

NO. 30 | AÑO 2019

RELEVANCIA[®]

MÉDICA

Ginecología
& Obstetricia

GRATUITA

f /REVISTARELEVANCIAMEDICAGUATEMALA





“

**ANTES QUE MÉDICOS SOMOS
HUMANOS QUE COMO
GINECÓLOGOS Y OBSTETRAS
TENEMOS LA MISIÓN Y
LA RESPONSABILIDAD DE
VELAR NO SOLO POR LA VIDA
DE LOS SERES HUMANOS,
SINO TAMBIÉN POR LA
SUPERVIVENCIA DE LA
HUMANIDAD ”**

*Doctor Carlos Enrique Zea Flores
Ginecólogo y Obstetra.*

Carta EDITORIAL



DRA. LINDA VALENCIA

PRESIDENTA 2018

*Asociación de Ginecología y
Obstetricia de Guatemala*

La asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala es una de las sociedades médicas más antiguas y más grande de Guatemala, que reúne a la mayoría de gineco-obstetras destacados de nuestro país y que ha trabajado fortaleciendo el interés científico de sus asociados, pero además aportando desde el expertaje técnico, científico y público a la salud de las mujeres guatemaltecas, ellas son finalmente nuestra razón profesional.

Esté número editorial lo dedicamos a los problemas más urgentes en materia de salud y derechos humanos de las mujeres, son artículos de utilidad y conocimiento no solo para los médicos, sino para las mujeres, ya que un propósito primordial de la salud, es poder informar y educar a la población.

La salud en su contexto amplio no solo es la ausencia de la enfermedad, sino es el completo bienestar físico, mental y social, de allí la importancia que la salud sea vista de manera integral.

Nuestro país por sus condiciones sociales y económicas persiste aun con problemas complejos y estructurales, como la mortalidad materna, la violencia sexual, los embarazos en adolescentes, el cáncer cérvico uterino, que más allá de tratar y curar, requieren el interés público para prevenirlos, además la integralidad de abordarlos y tratarlos, desde sus aspectos clínicos, pero con una visión de derechos humanos de las mujeres.

Agradezco a mis colegas por el entusiasmo mostrado en participar desarrollando los artículos de esta edición, a **REVISTA RELEVANCIA MÉDICA** por la invitación y dedicarnos este número editorial y sobre todo a las mujeres guatemaltecas por darnos la confianza y el cariño de atender sus problemas de salud.

Director General

Dr. René Fonseca Borja

Directora Comercial

Mónica Icuté Velásquez

Consejo Editorial

Dr. René Fonseca Borja /
Mónica Icuté Velásquez /
Wanda de Morales

Diseño Gráfico y Diagramación

Andrés González
Ana Rodríguez

Marketing Digital & Social Media

Alejandra Soto

Redacción & Ortografía

Alejandra Soto / Margarita Velásquez

Carta Editorial

Dra. Linda Valencia

Autores

Dra. Linda Valencia
Dr. Luis André Paniagua
Dra. Claudia Camel
Dra. Karen López De León
Dr. Jorge De León Soto
Licenciada Ximena Casas
Dra. Linda Valencia
Dr. Armando Sánchez López

Contacto

Tel: + (502) 2255-8744
Cel: + (502) 5327-3988
rm@revistarelevanciamedica.com

Impresión Visión Digital

Los artículos y materiales publicitarios incluidos representan la opinión de sus autores y anunciantes quienes son responsables de los mismos. Todos los derechos están reservados incluyendo derechos de autor, creatividad y diseño.

Revista Relevancia Médica es propiedad de R&M Integral Services Corporation, S.A. (INSECO,S.A.) **impresa en Guatemala, C.A. el 17 de mayo de 2019.**

RELEVANCIA[®] MÉDICA

05 **ATENCIÓN HUMANIZADA**
Dra. Linda Valencia

14 **¿TENGO BABY BLUES
O DEPRESIÓN?**
Dr. Luis André Paniagua

20 **CÁNCER DE CÉRVIX**
Dra. Claudia Camel

28 **EMBARAZO
ADOLESCENTE**
Dra. Karen López De León

32 **NUEVAS TERAPIAS EN EL
SÍNDROME GENITOURI-
NARIO DE LA
MENOPAUSIA**
Dr. Jorge De León Soto

37 **VIDAS ROBADAS
NIÑAS, NO MADRES**
Licenciada Ximena Casas
Dra. Linda Valencia

47 **EVALUACIÓN DE LA
PAREJA, DE MUJERES
CON VIRUS DEL
PAPILOMA HUMANO
(VPH)**
Dr. Armando Sánchez López



ATENCIÓN *humanizada*

DEL PARTO

Y NACIMIENTO

Dra. Linda Valencia

Ginecóloga y Obstetra

El nacimiento es algo trascendental,
un acontecimiento que se estampa
en su personalidad.

**DE CÓMO LES DEMOS LA BIENVENIDA
A ESTE MUNDO, VA A DEPENDER EN
GRAN PARTE SU FUTURO**

“
**CÓMO LES
DEMOS LA
BIENVENIDA A
ESTE MUNDO
VA A DEPENDER
EN GRAN PARTE
SU FUTURO**
”

PARTO RESPETADO

El respeto, el afecto, el sentimiento de ser amado, abren el corazón al amor. Por el contrario, la agresividad, el rechazo, el abandono, el sufrimiento, lo incapacitan. De cómo les demos la bienvenida a este mundo va a depender en gran parte su futuro y su futuro es el de nuestra sociedad, el de nuestra civilización, el de la humanidad en conjunto. (Manifiesto El Impacto de Nacer, plataforma pro derechos del nacimiento: www.pangea.org)

Cambio de paradigma en la atención del parto

Durante el siglo XX, la falta de confianza en la naturaleza y el exceso de confianza médica en la tecnología, llevaron a la aplicación de una serie de prácticas que fueron caracterizando la obstetricia moderna:

- los hospitales reemplazaron a los hogares,
- el equipo de los hospitales ocupó el lugar de la familia como apoyo en el parto, la posición de litotomía acostada desplazó a las posturas verticales,
- el examen del recién nacido en los primeros 20 minutos sustituyó al contacto materno,
- la leche artificial reemplazó a la leche materna,
- las incubadoras sustituyeron a la madre,
- en los años 80 evolucionaron dos grandes conceptos diferentes: por un lado el

modelo médico y por el otro el modelo social; este último apoyado mayoritariamente por parteras, científicos perinatales y profesionales de la salud pública,

- los 90 fueron testigos de una aceleración de la difusión del modelo social: poco a poco, la medicina basada en evidencias se convirtió en la meta y fue ofreciendo pruebas contundentes hacia la necesidad de cambios en la atención institucional del parto.

Poco a poco, en algunos países se empezaron a poner cortinas y mecedoras en las salas de parto, se colocó toda la maquinaria tecnológica detrás de las cortinas, se desarrollaron casas de partos independientes, aumentó el número de parteras, se hicieron cambios legislativos y se llegó a la conclusión de que el modelo médico funciona bastante bien para la enfermedad y los accidentes, pero que no encaja bien dentro de los ciclos de la vida como el nacimiento o la muerte.



“

VIVIR LA EXPERIENCIA COMO UN MOMENTO ESPECIAL, PLACENTERO, EN CONDICIONES **DE DIGNIDAD HUMANA.** ”

Los nuevos enfoques de la atención humanizada:

- **HUMANIZADA**, basada en los derechos y necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebé y su familia.
- **BASADA EN EVIDENCIA CIENTÍFICA** y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- Con **ENFOQUE INTERCULTURAL**.

- Realizada por **PERSONAL CALIFICADO**.

Atención humanizada del parto y nacimiento

Una práctica no violenta de atención del embarazo, parto y nacimiento, asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, parejas y bebés reduciendo complicaciones perinatales, la mortalidad materna y los costos de asistencia médica.

Parto humanizado

Se le ha llamado “parto humanizado” al modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental el que se **viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto**, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia.

Nacimiento humanizado

El término de “nacimiento humanizado” abre a más elementos, dándole un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en el bebé recién nacido y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata al nacimiento, en un contexto amoroso y no violento. (Retomado de la definición elaborada por el Dr. Hernán José García Ramírez).

La medicina basada en evidencias

Es un abordaje que, con el objetivo de ofrecer la mejor información disponible para la toma de decisiones, utiliza las herramientas de la epidemiología clínica, la estadística, la metodología científica y la informática.

Respeto de los derechos humanos y reproductivos:

- respeto de la cultura, rituales y conocimientos ancestrales. Visión del parto como un hecho fisiológico, trascendente, íntimo y personal,
- parto conducido por la mujer con autonomía y libertad, en una atmósfera de amor, respeto y seguridad,
- principio de no intervención rutinaria en el proceso natural,
- vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional,
- respeto de la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos),
- respeto de la privacidad, la dignidad y la confidencialidad,
- cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido.

Une la experiencia clínica individual, evidencias clínicas disponibles obtenidas en estudios sistemáticos y las características y expectativas de las mujeres; **considerando la seguridad en las intervenciones y la ética en la totalidad de las acciones.**

Las evidencias, las vivencias, la capacidad y la ética son los componentes que deben ser integrados en la práctica de cualquier profesión en el área de la salud.

Prácticas recomendadas por la OMS (WHO/FRH/MSM/96.24):

- permitir que las mujeres

- tomen decisiones acerca de su cuidado,
- acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto,
- no hacer episiotomía de rutina,
- no hacer rasurado y enema de rutina,
- no hacer monitoreo fetal electrónico de rutina,
- permitir toma de líquidos y alimentos en trabajo de parto,
- restringir el uso de oxitócica,
- analgesia y anestesia,
- limitar la tasa de cesárea al 10-15%.



Beneficios del acompañamiento y apoyo continuo en el trabajo de parto y parto:

- trabajo de parto más corto,
- menor necesidad de oxitocina y analgesia,
- bebés más saludables (mejores índices de Apgar),
- menor uso de fórceps y vacuum,
- menor número de cesáreas,
- mayor satisfacción de la mujer,

*“Los paradigmas en la atención materna nuevamente se mueven, hacia **lo más natural, respetuoso y en sintonía con la naturaleza y los derechos humanos de las mujeres.**”*

Beneficios del contacto piel a piel:

- el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible,
- la alimentación del bebé debe iniciar cuando esté dando señales de estar listo/a para recibirla, mostrando salivación, movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno,
- debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos,
- la realización de los exámenes del recién nacido sano deben hacerse junto a la cama de la madre y



posponer la realización de los exámenes que no sean necesarios,

- posponer y de ser posible no realizar la aplicación de la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre-hijo se vea alterado,
- buscar el momento apropiado para la aplicación de la vitamina K.

Cesárea humanizada:

- la mujer y el bebé tienen un tiempo especial, fluido, respetado y lleno de calidez en el momento del nacimiento, así que puede haber un vínculo entre madre y bebé,
- la mujer puede estar acompañada de su pareja o algún

familiar dentro del quirófano, recibiendo información sobre cada procedimiento que se está realizando,

- la mujer se prepara junto con el equipo médico,
- ella puede llevar música que la relaje o le guste, estar despierta durante el procedimiento, tener al bebé inmediatamente al nacer para abrazarlo y besarlo e incluso amamantarlo dentro del quirófano, mientras se termina el procedimiento quirúrgico,
- la cesárea humanizada debe ser realizada por un equipo médico comprometido, sensibilizado y respetuoso de las necesidades de silencio o relajación que la mujer

desea durante ese momento especial.

“

**EL RECIÉN NACIDO
SANO DEBE PERMANECER
CON LA MADRE SIEMPRE QUE
SEA POSIBLE**

”

MATERNIDAD

EL PILAR DE TUS MOMENTOS IMPORTANTES

Sanatorio El Pilar te espera con sus puertas abiertas para cuidar de tu salud: maternidad, cuidados intensivos neonatales, pediatría y emergencias las 24 horas del día, 7 días a la semana.



**Canadian Healthcare
Council**



**SANATORIO
El Pilar**

PBX: 2279 5000 -   



“ Al principio de mi carrera, mientras brindaba atención a mujeres en hospitales en Guatemala, me di cuenta de que la salud materna está en el corazón de la justicia social. Desde entonces, he trabajado todos los días para proteger la vida de las mujeres y construir una sociedad más justa e igualitaria. ”

Dra. Linda Valencia

Presidenta de AGOG -2018-

*Asociación de Ginecología y
Obstetricia de Guatemala*



**GALARDONADA COMO
VISIONARIA EN SALUD
MATERNA 2018**

El Galardón Maternal Health Visionary es otorgado por la Escuela T.H. Chan de Salud Pública de la Universidad de Harvard para honrar a las personas que han tenido un impacto en el campo de la salud materna.



¿TENGO *baby blues*

O DEPRESIÓN?

Dr. Luis André Paniagua
Psiquiatra

Cada minuto nacen 180 niños en el mundo, es decir 10,800 cada hora o 259,200 al día. Aparecen alteraciones del estado de ánimo similares a la depresión en **200 MUJERES POR CADA 1,000 NACIMIENTOS (¡HAGA SU CUENTA!).**

“
**EN ALGUNAS
OCASIONES LOS
BABY BLUES SE
COMPLICAN
Y PUEDEN
PROGRESAR
A DEPRESIÓN
POSTPARTO.**
”

Los síntomas incluyen tristeza, falta de placer, decaimiento, alteraciones de sueño, irritabilidad y baja autoestima. Esta condición es más frecuente que otras complicaciones obstétricas como la preeclampsia (presión arterial alta), 20 mujeres embarazadas por cada 1000, diabetes gestacional, 50 mujeres embarazadas por cada 1000, y parto prematuro, 100 mujeres embarazadas por cada 1000.

Al grupo de síntomas y signos de depresión que aparecen después del parto se les conoce como **DEPRESIÓN POSTPARTO**. Generalmente inicia después de las 4 semanas posteriores al parto aunque puede presentarse en los días siguientes al mismo o hasta un año después y dura más de 2 meses.

La causa exacta se desconoce, pero es muy probable que estén implicados, tanto factores biológicos (predisposición genética o los cambios hormonales que se producen con la gestación, el parto y durante la lactancia), como factores socioculturales.

El diagnóstico es muy difícil de realizar debido a la resistencia de consultar a profesionales de la salud mental y a la falta de exámenes específicos.

50%

de las mujeres con depresión postparto no recibe ayuda profesional, ni de amigos o familiares.

Por otro lado, el diagnóstico puede confundirse con los Baby Blues. Estos son un grupo de sensaciones y comportamientos relacionados a las emociones encontradas sobre la llegada del recién nacido que duran de 2 a 6 semanas.

Presentan llanto, dificultad para dormir, agotamiento, confusión, irritabilidad, tristeza y nerviosismo.

Esto podría generarse por una tensión emocional relacionada a cambios en el cuerpo a

raíz del embarazo y el parto, cambios en las relaciones laborales y sociales, a tener menos tiempo y libertad para sí misma, a la falta de sueño y a las preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre.

A pesar de ser una situación compleja, no interfiere con la habilidad de una mujer para cuidar a su bebé; esta condición la sufre **más del 50% de las mujeres después del parto.**

En algunas ocasiones los Baby Blues se complican y pueden progresar a depresión postparto.

Actualmente se utiliza la escala de depresión postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) para mejorar el diag-

nóstico. Este cuestionario autoaplicable permite la detección y tratamiento tempranos de episodios depresivos.


El tratamiento de la depresión postparto o los Baby Blues debe incluir cambios en el estilo de vida:

- Sesiones diarias de ejercicio cardiovascular de 45 minutos de duración.



- Alimentación rica en vitamina C, Ácido Fólico, Triptófano, Omega 3 y 6, Calcio, Magnesio, Potasio.





“ LA LACTANCIA
MATERNA HA
DEMOSTRADO
SER UN FACTOR
PROTECTOR
CONTRA EL
DESARROLLO
DE DEPRESIÓN
POSTPARTO. ”

En el caso de la depresión postparto, las guías de tratamiento sugieren el uso de fármacos antidepresivos.

Su uso se decide en base a los riesgos y beneficios que pueda conllevar.

En el caso de la depresión postparto, las guías de tratamiento sugieren el uso de fármacos antidepresivos. Su uso se decide en base a los riesgos y beneficios que pueda conllevar. Durante la lactancia materna estos medicamentos pueden transmitirse al bebé por la leche materna causando somnolencia, pérdida de apetito y peso, a pesar de estos efectos su uso es recomendado y debe ser estrictamente bajo supervisión de un Psiquiatra.

Sumado al ejercicio, la dieta y los fármacos, es vital llevar a cabo acompañamiento psicológico que permita a las madres mejorar la percepción de la maternidad y lo que esta implica.

La depresión postparto es una forma de depresión que se desarrolla a partir del nacimiento del bebé y que no debe confundirse con los Baby Blues. El primer paso para lidiar con este tipo de depresión es manifestar lo que se siente (sin culpa o vergüenza) a la familia, amigos y/o a algún profesional de la salud (Gineco Obstetra, Psiquiatra, Médico General...).

Consultar de manera temprana permitirá realizar un diagnóstico y un tratamiento oportunos, evitando de esta manera complicaciones para la familia, la madre y en especial para el recién nacido.

Comparación entre Baby Blues y depresión postparto

BABY BLUES	DEPRESIÓN POSTPARTO
Ganas de llorar / Tristeza / Labilidad Emocional.	Labilidad emocional y tristeza extremas. Falta de placer e interés.
Irritabilidad.	Mucha irritabilidad.
Sentimientos de culpa (mala madre).	Sentimientos de culpa e Ideas suicidas.
Ansiedad.	Mucha Ansiedad.
Pérdida de apetito.	Pérdida o ganancia de apetito.
Problemas de sueño.	Problemas de sueño.
Sentimientos de incapacidad para hacer frente a las necesidades del hijo (a).	No cubre las necesidades del hijo (a).
Problemas de memoria.	Afectación de todas las funciones mentales superiores.
Dura de 2 a 6 semanas.	Dura más de 2 meses.

Alimentos que mejoran el estado de ánimo



Alimentos ricos en **VITAMINA C**

Pimientos.
Limones, naranjas.
Fresas.
Papaya.
Coliflor, Brócoli.



Alimentos ricos en **ÁCIDO FÓLICO**

Brócoli.
Espinaca.
Espárragos.
Aguacate.
Garbanzos.
Lentejas.



Alimentos ricos en **TRIPTÓFANO**

Lentejas.
Avena.
Nueces, almendras.
Higo.
Mango.



Alimentos ricos en **OMEGA 3 Y 6**

Nueces.
Salmón.
Aceite de Girasol.



Alimentos ricos en **CALCIO Y MAGNESIO**

Limones.
Naranja.
Higo.

Somos el oxígeno de Guatemala



PBX: 2421-0400 www.productosdelaire.com

Síguenos 



 **Productos**
del Aire



CÁNCER DE *cérvix*

O CÁNCER
DEL CUELLO
DE LA MATRIZ

Dra. Claudia Camel

*Programa Nacional de Salud Reproductiva
Ministerio de Salud Pública*

El cáncer de cérvix, **ES EL PRINCIPAL CÁNCER
REPORTADO EN MUJERES GUATEMALTECAS.**

“
**EL CÁNCER DE
 CÉRVIX, ES EL
 PRINCIPAL
 CÁNCER
 REPORTADO EN
 MUJERES
 GUATEMALTE-
 CAS.**
 ”

Magnitud del problema

A pesar de ser un cáncer prevenible:

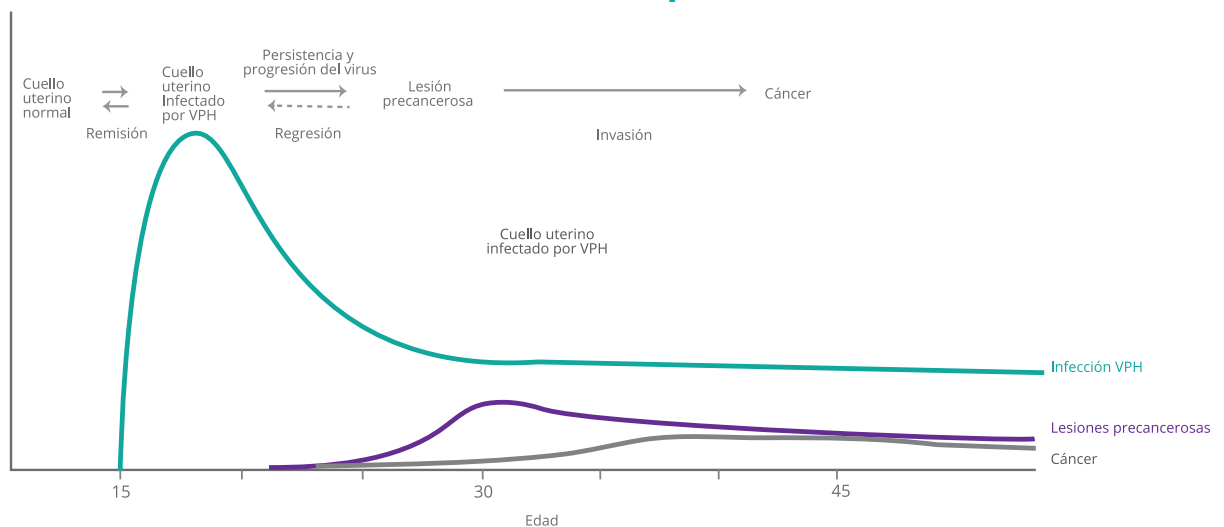
- es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres guatemaltecas,
- provoca más muertes que la muerte materna, 1,393 nuevos casos al año (**75% identificado en fases avanzadas**).
- **673** muertes por año,
- por cada muerte por cáncer, **6 huérfanos**,
- el país no cuenta con un sistema de información que reporte datos reales, solo se cuenta con estimaciones,
- desde **1957** se realiza estrategia de detección basada en, Papanicolaou que no ha demostrado impacto en reducción de tasas de cáncer.

Aunque todas las mujeres del mundo están expuestas al VPH (virus del papiloma humano) causante del cáncer cervical, las mujeres que viven en países con poco o ningún acceso a la prevención, son las afectadas en el **80%** de los casos, en los cuales el sistema de prevención falla constantemente.

Razones de esta falta de repercusión significativa son multifacéticas y relacionan:

- el escaso reconocimiento del cáncer cervicouterino como un problema de salud pública prevenible,
- la coordinación y gestión subóptima de los programas de prevención y control,
- los recursos e infraestructura inadecuados para garantizar la calidad, retos socioculturales especiales de la mujer,

Los métodos integrales de prevención y control del cáncer de cuello de útero, dos oportunidades de intervenir:



• Fuente: Schiffman M. Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. New England Journal of Medicine, 2005, 353 (20)

TRES ESTRATEGIAS CIENTÍFICA- MENTE PROBADAS:

La evidencia sugiere la adopción de estrategias enfocadas en la persistencia del agente causal del cáncer HPV.

El mayor potencial de reducción de las tasas de cáncer de cuello uterino con el VPH se encuentra en regiones de bajos recursos y poco acceso, ya que pueden implementar tamizaje con una prueba de alta calidad a bajo costo. (Human Papillomavirus Testing in the Prevention of Cervical Cancer Mark Schiffman, Oxford University Press 2011).



Características de la prevención de cáncer

CARACTERÍSTICA	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
Edad	Niñas de 9 a10 años	Mujeres arriba de 24 años	Mujeres con cáncer
Intervención	Educación Vacunas	Tamizaje: ADN, IVAA, PAP * Tratamiento pre cáncer	Cirugía, radioterapia, quimioterapia
Costos	Q.151.00	Q.56.00 a Q800.00	Hasta Q 43,000.00
Efectividad	Hasta 70%	Depende del método de tamizaje, así como coberturas	Depende de estadio y recursos

Las nuevas estrategias implementadas en salud pública:

- nuevas tecnologías para tratamiento de precáncer, termo coagulación (año 2003),
- vacunas (año 2006),
- estrategias de seguimiento: Ver y tratar (año 2008),
- nuevas tecnologías para identificación temprana: ADN (año 2009).

Pruebas de ADN en modalidad de auto toma

1 Despacio y con suavidad, mete el cepillito en su vagina hasta que tope. Si no pasa fácilmente, gire el cepillito poco a poco para que pueda deslizarse hasta que tope. Va a entrar unos 10 centímetros.

2 Una vez dentro de su vagina, espera unos 10 segundos y le da 5 vueltas al cepillito.

Las pruebas de ADN en modalidad de auto toma, aceptada en un

90%

*en la población guatemalteca, es la **tendencia de aceptabilidad a nivel latinoamericano.***

Traspassando las barreras de acceso

- ofertar las pruebas de tamizaje en el lugar donde viven o se mantienen las mujeres, como en el lugar de su trabajo, ha hecho que se aumente el tamizaje en un 33%,
- las alternativas de tratamiento ablativo, hacen posible el tratamiento cada vez más local,
- hoy en día, se recomiendan nuevos enfoques y herramientas para la detección y el tratamiento de lesiones

- precancerosas y cáncer:
- la vacuna del VPH para las niñas,
- pruebas de ADN por su alta sensibilidad y económicamente sustentable.

Resumen

- la prevención del cáncer de cuello uterino ha cambiado en los últimos años, en toda la región,
- las decisiones que tomemos hoy, serán los resultados en 20 años,
- los cambios continúan y se espera más opciones para la detección y tratamiento temprano,

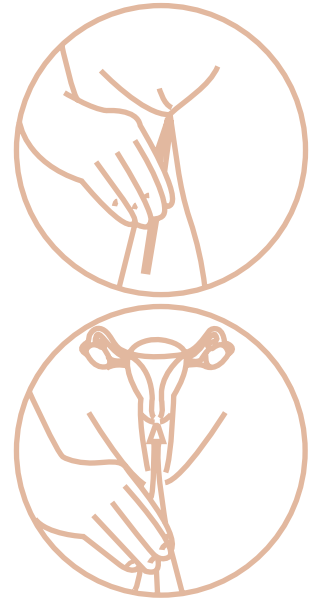
Parece que la decisión de considerar valiosa la vida de sus mujeres para implementar estrategias de protección a la salud está en la misma sociedad.

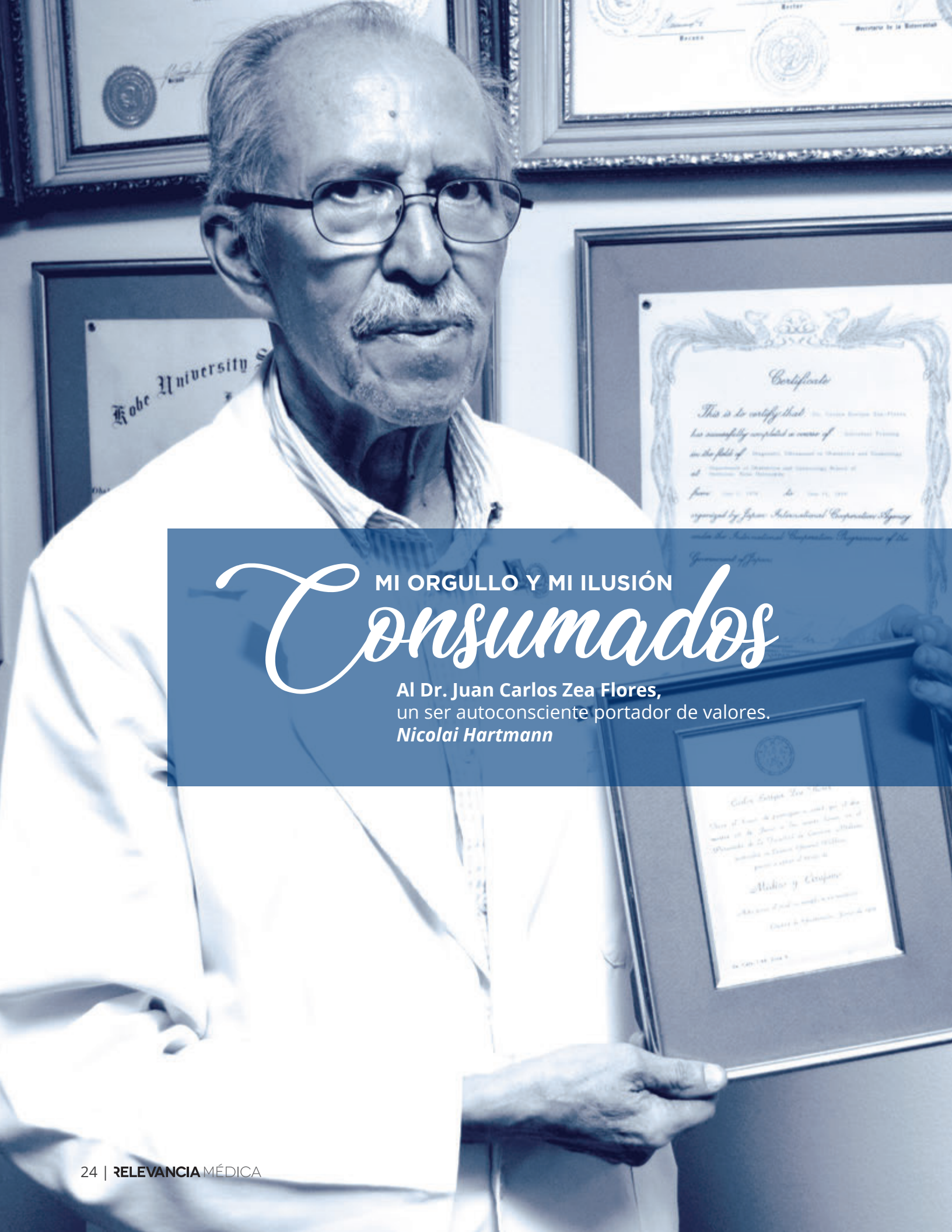
Retos:

- voluntad política para buscar cambios,
- sostenibilidad financiera,

- información, comunicación y educación de todos los actores involucrados,
- elaboración de manuales, guías actualizadas, planes, basados en evidencia,
- promoción de la importancia de la vacuna preventiva de cáncer de cérvix,
- capacidad instalada de los servicios para implementar nuevas estrategias,
- sistema de información y estadística que garantice el registro, consolidación de los datos, la evaluación de los resultados, así como el seguimiento de cobertura por dosis en el esquema.

¡ÚNETE A LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER!





MI ORGULLO Y MI ILUSIÓN

Consumados

Al Dr. Juan Carlos Zea Flores,
un ser autoconsciente portador de valores.
Nicolai Hartmann

Solo Dios sabe el plan que para cada ser humano tiene en la vida, interpretado como el destino que a la sociedad su labor orienta, para aplicar con justicia el juramento que hizo como Médico e intervenir con ética la llegada de otro ser humano a este mundo.

Dueño de un intelecto y carácter forjados de emociones simultáneas para hacer lo que le ha gustado llenando de huellas su fértil trayecto; humanista porque su concepto va más allá de velar por la vida del ser humano, derrochando su delicadeza, esmero y respeto por la creación llena de sorpresas.

Son numerosos los pacientes que experimentaron su sensibilidad, la dedicación del galeno que ha vestido de tenacidad sus manos, y ha construido consciencia en los padres para cuidar a sus hijos, padre vestido de médico que aporta en el cambio de la sociedad.

Forjador de un hogar cálido, con un matrimonio basado en la confianza lleno de admiración y ternura expresados en su compañera de vida; trasladado y heredado en amor y dulzura por las niñas de sus ojos mujeres razón de su vocación y musas de la inspiración de sus poemas.

Un hijo que le roba una sonrisa desde el alma y hace lo que él ayer solía, su orgullo e ilusión consumados, engrandecedor del ejemplo de su padre.

Guatemala, 10 de julio de 2018
René Fonseca Borja, Ecuador

¿POR QUÉ SE ESCRIBIÓ ESTE POEMA?

Aunque parezca algo extraño, pocas veces uno tiene la oportunidad de conocer a un personaje de los quilates del **Dr. Juan Carlos Zea Flores**, quien ha dejado su huella en la vida de mucha gente, que atendió y se involucró en el proceso, pero también fue el pionero mundial al hacer el primer trasplante de ovario en una mujer joven, cambiándole la vida diametralmente, lo cual le hace protagonista de soluciones para la humanidad.

El Dr. Juan Carlos Zea Flores, es una persona y profesional que se ha preocupado por estudiar no solo en su país, si no en el extranjero cuyos frutos son el prestigio y el bien que ha hecho a las muchas personas que atendió, por otro lado su hijo es el mejor emblema que tiene, porque en él ve sus ilusiones y metas alcanzadas y la continuación de sus huellas.

Felicidades porque ha tenido un matrimonio lleno de armonía e hijos que han seguido sus pasos como personas, lo cual dice mucho del esmero que puso en educar y preparar a sus retoños, para que enfrenten la vida en sus propias características y dimensiones.



“ **PIONERO MUNDIAL AL HACER EL PRIMER TRASPLANTE DE OVARIO EN UNA MUJER JOVEN** ”

Vacunas

para todos, durante toda la vida

protege a tus hijos de enfermedades



BCG

Hepatitis B

Poliomielitis

Pentavalente

Rotavirus

Neumococo

Influenza

SPR

Hepatitis A

Varicela

DPT

VPH



www.igssgt.org

#IGSS2019AñoPrevención

Si eres afiliado o derechohabiente, asiste a las unidades del IGSS y solicita las vacunas



EMBARAZO adolescente

Dra. Karen López De León

Ginecóloga y Obstetra.

16 millones de mujeres de 15 a 19 años
y aproximadamente **1 MILLÓN DE NIÑAS MENORES
DE 15 AÑOS DAN A LUZ CADA AÑO, LA MAYORÍA EN
PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIANOS.**

Cuántas veces hemos escuchado este título **“EMBARAZO ADOLESCENTE”** probablemente muchas veces con amigos, vecinos o a lo mejor dentro de la familia, en mis años de experiencia como Ginecóloga y Obstetra he tenido que escucharlo y manejarlo en varias ocasiones: en algunas he visto reacciones de emoción, en otras de preocupación y en la mayoría confusión, principalmente cuando se enteran de la noticia, que en realidad es una **GRAN NOTICIA**.

Todos sabemos que es una etapa maravillosa, tendríamos que celebrarlo, pero cuando asociamos la noticia de embarazo y edad, este si se vuelve problema en su mayoría, sabemos en realidad que no es solo el enojo o la ira lo que en realidad importa, hay muchos otros problemas que vienen como: **cambios en su desarrollo físico, social, económico etc.**

En la actualidad el embarazo en adolescentes ha tomado mucha importancia, y realmente deberíamos con urgencia enfocarnos en ello, empezando por hablarlo en la familia, de una manera clara a nuestros hijos, sí... a nuestros hijos, porque es un tema que abarca, tanto a las niñas, como a los niños, enseñándoles a respetar, ser respetados, a saber tomar las mejores decisiones pensando y ayudarlos a enfocarse en su futuro, es por ello que deseo informarles sobre el tema en la siguiente revisión.

“

**HAY MUCHOS
PROBLEMAS QUE
VIENEN COMO:
CAMBIOS EN SU
DESARROLLO
FÍSICO, SOCIAL,
ECONÓMICO.**

”





“
**NIÑAS
TENIENDO
NIÑOS.**
”

La organización mundial de la salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, lo que les entraña un elevado riesgo de traumas, tanto intencionados, como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de

transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus del papiloma humano (HPV).

Alarmante situación de **NIÑAS TENIENDO NIÑOS,**

Guatemala requiere urgente atención de todas las instituciones, cientos de adolescentes son madres, muchas de ellas se embarazan producto de desinformación sobre sexualidad, o por matrimonios en edad muy precoz.

Otras son embarazadas como resultado de violaciones sufridas en sus propios hogares.

Las consecuencias de estos embarazos en niñas y adolescentes son terribles para ellas y para la sociedad, para las niñas las consecuencias son aterradoras porque un embarazo determina problemas mentales graves, interrumpe un plan de vida y contribuye a un ahondamiento de la víctima y de su familia en el círculo de la pobreza.

Para la sociedad, estos embarazos constituyen un freno y obstáculo para el desarrollo socio-económico del país.

Hay datos realmente importantes y alarmantes a nivel mundial como:

- unos 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos,
- las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo,
- cada año, unos 3 millones de jóvenes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos,
- los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir, que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años,

Pero también hay propuestas importantes de organizaciones de salud como las de la OMS, que hace recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:



Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años.



Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.



Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.



Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes.



Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes.



Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

Para contrarrestar esta situación se requiere asegurar la educación formal, incorporar educación sexual en las escuelas, apoyar a las familias y los adolescentes con espacios de diálogo amigables.

Además, si se considera que muchos de estos embarazos son resultado de abusos sexuales y violencia, es de vital importancia empoderar a estas niñas y sus familias en el conocimiento de sus derechos, denunciando a los perpetradores y rompiendo el silencio, el cual frecuentemente impide que estas situaciones salgan a luz pública.

*La maternidad en la adolescencia es un problema que afecta y amenaza el avance de siete de los ocho **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**, en especial los referentes a la educación primaria, mortalidad infantil, salud materna y equidad de género.*



NUEVAS *Terapias*

EN EL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

Dr. Jorge De León Soto

Máster en Ginecología y Obstetricia

Máster en Medicina Estética y Antiaging

El término síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), es un concepto nuevo que se utiliza desde el 2012 **Y QUE HA VENIDO A REEMPLAZAR EL CONCEPTO DE ATROFIA VAGINAL.**

“

AFECTA EN GRAN MANERA LA CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER, ASÍ COMO SU VIDA DE PAREJA YA QUE AFECTA MUCHAS VECES LA SALUD SEXUAL.

”

El término síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), es un concepto nuevo que se utiliza desde el 2012 y que ha venido a reemplazar el concepto de atrofia vaginal; este cambio fue modificado por la International Society for the Study of Woman,s Sexual Health (ISSWSH) y la North American Menopause Society (NAMS).

El SGM abarca un conjunto de síntomas y signos que principalmente se producen por la disminución de estrógenos y esteroides sexuales que repercuten en cambios a nivel de los labios mayores y menores en la mujer, así como cambios a nivel del introito, vulva, clítoris, uretra y vejiga.

Este síndrome abarca no sólo los síntomas y cambios a nivel genital como resequeidad vaginal, sensación de ardor e irritación, sino que también incluye síntomas a nivel sexual como: falta de lubricación y dolor al tener relaciones (dispareunia) que llevan a disminución en la gratificación sexual, también incluye síntomas urinarios como: urgencia para orinar, aumento en la frecuencia para ir al baño, dolor al orinar y aumento en la probabilidad de adquirir infecciones urinarias.

¿Por qué es importante conocer del SGM?

Esta es una enfermedad crónica muy frecuente lo padece un

50%

*de las mujeres en la **perimenopausia y postmenopausia***

y abarca tantos síntomas que a veces es subdiagnosticada o subtratada. Es un padecimiento que afecta en gran manera la calidad de vida en la mujer, así como su vida de pareja ya que afecta muchas veces la salud sexual.

Clínicamente podemos observar un tejido vaginal más delgado y reseco lo cual puede conllevar a un acortamiento de la vagina. La mucosa vagi-

nal es cada vez menos elástica, pierde su rugosidad y se afecta la microbiota vaginal; a todo esto se le agrega la pérdida de flujo sanguíneo normal a nivel de la vagina que puede llevar a una atrofia severa y provocar un tejido friable que sangra con facilidad y que en casos más severos, pone en riesgo a las mujeres a padecer otras patologías que afecten su día a día.

Todos estos cambios afectan la estructura y la función de los tejidos vaginales, lo cual genera mala calidad de colágeno y menor producción del colágeno bueno, se rompen fibras elásticas del tejido y la hidratación de la vagina es menor con muy poca capacidad de producir ácido hialurónico que la hidrate.



“

ALGO MUY IMPORTANTE ES EL HACER UN BUEN DIAGNÓSTICO Y CLASIFICAR LA PATOLOGÍA DE ACUERDO A LA SINTOMATOLOGÍA O GRADO DE AFECCIÓN.

”

¿Qué hacemos con el SGM?

Algo muy importante es el hacer un buen diagnóstico y que se pueda clasificar la patología de acuerdo a la sintomatología o grado de afección en cada paciente. Las recomendaciones iniciales para el manejo del SGM consisten en lubricantes vaginales, de los cuales existen muchas opciones y cada vez mejores opciones como el uso del ácido hialurónico en gel.

En los casos moderados a severos que no responden a los lubricantes, el tratamiento es más complejo, es aquí donde entra el arte de cada médico en poder dar un abordaje más integral a la mujer y sobre todo ofrecer la mejor calidad de vida a cada paciente, quien cada día es más exigente y desea llevar una vida activa y completa.

Por todo esto es necesario subir el escalón en el manejo de esta patología y se evalúa el uso de la terapia de reemplazo hormonal, ya sea de forma sistémica o localmente en el tejido vaginal.

¿Qué hay de nuevo?

Con la aparición del **LASER** en medicina y sus excelentes resultados en el uso de la dermatología y medicina estética, surgió el uso de esta tecnología a nivel vaginal la cual ya ha demostrado excelentes resultados en varios estudios, en muchos países y centros asistenciales.

Esta tecnología se ha utilizado con el objetivo de rejuvenecer el tejido vaginal, estimular la formación de nuevo colágeno y mejorar la elasticidad, así como el flujo sanguíneo y la hidratación vaginal.

En un estudio realizado en Italia y Brasil en el cual trataron pacientes en perimenopausia todas con SGM, las quejas principales fueron: **resequedad vaginal, nece-**

sidad de un lubricante para la actividad sexual, dolor al tener relaciones sexuales, incontinencia con urgencia urinaria y sangrado vaginal.

Se obtuvieron excelentes resultados, un **93%** de las pacientes reportaron estar satisfechas con los resultados, mejoría en su patología y todas dijeron que recomendarían esta terapia y la volverían a utilizar.

Todo esto gracias a sus excelentes resultados ya que esta terapia se realiza en el consultorio de forma ambulatoria en menos de 20 minutos de tratamiento y sin efectos secundarios, no es necesario el uso de anestesia **permitiendo que las pacientes continúen con sus actividades inmediatamente.**



“
*Ofrecer mejor
calidad de vida
a cada paciente.*
”

Actualmente también está bien estudiado el uso del Plasma Rico en Plaquetas (PRP), el cual se obtiene de una pequeña muestra de sangre de la paciente, de este se extraen plaquetas y factores que estimulan el crecimiento y la reparación celular.

Todo esto con el fin de mejorar la calidad del epitelio vaginal, así como el flujo sanguíneo y por ende mejorar la sintomatología en la mujer a nivel vaginal, urinario y también la gratificación sexual.

Las ventajas que nos presenta el uso del PRP es que al

ser extraído de la paciente estamos totalmente seguros que no existirá reacción adversa alguna, se realiza en el consultorio y puede tomar 30 a 40 minutos cada terapia.

Para comodidad de la paciente se administra anestesia en gel, crema o spray lo cual hace prácticamente indoloro el procedimiento y sin limitar las actividades cotidianas de cada mujer.

Para todas estas nuevas herramientas, se recomienda realizar tres sesiones, una sesión al mes por tres meses a fin de lograr de esta forma un buen estímulo a los tejidos y

a una célula muy importante en el rejuvenecimiento vaginal llamada fibroblasto.

En esta época en la cual la mujer cada vez es más activa y exigente, es nuestra tarea como profesionales, mantenernos en la vanguardia de los avances de la medicina y aumentar nuestro abanico de terapias para ofrecer de esta manera la **mejor calidad de vida a cada paciente y como siempre menciono, es nuestro privilegio cuidar a la mujer de la mejor manera, impactar en sus relaciones y bienestar general.**



VIDAS

robadas

NIÑAS,

NO MADRES

Licenciada Ximena Casas

Investigadora Vidas Robadas

Dra. Linda Valencia

Análisis del Estudio

América Latina y el Caribe son las únicas regiones en el mundo donde ha aumentado el número de partos en niñas menores de 15 años.

Según UNICEF, América Latina y el Caribe registran la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo.

“
**SÍNDROME DEL
FRACASO, O
LA PUERTA DE
ENTRADA AL
CICLO DE LA
POBREZA”**
”

América Latina y el Caribe son las únicas regiones en el mundo donde ha aumentado el número de partos en niñas menores de 15 años. **Según UNICEF, América Latina y el Caribe registran la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo.**

La Organización Mundial de la Salud, establece que la pobreza influye en la probabilidad que tienen las menores de quedar embarazadas, y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.

El UNFPA ha afirmado que el embarazo en la adolescencia ha sido llamado también el **“Síndrome del Fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”** (ya que perpetúa círculos viciosos de pobreza y falta de oportunidades).

El Banco Interamericano de Desarrollo afirma que **“las menores más pobres tienen entre tres y cinco veces más probabilidad de quedar embarazadas que las del primer quintil de riqueza”**.

Dentro de la literatura científica existe numerosa evidencia que demuestra que las

menores de edad embarazadas tienen resultados maternos y neonatales peores en comparación con las mujeres de 20 a 24 años de edad.

Los riesgos asociados con el embarazo en adolescentes - y especialmente para las embarazadas de 15 años o menos - incluyen un mayor riesgo de muerte materna, infecciones, eclampsia, parto prematuro, mortalidad y morbilidad neonatal.

El embarazo en niñas y adolescentes, está considerado como uno de los problemas de salud pública y derechos humanos más importantes que afecta a las mujeres.

Sin embargo, pocos estudios han documentado los riesgos para la salud mental y el impacto social del embarazo precoz, **particularmente en menores entre 9 y 14 años.**

“
*MAYOR RIESGO DE MUERTE
MATERNA, INFECCIONES,
ECLAMPSIA, PARTO PREMATURO,
MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL.*”



Promsex en Perú, la Fundación Desafío en Ecuador, la Asociación de Mujeres **AXAYACATL** en Nicaragua y el Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala, realizaron una investigación multipaís en estos 4 países para evaluar el impacto en la salud integral que tienen los embarazos en niñas de 9-14 años.

El informe titulado “**Vidas Robadas**”, es la compilación de los factores comunes que encontramos en las investigaciones nacionales, con el fin de evidenciar de manera integral la afectación que tiene el embarazo precoz en todas las dimensiones de la salud (física, mental y social) de las niñas entre 9 y 14 años y sus derechos humanos.

Con este informe se espera llamar a la acción gubernamental urgente sobre esta cuestión crítica, que está frenando el desarrollo y afectando la agenda democrática de los países latinoamericanos.

En Ecuador, en la última década, se ha incrementado en un 74% el embarazo en adolescentes. **En Nicaragua, el número de embarazadas entre 10 y 14 años aumentaron el 47% en 9 años. En Guatemala en el año 2014 se reportaron 5,100 partos de niñas entre 10 y 14 años.**

Y en Perú en el 2013, más de 1,100 partos fueron de madres de entre solo 12 y 13 años de edad.

“
**LA VIOLENCIA
CONTRA LAS
MUJERES Y LAS
ADOLESCEN-
TES SE ABOR-
DA COMO UNA
CUESTIÓN DE
IGUALDAD.**
”

Responsabilidad Estatal

La violencia sexual contra las niñas y adolescentes, así como las consecuencias para su salud física, mental y social es una grave violación de sus derechos humanos. **Los Estados tienen una responsabilidad no solo de prevenir esta forma de violencia, sino también de responder de manera adecuada cuando las niñas y adolescentes la experimentan, particularmente cuando quedan embarazadas como resultado de esta violencia.**

La responsabilidad estatal en materia de derechos humanos en este contexto se caracteriza por dos principios importantes: 1) la violencia contra las mujeres y las adolescentes se aborda como una cuestión de igualdad y de no discriminación entre las mujeres y los hombres y tiene un carácter interseccional y 2) como resultado del carácter interseccional de la violencia y discriminación, los derechos humanos violados son múltiples e interdependientes.

La violencia es un fenómeno que afecta a todas las

personas. Sin embargo, las normas, creencias, prejuicios y estereotipos negativos de género que imperan en la sociedad y tienden a subordinar y devaluar a las mujeres y las niñas, así como su dependencia afectiva, económica, o social, las hacen más vulnerables a esta. Por lo que la violencia contra la mujer constituye una forma de discriminación, como lo ha manifestado la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

El derecho internacional reconoce que las personas no experimentan la discriminación en un vacío, sino dentro de un contexto social, económico y cultural determinado, en donde se construyen y reproducen los privilegios y las desventajas.

Dado que la maternidad en la niñez y adolescencia también cruza a sectores como educación, salud, justicia, derechos de la niñez y de la mujer, es considerada como un indicador de desarrollo y bienestar social, que por tanto, requiere un análisis interseccional.



“

**204 NIÑAS Y ADO-
LESCENTES ENTRE-
VISTADAS PARA ESTA
INVESTIGACIÓN, 11.2%
FUERON VIOLADAS
POR UN FAMILIAR O
PERSONA CERCANA A
LA MENOR.**

”

“
**EN GUATEMALA
EL 85% DE LOS
VIOLADORES SON
FAMILIARES.**
”

Derecho a estar libre de la violencia

Tanto el sistema universal, como el sistema interamericano de derechos humanos establecen que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que trasciende todos los sectores de la sociedad. Los testimonios de las niñas entrevistadas

revelaron que los Estados están fallando en cumplir con sus obligaciones de respetar, **proteger y promover el derecho a estar libre de la violencia de estas niñas.**

De igual manera se encontró que existe un maltrato emocional por parte del agresor en muchos casos, que suelen referirse a intimidaciones o amenazas de daño. Este maltrato también puede constituir una forma de violencia.

Derecho a estar libre de violencia sexual

90%

*De los embarazos en adolescentes menores de **14 años son producto de violación.***

La coerción sexual existe como acto continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y adolescentes a tener sexo en contra de su voluntad.

Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) “Tal vez la niña o adolescente afectada no lo identifique como una violación, aunque haya sido una situación contra su voluntad pero ‘aceptada’ por no haber podido oponerse. Estas situaciones son muy frecuentes en el inicio sexual cuando hay una diferencia de edad

significativa entre el hombre y la niña/adolescente”.

En el estudio se demuestra que de las 204 niñas y adolescentes entrevistadas para esta investigación, **11.2% fueron violadas por un familiar o persona cercana a la menor.**

En algunos de los países donde se realizó la investigación, los violadores de las niñas y adolescentes menores de 14 años son personas cercanas a su entorno familiar, están muy cerca de ellas, **en Guatemala el 85% de los violadores son familiares**, padre biológico, padrastro, tío, abuelo, hermano, primo, etc.

Por otro lado, es muy común también que en las menores de 14 años, los agresores o parejas forzadas sean mayores, la gran diferencia de edad es una constante.



Derecho a estar libre de violencia institucional

La violencia institucional comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas de las instituciones y sistemas públicos. Parte de las situaciones de violencia que

enfrentan estas menores, se refiere a la estigmatización que ellas perciben.

En el Perú, el 28% de las adolescentes menores de 15 años sintieron algún tipo de estigmatización en los

servicios de salud por parte del personal.

En Nicaragua, el 64% dijeron que sintió estigma de parte del personal de salud.

“
**EMBARAZO
RESULTADO
DE VIOLACIÓN
PUEDE LLEGAR
A SER CONSI-
DERADO UNA
TORTURA.**
”

Derecho a la salud

La maternidad forzada producto de la violencia sexual en niñas y adolescentes puede exponerlas a riesgos para su salud física, ante la posibilidad de exponerse a un aborto clandestino y en condiciones de riesgo.

Es más, “en América Latina, el riesgo de muerte materna es

cuatro veces mayor entre las adolescentes menores de 16 años”.

El derecho a la salud tiene como contraparte una obligación estatal de garantizar el acceso a una gama completa de servicios, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

Salud mental

En el área de la salud mental, se han observado altas tasas de síntomas depresivos en las adolescentes durante el embarazo y el postparto, que en general son más altas que las de la población adulta.

En cada uno de los cuatro estudios, una proporción importante de niñas adolescentes que habían dado a luz informaron síntomas de depresión, ansiedad y, en particular para las que habían sido atacadas sexualmente, de estrés postraumático. **Tanto en Perú como en Nicaragua, entre el 7 y 14% de las participantes informaron haber contemplado el suicidio durante su embarazo.**

En Guatemala, la evaluación psicológica después del parto mostró que 12 adolescentes tenían señales de daño emocional como miedo, intranquilidad, estado de ánimo decaído y llanto. En Ecuador, el 91% de los casos revisados en las historias clínicas, reflejan “Síntomatología Depresiva” y “Trastorno Adaptativo”.

Salud social

Cuando una adolescente menor de 15 años queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente. Su proyecto de vida se desvanece. Termina abruptamente su ciclo educativo, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia.

En el Perú, el **77% de las adolescentes dejaron de**

estudiar a consecuencia de su embarazo y los cuidados del niño. En Guatemala, de las 17 niñas que estuvieron en la escuela, únicamente 2 continuaron sus estudios.

El sufrimiento mental que experimenta una niña o adolescente que está obligada a llevar un embarazo resultado de violación puede llegar a ser considerado una tortura, una pena y/o un trato cruel, inhumano y degradante.



Según el Comité Internacional contra la Tortura, obligar a una mujer a llevar un embarazo en esta situación constituye “una constante exposición a las violaciones cometidas contra ella, lo que supone un grave estrés traumático con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión”.

Conclusiones

La violencia sexual y la maternidad forzada en niñas y adolescentes se traducen en graves daños para su salud física, mental y social.

Es incompatible con su proyecto de vida.

Persiste un enfoque biomédico sobre la afectación de los embarazos no deseados, particularmente producto de violación, un concepto que obvia las repercusiones en su salud mental y social, además refleja una limitada interpretación del derecho a la salud, lo cual no está permitiendo que la salud de las menores sea tratada de manera integral.

El embarazo en las niñas y adolescentes perpetúa el ciclo de la pobreza que limita su potencial académico y económico.

Recomendaciones a los estados:

- adoptar una interpretación amplia del derecho a la salud en sus tres esferas, física, mental y social, no limitarlo a salud física,
- construir rutas de atención a la violencia sexual congruente a la legislación nacional e internacional en materia de derechos humanos,
- capacitar a agentes estatales de salud y justicia para atender a las niñas desde una perspectiva libre de estereotipos de género y violencia, basado en derechos humanos,



“

UNA CONSTANTE EXPOSICIÓN A LAS VIOLACIONES COMETIDAS CONTRA ELLAS, **LO QUE SUPONE UN GRAVE ESTRÉS TRAUMÁTICO CON EL RIESGO DE PADECER PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, COMO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.**

”

- la maternidad en adolescentes es un problema emergente que cruza sectores como educación, salud, justicia, derechos de la niñez y la adolescencia, derechos de las mujeres, por lo cual es un indicador de desarrollo y de bienestar social. Si es abordado desde ese enfoque permite adoptar medidas de reparación idóneas en este tipo de problemática.

¿Qué tipo de sociedades queremos construir?

*¿Una sociedad en donde la violencia y la discriminación contra las niñas, adolescentes y mujeres siga imperando o una **generación joven más saludable, libre de violencias y con las herramientas necesarias para construir sus propios futuros?***



**EVALUACIÓN
DE LA**

pareja

DE MUJERES

CON VIRUS

DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Dr. Armando Sánchez López

Médico y Cirujano Urólogo

Es frecuente que se presenten a la consulta hombres que han sido referidos por el ginecólogo debido a que su pareja tiene VPH, **O EN OTROS CASOS, SON LAS MISMAS MUJERES QUIENES LLEVAN A SU COMPAÑERO PARA LA VALORACIÓN POR UROLOGÍA.**

“

EXISTEN MÁS DE 100 TIPOS DIFERENTES DE VIRUS Y ALREDEDOR DE 30 TIPOS INFECTAN LOS GENITALES.

”

Es frecuente que se presenten a la consulta hombres que han sido referidos por el ginecólogo debido a que su pareja tiene VPH, o en otros casos, son las mismas mujeres quienes llevan a su compañero para la valoración por Urología. La información es limitada, y muchos profesionales desconocen los métodos de evaluación en pacientes masculinos. Se tiende a estigmatizar a la mujer y al hombre cuando presenta alguna lesión en los genitales, siendo en algunos casos motivo de ruptura en las parejas, y nosotros los profesionales de salud debemos brindar la información veraz y actualizada a nuestros pacientes.

Debido a ésta situación, aquí detallamos información básica y una guía para aclarar dudas del paciente previo a remitirlo al urólogo, así como la importancia del examen.

¿Qué pasa si mi pareja tiene diagnóstico de VPH?

Hay dos entidades totalmente distintas en la mujer, tener cambios displásicos en el cérvix – en la patología de una biopsia- y tener una prueba de VPH positiva – en una prueba de inmuno ensayo- sin cambios en el epitelio del cérvix. En primer lugar, disminuir la ansiedad. Sí la pareja tiene dicho diagnóstico, no es fortuita la infección sintomática en el hombre. Tampoco se puede saber quién lo contrajo y en qué momento. **Normalmente los hombres pueden estar libres del virus debido a un sistema inmune competente (sin enfermedades que comprometan las defensas).**

¿Qué es el virus del VPH?

Es un ADN virus que se transmite por el contacto directo de piel a piel y que produce las verrugas genitales. Existen más de 100 tipos diferentes de virus y alrededor de 30 tipos infectan los genitales. Los dos tipos que causan verrugas tienen un bajo riesgo de convertirse en lesiones malignas. Hay otros ocho tipos, que frecuentemente se asocian a cambios malignos. Los pacientes pueden estar infectados con uno o más tipos de virus simultáneamente.

¿Cuáles son los factores de riesgos en hombres y el por qué deben examinarse?

Existen varios, entre los cuales incluyen múltiples parejas sexuales, pareja con VPH, inicio temprano de vida sexual e inmunosupresión.

El hombre debe ser examinado por un especialista, porque los tipos que se asocian a cambios malignos se asocian a cáncer de pene y a cáncer anal. Hay mayor riesgo de cáncer anal entre los hombres que tienen relaciones con hombre o en bisexuales. El tabaquismo incrementa el riesgo de transformación displásica y malignidad en hombres y mujeres.



“

EN LAS PERSONAS SEXUALMENTE ACTIVAS, DEBEN DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO **Y UTILIZAR MÉTODOS DE BARRERA (TENIENDO CLARO QUE NO SON INFALIBLES)**

”

¿Aunque no tenga lesiones visibles debo ser examinado?

Sí su pareja ha sido diagnosticada con VPH o si han presentado alguna infección de transmisión sexual (ETS), ambos deben ser valorados, aun cuando sea un encuentro ocasional y una pareja no estable.

¿Qué se debe esperar del examen con el urólogo?

El diagnóstico se hace al visualizar o palpar las lesiones típicas. Aunque no es un procedimiento recomendado de rutina, el paciente puede ser sometido a una Androscopia con la aplicación de ácido etanoico para buscar lesiones, lo cual tiene un rendimiento para infección por VPH de hasta 75% en hombres de parejas con infección por el virus o cambios neoplásicos a nivel del cuello cervical.

“

MÁS DEL 50% DE LOS HOMBRES SEXUALMENTE ACTIVOS TENDRÁN VPH EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA Y EL 1% DESARROLLARÁN VERRUGAS.

”

¿Es necesaria una biopsia?

Rutinariamente no, a menos que las lesiones tengan características sospechosas como una forma atípica, coloraciones anormales, ulceraciones o se presenten induradas y poco móviles. Se debe tener en cuenta qué si las lesiones persisten, no mejoran luego de realizar algún tratamiento o el paciente presenta compromiso de su sistema inmune, lo indicado es realizar la biopsia y la valoración por el patólogo.

¿Hay tratamiento para el hombre?

Hay tratamiento para ambos sexos cuando hay lesiones sintomáticas o factores que pueden aumentar la presencia de más lesiones. Las personas sexualmente activas tienen mayor riesgo en que las lesiones vuelvan a recurrir. Las opciones de tratamiento se adecuarán de acuerdo con el número, tipo y localización de las lesiones, lo cual será adecuado por su especialista y el mismo paciente.

¿Existe forma de prevenirlo?

En las personas sexualmente activas, **deben disminuir los factores de riesgo y utilizar métodos de barrera (teniendo claro que no son infalibles). Los niños varones que no han iniciado vida sexual, pueden ser valorados por el urólogo y determinar el uso de la vacuna para los tipos más frecuentes de VPH, disminuyendo de esta manera el riesgo de la aparición de verrugas y la transmisión del virus.**

Debido a que es una enfermedad prevalente en las parejas, y quien principalmente consulta son las mujeres, debe hacerse conciencia de la necesidad e importancia cardinal de la valoración en el varón, ya que es un padecimiento altamente prevalente. Así mismo, recalcar que ya hay vacunación en los niños, por lo cual los padres deben buscar consejo y orientación para sus hijos.

REFERENCIAS

Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination — Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:1405–1408.


Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and the potential prevention of noncervical cancers in both men and women. *Cancer* 2008; 113(10 Suppl):3036-3046.


American Sexual Health Association. What Men Should Know. www.ashasexual-health.org


National Cancer Institute. Human Papilloma Virus Vaccines. www.cancer.gov



Dr. Jorge de León Soto
Master en Ginecología y Obstetricia,
Master en Medicina Estética
y Antennejeamiento,
Diplomado en Medicina Fotonica

 Lote 5B San Pedro el Panorama,
Antigua Guatemala

 79346766, 79346494, 42222045

 @centrodecuidadosintegrales

 @drjorgedeleon


www.centrodecuidadosintegrales.com



Dra. Karen López de León
Ginecóloga y Obstetra

@medicosxela

 Clínica 308 La Paz Occidente

 47336168 Quetzaltenango



**Dr. Luis André Paniagua
Charnaud**

 10 calle 2-22 zona 14 Nivel 6, Clínica 601


 22960093

dr.paniagua@psiquiatriasdeguatemala.com



Dr. Armando Sánchez López
Médico y Cirujano

Urólogo
Enfermedades y Cirugía de Vías Urinarias
Adultos y Niños

 6ª. Av. 9-18 zona 10 Edificio Sixtino II
Ala 1, Oficina 701 A


 22959368, 5101-5899


armando.sanchez@doctor.com



Dra. Linda Valencia
Ginecóloga y Obstetra

Centro Integral de Parto Natural IXCHEL

 24 calle 15-22 zona 13,
Ciudad de Guatemala

 3011-1349 / 4145-6060

 centro de parto natural

[clinicamujerysalud@yahoo.com](mailto:clanicamujerysalud@yahoo.com)
www.centrodepartonatural.org



Dra. Claudia Camel
Programa Nacional de Salud Reproductiva

Ministerio de Salud Pública
Investigadora Vidas Robadas,

UN MOTIVO INSPIRADOR PARA
RENACER EN UNA **VIDA SANA**



Nos especializamos
en cirugía para la **obesidad**



**BYPASS
GÁSTRICO**



**MANGA
GÁSTRICA**



**REVISIÓN
BARIÁTRICA**