



ITS EN EL CONSULTORIO PEDIÁTRICO

Dr. Alfredo Llorens

Panorama mundial de las ITS

- Cada año se producen 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis)
- Algunas ITS son asintomáticas.
- En embarazadas con sífilis temprana no tratada, el 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal.
- Las ITS son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer.
- La OMS recomienda un enfoque sindrómico del diagnóstico y el tratamiento de las ITS.

En la Argentina

Aumentaron los casos de sífilis, en la provincia de Buenos Aires casi en un 30% entre 2015 y 2016, atribuido a la disminución del uso de preservativos en las relaciones sexuales.

Según cifras del Ministerio de Salud de la Nación, **de los 3.875 casos de sífilis notificados en 2011, en 2017 el número llegó a 11.709**



Un 10 a 40% de las mujeres con infecciones por clamidia no tratadas presentan enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) sintomática.

El daño de las trompas es responsable del 30 a 40% de los casos de infertilidad femenina.

Los embarazos ectópicos (tubáricos) son 6 a 10 veces mayor en las mujeres que han sufrido EPI, y un 40 a 50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a episodios anteriores de EPI.

Cáncer de cuello uterino: La infección por algunos tipos de papilomavirus humanos puede llevar a la aparición de cánceres genitales.

VIH – sida en Argentina

la tasa de casos de sida cayó en 15 años un 58%

la tasa de mortalidad se redujo en el mismo lapso un 42%

la transmisión madre-hijo descendió desde un pico de 329

niños/as infectados en 1995 a menos de 100 durante el 2009

la cobertura en medicación antirretroviral alcanza hoy el 72%

casi un 50% de los infectados desconocen su condición

28% de las personas que podría recibir tratamiento no lo hace

debido a que no conoce que está infectada

ITS en la adolescencia

Comparado con cualquier otro grupo sexualmente activo:

- los adolescentes constituyen una población con mayor riesgo.
- las manifestaciones clínicas: úlceras genitales, disuria, descarga vaginal o uretral, dolor pélvico no difieren de las de los adultos, sin embargo, factores biológicos y psicosociales afectan su pronóstico y epidemiología.
- la exposición del epitelio columnar (ectropión) y la metaplasia escamosa activa en la zona de transformación en las mujeres, pueden predisponer a infecciones ascendentes: cervicitis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica.
- anticuerpos protectores locales del cérvix están disminuidos.

Características de las ITS

- *Variabilidad etiológica*: un mismo cuadro clínico puede ser producido por gérmenes diferentes, y un mismo germen puede, a su vez, producir diferente sintomatología.
- *Asociación*: frecuente entre las diferentes ITS, facilitándose mutuamente su accionar y dificultando el tratamiento (sinergia epidemiológica).
- *Asintomáticas*: las ITS lo son en alto porcentaje, lo que hace que los pacientes no concurren a la consulta y no interrumpan su actividad sexual.

Características de las ITS

- *Incidencia y prevalencia:* surgen del período de incubación, de la posibilidad de contagiar, de la expresión clínica de las diferentes etiologías y de las características socioculturales de la población. Es así como las enfermedades virales, de prolongada infectividad (o período de contagio), se pueden encontrar en grupos de bajo riesgo, es decir, con bajo recambio de pareja. Las ITS bacterianas tienen un período de infectividad corto y pueden ser observadas en poblaciones de alto riesgo. Las infecciones por clamidias ocupan una posición epidemiológica intermedia.

Características de las ITS

Manifestaciones clínicas: debemos tener en cuenta que los 26 agentes etiológicos causantes de ITS tienen diferentes formas de presentarse:

- Únicamente locales, como el papiloma virus.
- Manifestaciones locales y generales, como la sífilis.
- Únicamente generales como la infección por HIV.

Manejo sindrómico

Los síndromes relacionados con ITS se han separado en categorías generales según áreas anatómicas de infección (por ejemplo: uretritis, cervicitis y epididimitis).

Los síntomas y signos recogidos durante el interrogatorio y el examen físico pueden orientar el uso de los exámenes de laboratorio y el tratamiento a instituir.

Debido a la localización anatómica y a la latencia de algunas de estas infecciones, los síntomas pueden ser difíciles de recabar y los signos son, a menudo, sutiles.

Uretritis

- La inflamación de la uretra masculina puede causar disuria, prurito o descarga uretral. Al examen físico, en caso de no observarse secreción, escurrir suavemente la uretra desde la parte ventral del pene hacia el meato para evidenciarla.
- La disuria aislada se asocia a una ITS en el 90% de los casos. El 10% restante puede deberse a traumatismo o irritación química, en ocasiones asociada a cremas vaginales, óvulos o duchas vaginales de su pareja.

Uretritis por gonococo

Descarga uretral purulenta y profusa.

Forma de presentación abrupta: luego de una incubación de 2 a 6 días, aparece disuria y descarga uretral.

Los varones con infección por gonococo asintomática, particularmente, la faríngea, pueden ser portadores de cepas que pueden producir infección diseminada.

En el caso de los varones que son pareja sexual de mujeres con EPI, deben tratarse para gonococia aunque estén asintomáticos.

Uretritis no gonocócica

Las UNG suelen presentar descarga uretral discreta y de aspecto más mucoide; esta puede faltar y ser advertida por la mañana como una mancha en la ropa interior.

Su forma de presentación es más insidiosa con una incubación de 1 a 6 semanas.

Las uretritis asintomáticas en varones son frecuentes.

Las uretritis herpéticas se presentan con una clínica de intenso dolor, linfadenopatía inguinal y síntomas sistémicos.

Uretritis – Diagnóstico de laboratorio

Examen directo de la secreción: más de 5 leucocitos por campo de gran aumento (x 1000) confirma el diagnóstico de uretritis.

La gonorrea : tinción de Gram que muestra diplococos Gram (-) intracelulares; el directo es positivo en el 95% de los casos y autoriza a iniciar tratamiento. El cultivo en medio de Thayer-Martin tiene alta sensibilidad y especificidad (95-100%).

Uretritis – Diagnóstico de laboratorio

La clamidia se diagnostica por técnica de PCR

Sensibilidad 85 a 95%;

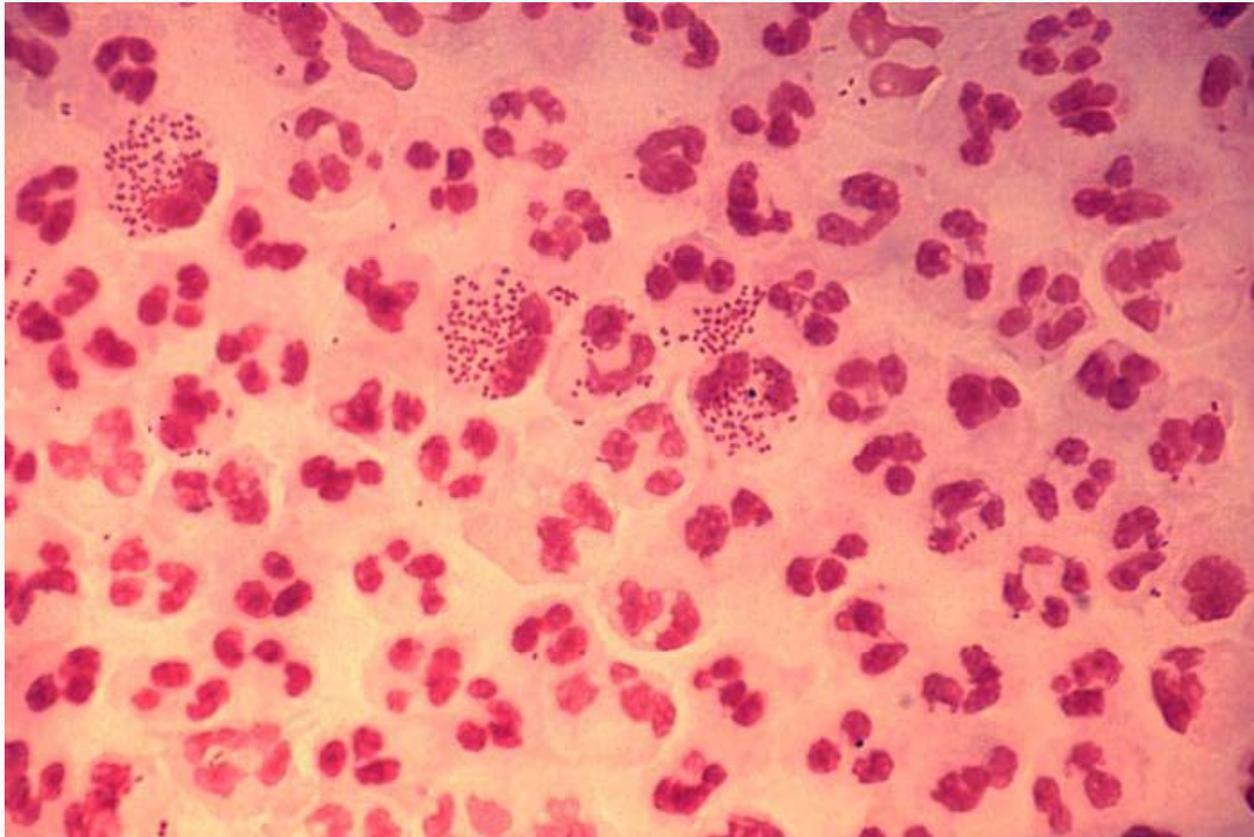
Especificidad > 99%.

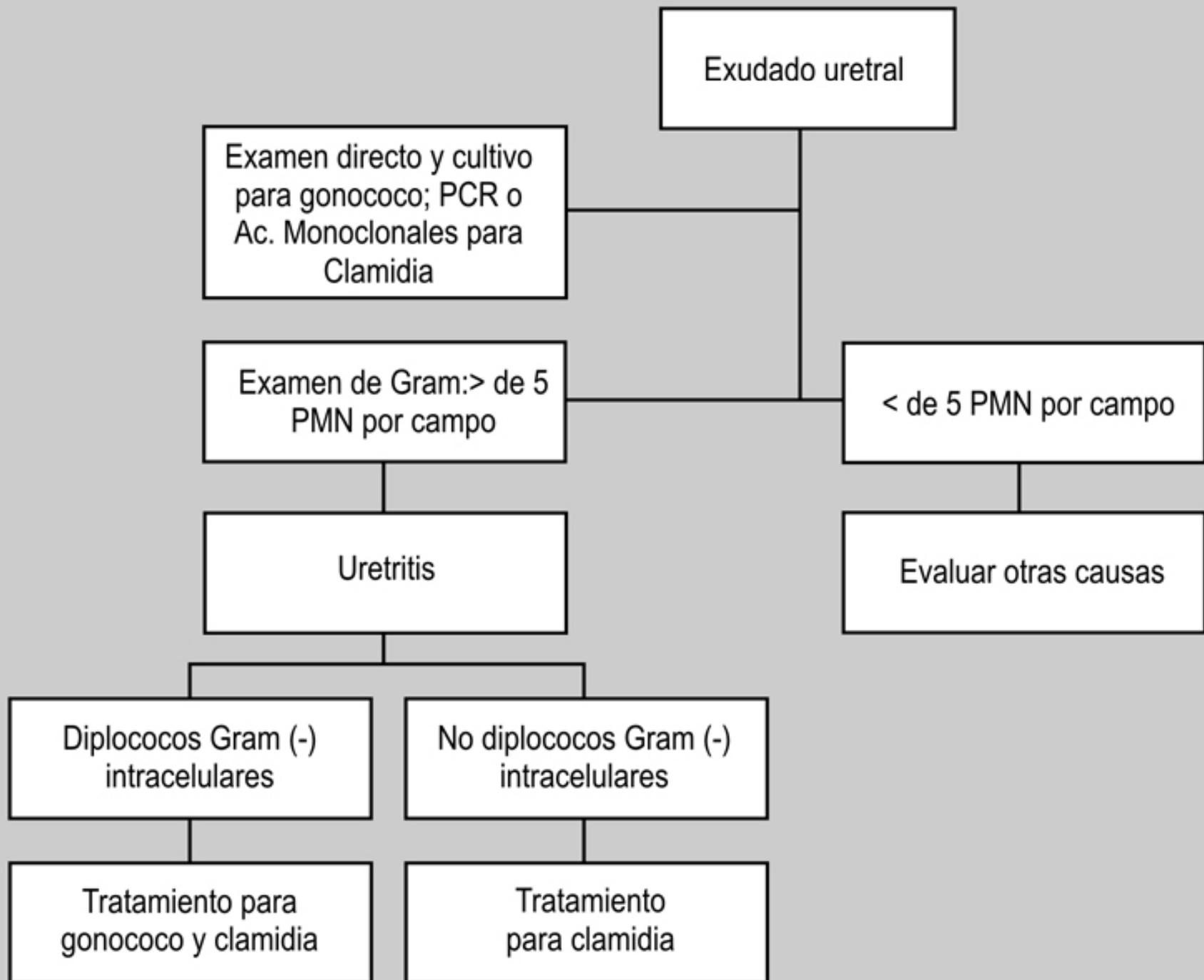
Otra opción es realizar Elisa o inmunofluorescencia directa
(anticuerpos monoclonales)

Sensibilidad 50 a 70%; especificidad 95 a 99%

Cultivo de Clamidia: no se efectúa como rutina. Indicado como diagnóstico de certeza, en casos de abuso sexual.

Neisseria gonorrhoeae





Gonococcia en tracto urogenital femenino

- El sitio mas frecuente es el endocérvix (80%-90%), luego la uretra (80%), recto (40%) y faringe (10-20%). Los síntomas aparecen antes de los 10 días del contacto.
- Los síntomas principales incluyen flujo, disuria, metrorragia, dispareunia y un dolor leve en hemiabdomen inferior.
- Si la cervicitis es asintomática o no se la diagnostica, puede evolucionar a una EPI, con mas frecuencia si la infección ocurre cerca del período menstrual.
- La EPI puede ser también asintomática o silente en el 10-20% de las mujeres infectadas

Tratamiento

Gonococia no complicada de cérvix, uretra, recto y faringe:

CEFTRIAXONE, vía intramuscular 250 mg única dosis.

CEFIXIME, vía oral 400 mg única dosis.

URETRITIS NO GONOCÓCICAS

Tratamiento:

DOXICICLINA, vía oral 100 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días.

AZITROMICINA, vía oral 1 g única dosis.

AZITROMICINA, vía oral 2 g única dosis, en caso de coinfección de chlamydia y gonococia.

OFLOXACINA 400 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días.

LEVOFLOXACINA 500 mg 1 vez por día durante 7 días.

Otras medidas en caso de uretritis

Pareja sexual:

- Abstinencia sexual hasta cumplir el tratamiento y no tener síntomas.
- Es necesario notificar, examinar y tratarla si estuvo en contacto con el caso índice dentro de los treinta días.
- Si el caso índice está asintomático, deben tratarse todos los contactos dentro de los sesenta días previos a la detección de la infección.
- VIH (+): tratar igual que al huésped normal.
- Solicitar serología para VIH y VDRL.

Epididimitis

- Entre varones sexualmente activos, los gérmenes implicados en epididimitis son *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*.
- Aquellos que tienen relaciones anales pueden además tener infecciones por gérmenes Gram (-) fecales como *Escherichia coli*. El cuadro clínico se caracteriza por dolor testicular unilateral y fiebre.
- La uretritis puede estar presente, pero con frecuencia es asintomática. Siempre se debe descartar patología no infecciosa; potencialmente con elevada morbilidad como la torsión testicular.

Epididimitis

Evaluación diagnóstica

- Directo para búsqueda de leucocitos, Gram y cultivo de exudado uretral.
- Urocultivo del primer chorro de orina.
- Eventualmente, imagen o consulta con urología a fin de descartar torsión testicular.
- Serología para HIV y VDRL.

Tratamiento

Debe instituirse inmediatamente después de obtener las muestras de laboratorio para evitar las secuelas (infertilidad y dolor crónico).

- CEFTRIAXONE, vía intramuscular 250 mg única dosis.
- +
- DOXICICLINA, vía oral 100 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días ó
- AZITROMICINA, vía oral 2 g única dosis

En pacientes con sospecha de bacilos negativos:

- CIPROFLOXACINA, vía oral 500 mg 2 veces por día durante 10 días ó
- LEVOFLOXACINA, vía oral 500 mg una vez por día durante 10 días

- 
- Los síntomas deben disminuir antes del cuarto día de tratamiento antimicrobiano; si persisten, deben reevaluarse los diagnósticos diferenciales.
 - En pacientes que persisten con inflamación, entre otras patologías, se debe descartar tumor testicular y tuberculosis. Los contactos de pacientes con epididimitis deben ser manejados en forma similar a los de la UG/UNG.

Úlceras genitales

Una úlcera es una pérdida superficial de tejido de la superficie de la piel o mucosas, en general, con inflamación.

En nuestro medio, se presentan la Sífilis y el Herpes genital.

Por medio de métodos de diagnósticos directos, podemos aislar al agente causal por la observación directa o por medio del cultivo del material obtenido directamente de la lesión.

Aspectos clínicos

Signos/ síntomas	Virus del herpes	Sífilis primaria
Úlceras	Las vesículas se rompen para formar úlceras superficiales	Úlcera con bordes indurados y bien demarcados con base limpia (chancro)
Dolor	Dolorosas	Indoloras
Número de lesiones	Por lo general múltiples	Por lo general única
Adenopatías inguinales	El primer episodio puede cursar con síntomas generales y adenopatías inguinales dolorosas	Por lo general mínimas

Procedimientos diagnósticos

- **Obligatorios: VDRL cualitativa/cuantitativa** Detecta anticuerpos no treponémicos y sugiere el diagnóstico de sífilis. Títulos = 1:4 indican infección pasada o falso positivo. Títulos = 1:8 se consideran enfermedad actual. Siempre hay que confirmar con FTA-ABS. Cuando el primer test resulta negativo y hay alta sospecha, se debe repetir VDRL a las dos semanas, ya que si la úlcera es muy reciente (dentro de las dos semanas de iniciado el cuadro) aparecen falsos negativos.
- **Prueba de detección de VIH** Los pacientes con diagnóstico de úlcera genital de causa infecciosa, sobre todo sífilis y herpes genital, deben testearse para VIH.

Procedimientos diagnósticos

La microscopía de campo oscuro se utiliza, únicamente, en las lesiones húmedas y es importante recabar la información si realizó tratamiento con ATB por vía general previamente, dado que el TP es sumamente sensible a mínimas dosis de estos. Si realizó algún tratamiento local, se puede postergar el estudio para el día siguiente.



Tratamiento

Sospecha clínica en diferentes estadios de la enfermedad

- **Sífilis primaria** Chancro o úlcera, generalmente indolora, de bordes no despegados y fondo limpio. Linfadenopatía regional.
- **Sífilis secundaria** Lesiones cutaneomucosas (máculas, pápulas, pústulas, folículos), sobre todo en tronco, cara, palmas y plantas. Condilomas. Síntomas generales. Linfadenopatías generalizadas. Compromiso del SNC (sobre todo meningitis).
- **Sífilis latente** Asintomática. Solo se detecta por pruebas de laboratorio. Temprana: menos de un año de evolución. Tardía: mayor de un año de evolución.
- **Sífilis tardía** Compromiso cardiovascular (aortitis). Gomas (síndrome de masa ocupante). Neurosífilis: sífilis meningovascular, paresia, tabes dorsal.

Tratamiento

Primaria, secundaria y latente menor de un año.

Huésped normal: Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de unidades IM, dosis única. Alérgicos a la penicilina: Doxiciclina 100 mg 2 veces/d oral durante 14 días, o tetraciclina 500 mg 4 veces/d oral durante 14 días, o Ceftriaxona 1 g c/24 horas IM de 8 a 10 días.

- **VIH:** Igual que huésped normal. Alérgicos a penicilina: igual que huésped normal.
- **Embarazadas:** 2 dosis de penicilina Benzatínica de 2,4 millones de unidades IM, separadas por 1 semana. Alérgicas a penicilina: desensibilizar.

Tratamiento

Latente mayor de un año, desconocida o terciaria.

- **Huésped normal** Penicilina G Benzatínica 7 millones de unidades totales IM (2,4 millones de unidades por semana, durante 3 semanas). Alérgicos a Penicilina: Doxiciclina 100 mg oral 2 veces por día, o tetraciclina 500 mg oral 4 veces por día durante 4 semanas.
- **VIH** Debe confirmarse o descartarse neurosífilis, realizando punción lumbar antes de instaurar tratamiento. Si se descartó neurosífilis, el tratamiento es igual al del huésped normal, con tres dosis de Penicilina Benzatínica; en caso de confirmar el diagnóstico, debe tratarse como tal. Alérgicos a Penicilina: se recomienda desensibilizar. Embarazadas: desensibilizar si son alérgicas a penicilina.

Herpes Genital

Sospecha clínica Se presenta con ardor, quemazón seguida de aparición de vesículas y luego úlceras pequeñas dolorosas, bordes blandos con adenopatías regionales tensas, firmes y dolorosas.

Localizaciones más frecuentes:

- Mujer: Úlceras vulvovaginales, cervicitis mucopurulenta.
- Hombre: Úlceras en pene.

Procedimientos diagnósticos

- **Obligatorios** Detección de antígeno (Elisa/IFD por anticuerpos monoclonales): Detecta virus herpes 1 y 2. Raspado de la lesión, Sensibilidad del 80%. Testeo para VIH.
- **Facultativos** Citología (frotis de Tzank, Papanicolaou, tinción de Wright). Raspado de la lesión, Sensibilidad del 60%. Aislamiento del virus por cultivo: Sensibilidad del 90%. La sensibilidad disminuye a partir de las 72 horas de formada la vesícula. Detección de ADN viral: Mayor sensibilidad que el cultivo. No se utiliza en la práctica diaria.

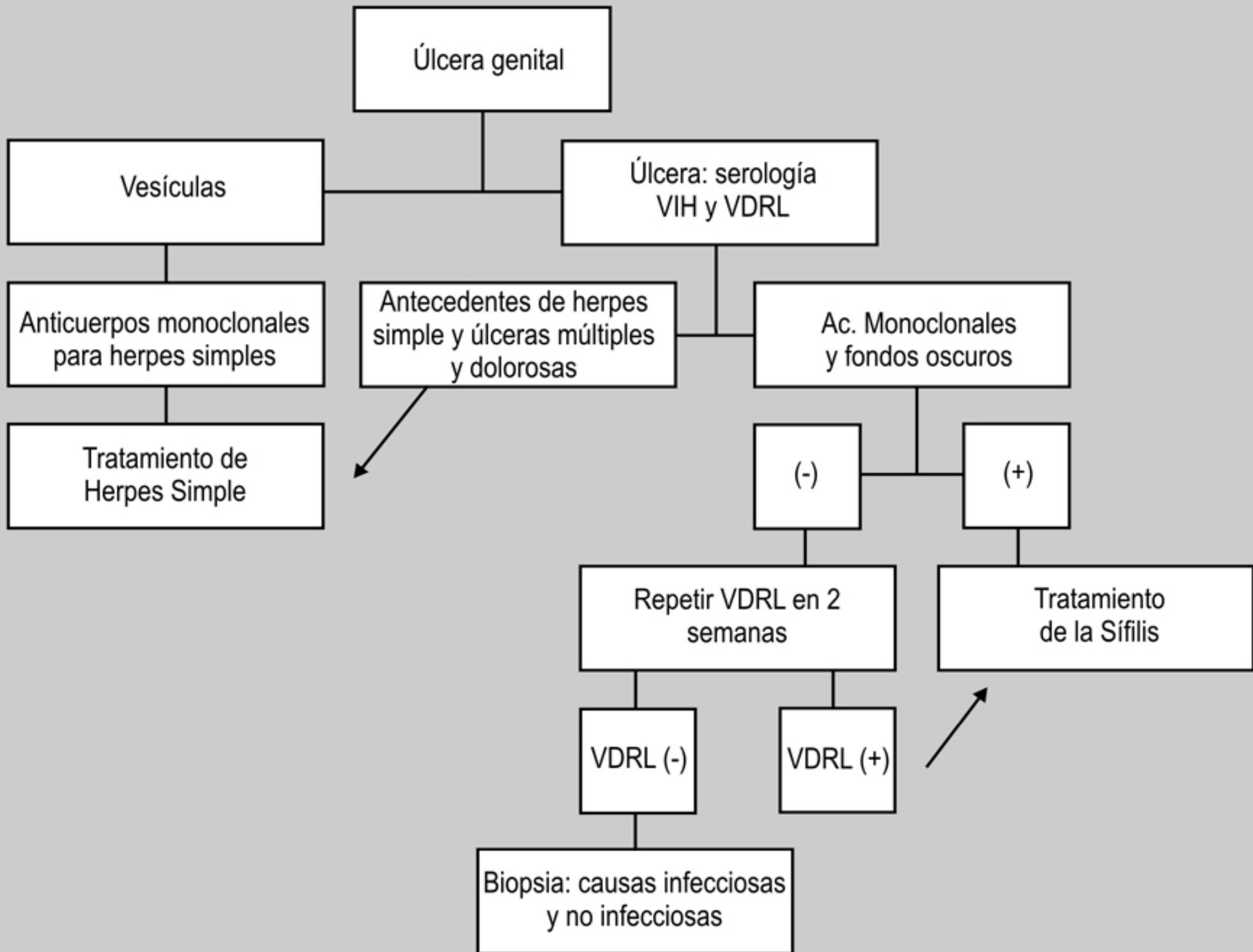
Tratamiento

- Primer episodio: Aciclovir 200 mg oral 5 veces por día o Aciclovir 400 mg oral 3 veces por día.
- Alternativa: Valaciclovir 1 g oral 2 veces por día. La duración del tratamiento es de 7 a 10 días. Debe prolongarse si al cabo de 10 días no hay cicatrización. Recurrencias: Aciclovir 400 mg 3 veces por día, vía oral o Aciclovir 800 mg oral 2 veces por día. Alternativa: Valaciclovir 500 mg oral 2 veces por día.

La duración del tratamiento es de 3 a 5 días. Los pacientes se benefician con el tratamiento si lo inician con los pródromos, o dentro del primer día de aparición de las lesiones.

Tratamiento

- Supresivo: Aciclovir 400 mg oral 2 veces por día. Alternativa: Valaciclovir 500 mg a 1 g una vez por día, vía oral. El tratamiento supresivo se indica a pacientes que sufren 6 o más episodios por año.
- Huésped Inmunocomprometido: Aciclovir 400 mg oral 3 a 5 veces por día. El tratamiento se realiza hasta la resolución del episodio. En casos severos que requieran hospitalización, como infección diseminada o complicación en SNC: Aciclovir, 5 a 10 mg/kg. IV cada 8 horas, durante 5 a 7 días o hasta la resolución clínica. Si hay resistencia a Aciclovir: Foscarnet 40 mg/kg IV cada 8 horas hasta resolver los síntomas. Embarazadas: Solo se trata la primoinfección o casos severos con Aciclovir. Otras medidas: Testeo a la pareja.



Verrugas genitales

- Lesiones exofíticas producidas por la proliferación de células escamosas sobre la superficie del epitelio. Las lesiones exofíticas relacionadas VPH se denominan verrugas genitales externas y pueden ser condilomas acuminados o verrugas papulares.
- Sobre superficies húmedas, suelen aparecer como tumores de color rosado o blancuzco, compuestos de proyecciones digitiformes con sus asas capilares dilatadas, cuyas trayectorias se observan a través de sus centros.
- En áreas más secas, aparecen como masas polipoideas con superficie queratósica, fisurada e irregular (parecido a una coliflor). Otras lesiones papulares, como las producidas por el poxvirus (molusco contagioso) consisten en pápulas pequeñas, uniformes y esféricas con centros umbilicados. Suelen aparecer en los genitales, muslos y abdomen, pero no se extienden sobre las mucosas.

Verrugas genitales

Producidas VPH 1, 16, 38 y 31; estos tres últimos, junto con el 33, son particularmente oncogénicos, especialmente, en la mujer.

En el varón, son también potencialmente oncogénicos pudiendo producir carcinoma de pene y anal. La mitad de los carcinomas de pene contienen ADN del VPH principalmente los serotipos 16.

La mitad de los varones que son parejas de mujeres infectadas por el HPV, tenía lesiones macroscópicas pero solo el 16% lo advierte.

El uso de ácido acético tópico y magnificación óptica (penescopía) detecta otro 29% que podría haberse considerado libre de enfermedad.

En la infancia, no es patognomónico de abuso, pero siempre se debe investigar.

En adultos, es la vía sexual la principal forma de transmisión

Verrugas genitales

- **Signos y síntomas** En varones, la apariencia puede ser muy variada aún en el mismo paciente, las lesiones pueden localizarse en el frenillo, surco coronal, glande y piel perianal. Las lesiones en la uretra pueden producir hemorragia, secreción y disminución de la fuerza del chorro miccional. Las lesiones perianales son particularmente frecuentes en homosexuales, pero también se pueden presentar en heterosexuales

Tratamiento

- Existen varios tratamientos disponibles, pero no son totalmente efectivos siendo frecuentes las recidivas.
- Métodos físicos: cirugía, la electrocirugía, la criocirugía y el láser.
- Métodos químicos: podofilox y el 5-flúor-uracilo. El podofilox al 0,5% en solución o en gel se coloca dos veces por día durante tres días y se descansa cuatro, de ser necesario, se repiten hasta cuatro ciclos. El imiquimod al 5% en crema es un inmunoestimulante de acción tópica, se utiliza por la noche durante 6 a 10 horas (se debe lavar la región por la mañana) tres veces por semana durante 16 semanas.

Vulvovaginitis y cervicitis

En las primeras etapas de la pubertad, el aumento creciente de los niveles de estrógeno determina un engrosamiento de la mucosa vaginal con varias capas de células superficiales cargadas de glucógeno.

Los Lactobacilos utilizan este nuevo medio rico en glucógeno produciendo ácido láctico, ácido acético determinando un pH de 3,5 a 5. Estos dos factores: el crecimiento de Lactobacilos y el descenso del pH producen una defensa contra las infecciones. El 90% de los 10^5 a 10^7 microorganismos por mililitro en la vagina son Lactobacilos facultativos.

Cualquier alteración de este hábitat normal (por ejemplo: microtraumatismos por coito, uso de antibióticos, *jeans* ajustados, uso inadecuado de tampones) puede producir vaginitis.

En las adolescentes con actividad sexual, las causas más frecuentes de Vulvovaginitis son levaduras (20 a 40%) y *Tricomona vaginalis* (7 a 30%).

Flujo vaginal

```
graph TD; A[Flujo vaginal] --> B[Examen directo: pH, Gram y cultivo]; A --> C[Investigar: herpes genital, fístulas, cuerpo extraño]; B --> D[Confirmar o descartar causas no infecciosas y cervicitis];
```

Examen directo:
pH, Gram y cultivo

Investigar: herpes
genital, fístulas,
cuerpo extraño

Confirmar o
descartar causas
no infecciosas y
cervicitis

Vulvovaginitis y cervicitis

Tricomoniasis

El protozoo flagelado *Trichomona vaginalis* se transmite, casi exclusivamente, por vía sexual y produce la tricomoniasis urogenital, ITS muy frecuente con un período de incubación de 5 a 28 días y suele asociarse a otras: gonococia, gardenella, cándida y chlamydia.

Orientan, la presencia de: Eritema, edema, prurito vulvar y dispareunia.

Flujo vaginal blanco grisáceo muy espumoso (anaerobios), que si se asocia con bacilo coli, se transforma en amarillo-verdoso y muy maloliente.

Polaquiria y disuria: 20% de los casos. Exocérnix con puntillado hemorrágico (cuello de frutilla), descrito como altamente sugestivo de la infección. Se lo ve excepcionalmente.

- La Tricomoniasis urogenital es muy sintomática y la adolescente concurre a la consulta precozmente. El varón también posee la infección, aunque los síntomas no son tan manifiestos: puede causar uretritis con disuria y leve descarga uretral. Para confirmar el diagnóstico deben realizarse: Exámenes obligatorios Examen de flujo: muestra PH > 4,5. Examen en fresco: parásitos móviles y flagelados en el 70 a 80% de los casos.

Exámenes facultativos

- Cultivo Solo se recomienda cuando el resultado del examen en fresco es negativo. Corresponde tener presente que el crecimiento es lento (alrededor de 7 días), y el cultivo debe realizarse en anaerobiosis.

Tratamiento

Tratamiento: Metronidazol 2 g oral, dosis única o Metronidazol 500 mg 2 veces por día, durante siete días (como alternativa).

Tratamiento simultáneo de la pareja con igual esquema.

Abstinencia sexual hasta completar el tratamiento, y que ambos estén asintomáticos.

- En caso de fallo de tratamiento por cepas resistentes: Metronidazol: 500 mg 2 veces por día durante 7 días. Tinidazol 2 g oral, dosis única (2 comprimidos de 500 mg con el almuerzo y la cena).
- Se debe advertir a los pacientes que eviten consumir alcohol durante el tratamiento con metronidazol o tinidazol y hasta 24 h después de haberlo completado con metronidazol y 72 h con tinidazol

Screening de ITS en adolescentes asintomáticos con conductas de riesgo

Mujeres	Varones
Estudio de flujo vaginal En fresco: <i>Tricomona vaginalis</i> Tinción de Gram: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Análisis de orina (chorro inicial) o hisopado uretral: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>
Cultivos endocervicales <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	

Serologías a solicitar en pacientes en riesgo de adquirir ITS o una infección por HIV

Infección	Serología inicial	Prueba confirmatoria
Sífilis	VDRL	FTA-ABS
VIH	ELISA	Western Blot
VHB	Anti-HBc	HBsAg
VHC	IgG antiVHC	

Diagnóstico diferencial entre SRA y Mononucleosis infecciosa

	SRA	Mononucleosis infecciosa
Comienzo	Agudo	Insidioso
Amigdalitis con exudado	No	Si
Úlceras mucocutáneas	Si	No
Exantema	+++	+
Ictericia	No	Si
Diarrea	Si	No

PREVENCIÓN



El preservativo es el único método que, además de prevenir un embarazo no planificado, te protege del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.



#usalosiempre



Tus derechos, se mire por donde se mire

Ministerio de Educación
Presidencia de la Nación

Programa Nacional de Educación Sexual Integral

EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

Tus derechos, se mire por donde se mire

Signs held by participants:
- "No nos gustan las presiones en la pareja"
- "Tenemos ganas de expresar lo que sentimos"
- "No nos da miedo la violencia y el abuso sexual"
- "Nosotros también lloramos"
- "Aceptemos nuestros cuerpos tal como son"