se observa en la placa corresponda a un cáncer de mama. Otros estudio de imágenes mamarias también se clasifican en BI-RADS, como la ecografía, la tomosíntesis o la resonancia nuclear magnética. Cada clasificación tiene asignada una probabilidad (para cáncer de mama) y es acompañado por una sugerencia de conducta: determinado tiempo para volver a repetir el control, estudios adicionales a realizar (biopsia- estudios de imágenes), etc.

Tabla N°1: Categoría sistema BI-RADS

<i>Categoría BI-RADS</i>	<i>Interpretación</i>
0	Estudio no concluyente, que requiere de estudios adicionales de imagen para una interpretación adecuada (proyecciones magnificadas o focalizadas, ecografía mamaria, etc). BI-RADS 0 NO corresponde al riesgo más bajo, sino que la/el médica/o imagenóloga/o no tiene los elementos suficientes como para definir la probabilidad de cáncer.
1	Estudio negativo o normal, donde se encontraron las estructuras sin daño aparente. Por lo que el control queda a criterio del médico/a solicitante, siendo éste un nuevo estudio cada año o cada dos años, dependiendo de la edad y de los factores de riesgo de la mujer solicitante.
2	Estudio que presenta una imagen con lesión o lesiones de naturaleza benigna específica (quiste, fibroadenoma, etc.) que requieren seguimiento o tratamiento ocasional según indicación clínica o igual al BI-RADS 1.

3	Estudio probablemente benigno. Presenta una imagen que será benigna en más del 98% de los casos, pero que no es concluyente, por lo que se debe realizar un seguimiento a base de estudios mamográficos (y/o ecográficos) a corto plazo para asegurar estabilidad y descartar malignidad. Se debe realizar el control de la imagen mamaria descripta a los 6 meses únicamente en la mama involucrada.
4	Estudio que presenta una imagen con apariencia de malignidad no contundente, por lo que debe sugerirse a la/el médica/o tratante la realización de una biopsia para la confirmación histopatológica de la lesión detectada por imagen. BI-RADS 4 tiene una probabilidad muy amplia de malignidad (2-95%).
5	Estudio que presenta imágenes altamente sugestivas de malignidad (más del 95% de ser un tumor maligno). En estos casos se recomienda la realización de una biopsia para hacer el estudio histopatológico en forma urgente para corroborar el diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento oportuno.
6	Si el estudio a evaluar corresponde a una persona que ya posee una biopsia de una lesión que es positiva para carcinoma mamario, aún no tratado, dicha lesión se categoriza como BI-RADS 6.

Fuente: Adaptado D'Orsi C, Sickles E, Mendelson E, et al. (2013) ACR BI-RADS® Atlas Breast Imaging Reporting and Data System 5th Edition. American College of Radiology.

Tamizaje mamario en varones trans con riesgo poblacional promedio

Para varones trans asintomáticos entre 50 y 69 años, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama, se recomienda la realización de una mamografía entre los 50 y 69 años con una periodicidad no mayor a 2 años.

En este sentido, guías internacionales recomiendan seguir en pacientes varones trans las pautas habituales para mujeres cis hasta la eventual realización de mastectomía.

En varones trans que realizan cirugía de modificación mamaria (mastectomía bilateral con corrección del surco submamario y reposicionamiento del complejo areola-pezones) se reduce el volumen mamario. Sin embargo, esto no es equivalente a una mastectomía de reducción de riesgo, y los controles posteriores con mamografía (y/o ecografía si está indicado) deberían realizarse de acuerdo con el tejido mamario remanente.

Bibliografía

- Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, Maria José; Precci, Estefania; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando. Salud de la pareja y de la mujer. Cátedra Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UBA. CABA. (s.f.)
- Documento técnico para referentes de programa : guía programática abreviada. adaptado por Verónica Pesce ;Alejandro Javier Di Sibio ; Susana Blanco. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer, 2021.
- Pesce , María Verónica et.al. Manual Programático de Navegación para pacientes en Cáncer de Mama.2a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer, 2023.
- Di Sibio Alejandro, et al. Manual operativo de evaluación clínica mamaria. 5a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer, 2023.
- D'Orsi C, Sickles E, Mendelson E, et al. (2013) ACR BI-RADS® Atlas Breast Imaging Reporting and Data System 5th Edition. American College of Radiology.
- USPSTF. Cáncer de mama: detección. Abril 2024. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-62-screening>