

Salud íntima y fertilidad



El término salud de la mujer se refiere a un extenso conjunto de cuidados, tratamientos y diagnósticos de enfermedades que afectan a su bienestar durante todo su ciclo vital, marcando diferentes etapas de su vida.

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud pública, tanto por la magnitud que alcanzan a nivel mundial (actualmente se encuentran entre las causas más frecuentes de morbilidad mundial con un marcado crecimiento en las últimas décadas), como por su elevada morbilidad entre la población joven, la que está en edad reproductiva y en los recién nacidos (por la transmisión perinatal, intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna), además de por sus posibles complicaciones y secuelas (enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico, cáncer de cérvix, e incluso muerte) si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. A esto hay que añadir las implicaciones sociales y psicológicas que a veces pueden asociarse a estas patologías, y que pueden tener mayor importancia que las implicaciones biológicas.

El término de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) es más amplio que el anteriormente utilizado ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) ya que abarca aquellas infecciones que se pueden transmitir no sólo por las relaciones sexuales, sino también por otras vías y pueden no tener aún manifestación clínica. No siempre se pueden considerar un cuadro urgente en cuanto a su gravedad, y necesidad de tratamiento inmediato.

Sin embargo, son numerosas las pacientes que acuden a los servicios de urgencias por este motivo, dado lo florido del cuadro, la incomodidad de sus síntomas, las consideraciones sociales, el riesgo de contagio a su pareja sexual o el miedo en las embarazadas a las posibles consecuencias en el feto. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal bajo, sangrado vaginal, lesiones genitales y flujo vaginal excesivo o molesto, dependiendo del caso.

Vulvovaginitis

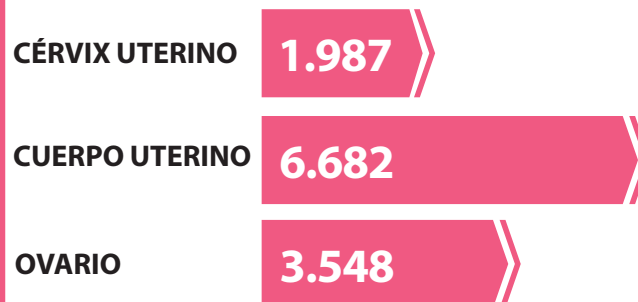
Las molestias vulvovaginales y la leucorrea suponen un importante número de pacientes en las urgencias ginecológicas, y se calcula que son motivo de consulta en ginecología en hasta el 20% de los casos. La mayoría de las pacientes son mujeres jóvenes. Las vulvovaginitis (VV) son en muchas ocasiones asintomáticas, y en otras son causadas por más de un microorganismo, y al existir una gran frecuencia en los autodiagnósticos y autotratamientos, es difícil establecer su incidencia y el tipo de germen implicado. Cursan con aumento de flujo vaginal, prurito genital, irritación, ardor o dispareunia vaginal y mal olor.

TUMORES MÁS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADOS EN EL MUNDO ESTIMACIÓN PARA EL AÑO 2018

Cérvix	569.847	3,20%
Útero	382.069	2,10%
Total	18.078.957	100%

Fuente: GLOBOCAN 2018. Las cifras del cáncer en España 2019. SEOM

ESTIMACIÓN DEL Nº DE NUEVOS CASOS DE CÁNCER EN ESPAÑA PARA 2019

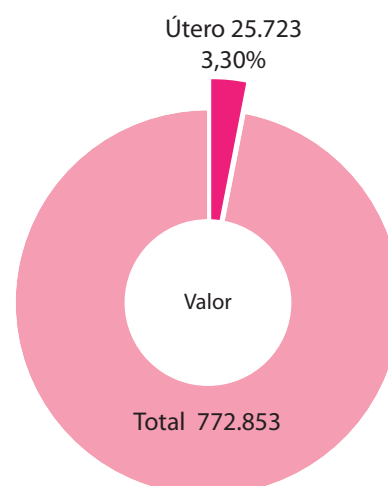


Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Las cifras del cáncer en España 2019. SEOM

Existen diferentes factores que favorecen la infección al desequilibrar la flora vaginal: el uso de antibióticos, anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU), estrés, relaciones sexuales, alteraciones hormonales, etc. Las entidades más frecuentes son la candidiasis vaginal (aunque no se considera una infección de transmisión sexual, la abordaremos en este tema dada la alta prevalencia que supone en nuestro medio), la vaginosis bacteriana y la trichomoniasis vaginal.

- *Candidiasis*. La candidiasis vaginal es la causa más frecuente de vaginitis en Europa. Este tipo de vulvovaginitis no es considerada una enfermedad de transmisión sexual. En el 80-92% de los casos, la candidiasis vaginal está originada por *Cándida albicans*, y aunque este patógeno se identifique en un cultivo, en ausencia de síntomas no hay indicación para iniciar tratamiento; ya que puede formar parte de la flora vaginal normal sin dar lugar a patología. Los factores que predisponen para la aparición de esta infección vaginal, además de los citados anteriormente, incluyen embarazo, diabetes mellitus, ropas ajustadas o de tejidos sintéticos, duchas vaginales, ferropenia, inmunosupresión, etc.

ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE TUMORES EN ESPAÑA PARA 2018 PREVALENCIA A LOS 5 AÑOS



Fuente: GLOBOCAN 2018. Las cifras del cáncer en España 2019. SEOM

FALLECIMIENTOS POR TUMORES EN ESPAÑA PARA 2017

Tumor maligno del cuello del útero	680
Tumor maligno de otras partes del útero	1.578
Tumor maligno del ovario	2.025
Tumores malignos de otros órganos genitales femeninos	569

Fuente: INE. INEbase, últimos datos disponibles para 2016. Las cifras del cáncer en España 2019. SEOM

La clínica se caracteriza por prurito y escozor vulvovaginal, sensación de quemazón, dispareunia, disuria. Las paredes vaginales aparecen eritematosas y la vulva edematosa y eritematosa. No siempre aparece alteración de la secreción vaginal, y si la hay, su apariencia suele variar, o bien líquida, o bien blanquecina espesa, adherente, con grumos similares al yogur. Entre el 10 y el 50 % de las mujeres en edad reproductiva son portadoras asintomáticas.

- *Vaginosis bacteriana*. En la vaginosis bacteriana existe un desequilibrio de la flora, que implica un descenso de los bacilos de *Doderlein* y la presencia de *Gardenella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. Es la causa más prevalente de secreción vaginal y/o mal olor vaginal. Aunque se puede transmitir por vía sexual, no se considera una ITS ya que se ha demostrado que mujeres vírgenes pueden llegar a padecerla. La clínica de la vaginosis bacteriana se caracteriza por un flujo blanquecinogrisáceo, homogéneo, maloliente y excesivo. No suele existir inflamación vulvar ni vaginal.
- *Trichomoniasis vaginal*. Es una infección de transmisión sexual

causada por la tricomonas, un parásito del trato urogenital. Se trata claramente de una infección de transmisión sexual, siendo la ITS no vírica más frecuente, aunque su incidencia ha disminuido últimamente, quizás debido a que está siendo infravalorada dado que al menos el 50% de las mujeres y hasta el 90% de los hombres la cursan de forma asintomática. Tiene un período de latencia de cinco a 28 días en el 70% de las mujeres y de hasta seis meses en el 30% de las mujeres. Los síntomas incluyen secreción vaginal espumosa, amarillo verdosa, maloliente y abundante; prurito, disuria, eritema y/o edema de vulva y vagina. En la colposcopia se observa "cervix en fresa" (cervix con puntos rojos).

Condilomas acuminados

También llamados verrugas anogenitales, están producidos por el VPH (Virus del Papiloma Humano), habitualmente por los serotipos 6 y 11 (en el 90% de los casos).

La infección por VPH es la ITS más frecuente de nuestros tiempos. En la población general y durante el transcurso de toda la vida, la tasa de infección puede llegar hasta el 70-80%, sin embargo, solo el 1% de las personas infectadas desarrollará patología producida por este virus.

La transmisión es preferentemente por contacto sexual directo, aunque la infección por VPH puede contraerse por contacto manual con lesiones cutáneas del área genital o anal y probablemente también por fómites. Además, la mujer embarazada puede transmitir el VPH a su hijo durante el parto. El virus afecta a piel y mucosas penetrando a través de microtraumas que suelen

FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV/ICSI) ESPAÑA 2016 - TIPO DE CICLO

Ciclos para obtención y fecundación de oocitos propios sin DGP	54.024	39%
Descongelación para CT de embriones criopreservados procedentes de oocitos frescos propios	27.202	19,64%
Ciclos de recepción de oocitos de donante en fresco	16.133	11,62%
Descongelaciones para CT de embriones criopreservados procedentes de oocitos frescos de donante	15.164	10,90%
Ciclos iniciados para DGP	8.032	5,80%
Descongelaciones para CT de ciclos con DGP	2.206	1,60%
Maduración in vitro de oocitos	50	0,04%
Ciclos para desvitrificación y fecundación de oocitos propios	920	0,70%
Descongelaciones para CT de embriones criopreservados procedentes de oocitos vitrificados propios	357	0,30%
Ciclos para desvitrificación y fecundación de oocitos de donante	6.849	4,90%
Descongelaciones para CT de embriones criopreservados procedentes de oocitos vitrificados de donante	3.734	2,70%
Descongelaciones para donación de embriones	2.491	1,80%
Ciclos de acumulación de oocitos para un único tratamiento de fecundación	1.391	1%
Total de ciclos	138.553	100%

Fuente: Registro Nacional de Actividad 2016. Registro SEF. Sociedad Española de Fertilidad

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL (IAC+IAD) - CICLOS, GESTACIONES Y PARTOS

	Mujeres <35	Mujeres 35-39	Mujeres ≥40	Total
Ciclos (% por total de ciclos)	17.963 (49,3%)	16.088 (44,1%)	2.412 (6,6%)	36.463 (100%)
Gestaciones con 1 saco (% por gestación)	2.589 (88,5%)	2.214 (89,2%)	236 (92,5%)	5.039 (89%)
Gestaciones con 2 sacos (% por gestación)	295 (10,1%)	254 (10,2%)	17 (6,7%)	566 (10%)
Gestaciones con 3 sacos (% por gestación)	33 (1,1%)	13 (0,5%)	1 (0,4%)	11 (0,2%)
Gestaciones con 4 sacos o más (% por gestación)	10 (0,3%)	0 (0%)	1 (0,4%)	11 (0,2%)
Gestaciones múltiples* (% por gestación)	338 (11,5%)	267 (10,8%)	19 (7,5%)	624 (11%)
Gestaciones totales (% por ciclo)	2.927 (16,3%)	2.481 (15,4%)	255 (10,6%)	5.663 (15,5%)
Partos con feto único (% por parto)	2.128 (89,1%)	1.600 (89,7%)	137 (93,2%)	3.865 (89,5%)
Partos gemelares (% por parto)	248 (10,4%)	180 (10,1%)	9 (6,1%)	437 (10,1%)
Partos triples (% por parto)	11 (0,5%)	4 (0,2%)	1 (0,7%)	16 (0,4%)
Partos cuádruples o más (% por parto)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Partos múltiples** (% por parto)	259 (10,9%)	184 (10,3%)	10 (6,8%)	453 (10,5%)
Partos totales (% por ciclo)	2.387 (13,3%)	1.784 (11,1%)	147 (6,1%)	4.318 (11,8%)
Abortos (% por gestación)	391 (13,4%)	539 (21,7%)	86 (33,7%)	1.016 (17,9%)
Ectópicos+heterotópicos (% por gestación)	44 (1,5%)	46 (1,9%)	13 (5,1%)	103 (1,8%)
Gestaciones con evolución desconocida (% por gestación)	105 (3,6%)	112 (4,5%)	9 (3,5%)	226 (4%)

* Gestaciones múltiples: gestaciones ≥ 2 sacos ** Partos múltiples: partos ≥ 2 fetos

Fuente: Registro Nacional de Actividad 2016. Registro SEF. Sociedad Española de Fertilidad

producirse con las relaciones sexuales, y con alto riesgo en las anales, por ser más traumáticas.

La importancia de esta infección radica en que el VPH es el responsable del 100% de los cánceres de cuello uterino, y se relaciona causalmente con otros tipos de neoplasias (cáncer anal, de vulva, pene). Los serotipos 16 y 18 son los más oncogénicos causando el 72,3% de los cánceres de cuello uterino.

La clínica de los condilomas acuminados se basa en lesiones macroscópicamente visibles de muy diversas formas (verruosas, papulosas, filiformes, pediculadas) que pueden ser blanquecinas, rosáceas, marrónáceas o grisáceas. Las lesiones pueden aparecer agrupadas o confluyentes. Están presentes en diversas zonas: vulva, vagina, ano, zona perianal o paragenital. Aunque la mayoría son asintomáticas, en la vagina suelen causar dolor y aumento de sensibilidad vaginal. Algunos condilomas pueden aumentar de tamaño llegando incluso a destruir la anatomía perineal (condilomatosis gigante) y otros pueden ser aplanados, sobre todo en vulva y cuello uterino (condilomas planos).

Fertilidad

Las alteraciones de la fertilidad se han constituido como uno de los principales problemas de salud reproductiva, y en especial en los países desarrollados, en los que el retraso voluntario del plan reproductivo ha determinado un incremento progresivo

de la edad de la maternidad, al tiempo que un aumento de la incidencia de disfunciones reproductivas asociadas al envejecimiento germinal.

Las respuestas que la investigación biomédica y la medicina clínica han dado a estos problemas experimentó una verdadera revolución con el advenimiento de la fecundación in vitro a finales de los años 70 del siglo XX. El desarrollo de este conjunto de técnicas, y la rápida incorporación de procedimientos complementarios, permitieron un vertiginoso incremento de la eficacia y seguridad de los tratamientos, que desde hace años se aplican de forma habitual y eficiente.

La rápida progresión de estas terapias ha sido posible gracias a la traslación a la clínica humana de avances en biología celular, molecular, endocrinología y farmacología reproductiva, fruto a su vez del incremento acumulativo del conocimiento en biología de la reproducción, y del asombroso desarrollo tecnológico acaecido en las últimas décadas. La realidad actual es que la reproducción humana asistida representa un conjunto de recursos terapéuticos ampliamente estandarizados y muy difundidos en los países desarrollados.

El desarrollo y aplicación de estas técnicas ha potenciado el crecimiento exponencial de una disciplina, la medicina reproductiva, que representa hoy un ámbito complejo, dinámico, e interrelacionado con multitud de áreas de conocimiento pertenecientes,

entre otras, a las ciencias biomédicas básicas y aplicadas, las ciencias del comportamiento, la bioética y el derecho biosanitario.

Reto demográfico

La importancia de los temas de reproducción en nuestra sociedad se hace cada vez más evidente. No solo bajo el punto de vista individual o de pareja (deseo de ser madre o padre) sino desde la visión colectiva de sociedad (intereses sociales de un correcto balance demográfico). Todo esto hace que el concepto de fertilidad y sus problemas de esterilidad e infertilidad, esté muy arraigado en todos nosotros. En España, los hábitos de nupcialidad y las tasas de fecundidad han determinado históricamente la evolución y la estructura demográfica del país. La planificación familiar podemos considerarla hoy en día como un hecho normalizado y aceptado en términos generales, pero en su momento estuvo muy condicionado por los hábitos culturales, sociales y económicos.

En nuestro país se estima que casi un 15% de las parejas en edad reproductiva tienen problemas de esterilidad, y existen cerca de un millón de parejas demandantes de asistencia reproductiva. En los últimos años parece que los datos epidemiológicos reflejan un incremento de los problemas de fertilidad en las parejas, posiblemente derivado de múltiples factores; fisiológicos, ambientales y socio-demográficos. Este hecho está teniendo respuesta por parte del desarrollo de las técnicas de reproducción asistida que pueden solucionar una demanda creciente. No obstante, la rapidez de los avances y el grado de innovación del desarrollo terapéutico y biotecnológico es un reto a la disponibilidad de recursos asistenciales públicos y privados.

En la actualidad, España es probablemente el tercer país europeo en volumen de tratamientos, y cuenta con centros donde se desarrolla asistencia clínica e investigación clínica y básica de primer nivel. Las características de la legislación española y la calidad y número de los centros españoles han hecho de nuestro país el líder europeo en tratamientos con ovodonación.

Aunque la magnitud de la actividad investigadora de nuestro país es aún menor que la de otros de nuestro entorno, en los últimos años viene incrementándose la producción de un número creciente de grupos con calidad muy relevante. En el ámbito de la formación en medicina y biología de la reproducción, los centros españoles acogen a un número cada vez mayor de profesionales en proceso de especialización en estas disciplinas, que acuden atraídos por la calidad asistencial de los centros clínicos y de investigación. +

Cáncer de cuello uterino

Según los datos que maneja la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo (con aproximadamente 500.000 nuevos casos al año en todo el mundo) y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años.

En muchos países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama. En España se diagnostican unos 2.100 casos anuales, lo que representa el 3,3% de los tumores femeninos, por detrás de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos. La incidencia en España se puede considerar muy baja (tasa ajustada mundial en 2002: 7,6 nuevos casos/100.000 habitantes/año), con un descenso muy importante desde los años 60, aunque actualmente está estabilizada. Es un tumor propio de las edades medias de la vida. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 50 años, con un máximo entre los 40 y los 45. Hay un número significativo de casos desde los 30 años.

Entre el 85-95% de los casos son carcinomas escamosos (o epidermoides). El resto son adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos.

Entre el 80 y el 85% de los casos se registran en países en vías de desarrollo. Las campañas de diagnóstico precoz han jugado un papel esencial en la disminución de la incidencia de este tumor en los países desarrollados. Antes de las campañas de screening, la incidencia era similar en todos los países. Según recientes investigaciones, la transmisión sexual del VPH (virus del papiloma humano), se considera esencial para desarrollar la enfermedad. Además, fumar aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras del VPH. El hábito creciente de fumar, sobre todo entre las jóvenes, hace temer un aumento en la incidencia de esta enfermedad. Parece que el uso prolongado de anticonceptivos también aumenta el riesgo en mujeres portadoras del VPH.

Aproximadamente un 70 % de las pacientes que sufren un cáncer invasivo de cérvix en España sobreviven más de cinco años. Se trata de una supervivencia global, sin tener en cuenta edad, tipo histológico o fase de la enfermedad. La supervivencia en España es superior a la media europea, y semejante a la que se registra en EEUU. La edad media al fallecimiento por cáncer de cérvix en España es de 60 años.

La supervivencia ha mejorado en la última década (41% para casos diagnosticados entre 1980 y 1985, y 69% para los diagnosticados entre 1990 y 1994), y se espera que esta tendencia continúe. El cáncer de cérvix fue la causa de aproximadamente 274.000 muertes en todo el mundo en el año 2002, siendo la tercera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (9,3% del total de fallecimientos por tumores malignos) tras el cáncer de mama y el de pulmón.

En España fallecen unas 550 mujeres al año por su causa (el 2% de todas las muertes por cáncer femenino y el 0,3 % del total de muertes entre las mujeres). La mortalidad en España, se puede considerar muy baja (tasa ajustada mundial en 2002: 2,2 muertes/ 100.000 habitantes/año) y su tendencia es a disminuir.