

ARCHIVOS DE Ginecología y Obstetricia

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

2012; Volumen 50, Número 2: 99–164

EDITOR: Prof. Adj. Dr. Gustavo Ferreiro. Bvar. Artigas 1550; SGU. Montevideo

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SGU

Presidente: Dr. Gustavo Ferreiro
Past-president: Dr. Francisco Cóppola
1^{er} Vicepresidente: Dr. Álvaro Domínguez
2^{do} Vicepresidente: Dra. Ma. Luisa Banfi
Secretario: Dr. Gualberto Arribeltz
Prosecretaria: Dra. Elvira Fernández
Tesorero: Dr. Gerardo Viturera
Pro-Tesorero: Dr. Adriana Zuviría

SOCIEDADES ANEXAS DE LA SGU

Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia

PRESIDENTE: Dra. Grícel Valerio

Sociedad de Endoscopia Gineco-Obstétrica

PRESIDENTE: Dr. José Carlos Fagnoni Bello

Sociedad de Menopausia y Endocrinología Ginecológica

PRESIDENTE: Dr. Francisco Coppola

Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana

PRESIDENTE: Dr. Carlos Duarte

Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior, Citología y

Colposcopia del Uruguay

PRESIDENTA: Dr. Guillermo Rodríguez

Sociedad de Ecografía Ginecocológica del Uruguay

PRESIDENTA: Dr. Marcelo de Agostini

Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual

PRESIDENTA: Dra. Mónica Lijtenstein

Sociedad de Salud Sexual y Reproductiva del Uruguay

PRESIDENTA: Dra. Verónica Fiol

Sociedad de Mastología Ginecológica

PRESIDENTE: Dr. Gustavo Ferreiro

Capítulo de Perineología

PRESIDENTE: Dr. Edgardo Castillo Pino

Consejo Editorial SGU • AGO

Dr. José Enrique Pons, Dr. Gustavo Ferreiro,
Dr. Gerardo Viturera

Bibliotecólogo

Carmen Luz Rodríguez

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Justo G. Alonso Tellechea
Dra. Carmen Álvarez Santin
Dra. Ma. Luisa Banfi
Dra. Estela Conselo
Dr. José C. Cuadro
Dr. José C. Fagnoni Blengio
Dr. Washington Lauría
Dr. José H. Leborgne
Dr. Raúl Medina Milanesi
Dr. Mario Olazábal Calvez
Dr. Jaime Polto
Dr. José E. Pons
Dr. Ramón Rodríguez de Armas
Dr. Alegre Sassón
Dr. Ricardo Topolanski

SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY
H. Pereira Rossell. Bvar. Artigas 1550. Segundo piso.
Montevideo, Uruguay. CP 11.600.
Telfax: (598) 2709 9287.

<http://www.sguruguay.org> | e mail: secretaria@sguruguay.org

Esta es una publicación científica autofinanciada y de distribución exclusivamente gratuita. Se agradece la difusión y la colaboración. Cualquier parte de esta publicación puede reproducirse con previa autorización de los autores y editores, siempre que se cite la fuente y se envíe copia a la SGU y a la SOGIU.

REVISTA ARBITRADA

Colaboran en este número

BAYER
GADOR
GLAXO
JOHNSON&JOHNSON
ROEMMERS
TRESUL
URUFARMA

Contenido

Colaboran en este número	99
Editorial	101
Recomendaciones para el uso racional de los uteroinhibidores en la práctica clínica	103
Clínica Ginecotológica A Prof. Dr. Leonel Briozzo; Clínica Ginecotológica B Prof. Dr. Washington Lauría; Clínica Ginecotológica C Prof. Dr. Justo Alonso; Departamento de Farmacología y Terapéutica Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas	
Trombocitopenia en la gestación y puerperio	118
José E. Novoa Gregorio	
¿Es necesario una Check list en la cesárea?	125
Stephanie Viroga, Gerardo Vitureira*	
Patología oncológica en Ginecología ¿Qué saben nuestras pacientes?	131
Andrés Conde, Matilde Kouyoumdjian, Fernanda Nozar, Bibiana Silvera	
Trastornos miccionales postparto	
Prevalencia y repercusión en pacientes del Centro Hospitalario Pereira Rossell	142
F. Aroztegui, M. Kouyoumdjian, F. Nozar, D. Greif, T. Bengoechea, C. Caraballo	
Aproximación a la disfunción sexual femenina en una población subsidiaria de la Policlínica de Tracto Genital Inferior del Centro Hospitalario Pereira Rossell	150
Lucía Abulafia, Sebastián Ben, Alejandro Mandiá, Ma. Fernanda Nozar, Ma. Luisa Banfi, Laura Rubano, Leonel Briozzo	

Archivos de Ginecología y Obstetricia

Producción: dedos Productora • Editorial, dedos.uy@gmail.com
Impresión: Fanelcor SA [Iconoprint]
Edición al amparo del decreto 218/96 de la Comisión del Papel
Depósito legal: 304.342/2013
ISSN 0797-0803



EDITORIAL

Estimados lectores:

En la presente edición de nuestra revista presentamos las Guías de Práctica Clínica elaboradas por las cátedras de ginecología y el Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina, UdelaR, en cuanto a recomendaciones para el uso racional de los útero inhibidores en la práctica clínica, tema de relevancia en nuestra práctica diaria, dada la frecuencia de partos de pre término en nuestro medio.

A su vez se publica una puesta a punto sobre trombocitopenia en la gestación y puerperio, valorando las distintas etiologías, diagnósticos diferenciales y pautas terapéuticas.

Otros temas que se desarrollan tratan sobre la importancia de la aplicación de *check list* en cesáreas, verdadero instrumento de aplicación en el marco de la seguridad del paciente; el conocimiento de los pacientes oncológicos acerca de su patología, así como la prevalencia de los trastornos miccionales y de la disfunción sexual en la mujer.

La propuesta en esta oportunidad es variada en cuanto a la temática y descontamos que su lectura será atrayente y de utilidad para ustedes.

Les saluda,

DR. GUSTAVO FERREIRO

Editor

Recomendaciones para el uso racional de los uteroinhibidores en la práctica clínica

Clínica Ginecotocológica A Prof. Dr. Leonel Briozzo
Clínica Ginecotocológica B Prof. Dr. Washington Lauría
Clínica Ginecotocológica C Prof. Dr. Justo Alonso
Departamento de Farmacología y Terapéutica Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas

1. Introducción

El parto de pretérmino, definido como el nacimiento de un niño antes de las 37 semanas de gestación, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal en países en vías de desarrollo y desarrollados^(1–5). Se asocia con 70% de las muertes neonatales y con 75% de la morbilidad neonatal severa así como con morbilidad a largo plazo^(6–10). Además, se estima que 99% de las muertes neonatales en todo el mundo ocurren en países de ingresos bajos y medios con partos de pretérmino. En éstos, el parto de pretérmino determina 28% de aquellas muertes⁽⁵⁾.

En Uruguay nacen cerca de 47.000 niños cada año, de los cuales 4.500 nacen prematuros⁽¹¹⁾.

La incidencia de parto de pretérmino ha aumentado tanto en países desarrollados como en los menos desarrollados. Esto es atribuible probablemente al uso creciente de tecnología en reproducción asistida, embarazos múltiples, la proporción creciente de partos en mujeres de más de 34 años y el parto de pretérmino por indicación médica^(1, 12–15).

Clásicamente, los esfuerzos vinculados a la prevención del parto de pretérmino se han centrado en la reducción o eliminación de los facto-

res de riesgo conocidos, asumiendo que el parto de pretérmino se reduciría en proporción a la reducción de un factor de riesgo específico. El fracaso de este enfoque ha contribuido a la reciente concepción del parto prematuro como un *síndrome* en el que diversos trastornos patológicos contribuyen al inicio y la progresión del parto prematuro⁽¹⁶⁾. Se carece entonces de un claro conocimiento de la fisiopatología, ya que hasta ahora, los estudios de intervención han sido diseñados para responder a preguntas clínicas en lugar de preguntas etiopatogénicas, como si una intervención puede reducir la tasa de nacimientos prematuros en las mujeres con factores de riesgo en el anterior o actual embarazo.

Actualmente no es correcto analizar al parto de pretérmino sin tener en cuenta la influencia de los denominados “determinantes sociales de la salud”, los cuales cumplen un rol etiológico fundamental. Poco se podrá hacer por la reducción de la prematurez sin considerar factores como el estrés materno, las inequidades socio-económicas y culturales, las diferencias étnico-raciales, la violencia doméstica, etc.

El parto de pretérmino puede ocurrir debido al inicio espontáneo del trabajo de parto en aproxi-

madamente 50% de los casos, por rotura prematura de membranas ovulares en 30% y por interrupción electiva del embarazo debido a causas maternas y/o fetales que pongan en riesgo a algún componente del binomio en 20% de los casos (iatrogénica)^(17; 18).

Los esfuerzos en prevenir la prematuridad no constituyen un objetivo en sí mismo, ya que lo que complica la prematuridad son las patologías que acompañan a ésta y que provocan la morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones más comunes de la prematuridad son el síndrome de distress respiratorio (principal causa de muerte y de enfermedad pulmonar crónica y presente en 40% – 50% de los niños nacidos antes de las 32 semanas de gestación); hemorragia intraventricular (causa importante de parálisis cerebral y retraso mental) y enterocolitis necrotizante⁽¹⁹⁾. En un estudio epidemiológico en América Latina, 25% de los recién nacidos de pretérmino que fueron seguidos hasta los dos años de edad, mostraron daños neurológicos severos⁽²⁰⁾. El análisis de los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) —base de datos perinatal latinoamericana— de Uruguay muestra que la frecuencia del síndrome de distress respiratorio en recién nacidos de menos de 35 semanas de edad gestacional es cercana a 30% y el riesgo de daño neurológico es 4 a 10 veces mayor en los recién nacidos antes de las 35 semanas que en aquellos nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. Como consecuencia de esta morbilidad más alta, el tiempo medio de hospitalización de los neonatos nacidos antes de las 35 semanas es de 10 días⁽²¹⁾.

Un dilema clínico en el tratamiento de los niños extremadamente prematuros es que la disminución de la tasa de mortalidad neonatal se asocia con un aumento de los sobrevivientes con morbilidad severa y deficiencias neurológicas^(18; 22). Dado que se ha hecho difícil alcanzar mejoras adicionales en las tasas de supervivencia de los niños extremadamente pretérminos, es importante diseñar medidas para disminuir la incidencia de parto de pretérmino.

Desde el punto de vista obstétrico para resolver este problema se plantea como objetivo terapéutico retrasar el nacimiento a través de medidas de uteroinhibición. Retrasar el nacimiento permite realizar inducción de la maduración pulmonar fetal o trasladar a la paciente a un centro de tercer nivel que cuente con cuidados intensivos neona-

tales, únicas medidas que han demostrado disminuir la morbimortalidad neonatal.

Es necesario rediscutir las medidas terapéuticas utilizadas frecuentemente en nuestro medio para resolver este problema, debido al frecuente uso irracional de éstas.

Diagnóstico de amenaza de parto de pretérmino
Determinar el momento de inicio de la uteroinhibición constituye un paso fundamental para racionalizar su uso. Por lo tanto, establecer claramente el diagnóstico de amenaza de parto de pretérmino (APP), determinando qué paciente puede beneficiarse de la terapéutica recomendada, adquiere gran importancia.

En nuestro medio se maneja el concepto de Amenaza de Parto Pretérmino (APP), el cual surge de la bibliografía en castellano^(23–26), siendo sus criterios diagnósticos variados, aunque presentan elementos en común.

Si bien el objetivo de esta guía no es revisar el diagnóstico de APP, dada su heterogeneidad se plantearán criterios clínicos mínimos para definirlo operativamente en esta guía, en base a la evidencia disponible.

La guía clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define APP como un proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto antes de las 37 semanas completas de gestación. El diagnóstico de APP se basa en la aparición de contracciones uterinas y en la presencia de modificaciones cervicales. Para este grupo las modificaciones cervicales y con carácter progresivo son la base del diagnóstico de APP⁽²³⁾.

Los mismos criterios se adoptan en libros de texto de referencia, donde se resalta que cuando las contracciones uterinas se presentan aisladamente son insuficientes para definir APP, siendo fundamental las modificaciones cervicales^(24–26).

Las clínicas inglesa y norteamericana de ginecología y obstetricia hacen referencia a factores de riesgo de parto pretérmino: contracciones uterinas excesivas dolorosas, dilatación y borramiento cervical, y así como factores de riesgo epidemiológicos^(26; 28–31).

Internacionalmente no se reconoce una entidad llamada “APP”, y esto se debe al bajo valor predictivo positivo que tienen los síntomas clínicos, con una alta incidencia de sobrediagnóstico,

Cuadro 1.

Diagnóstico APP

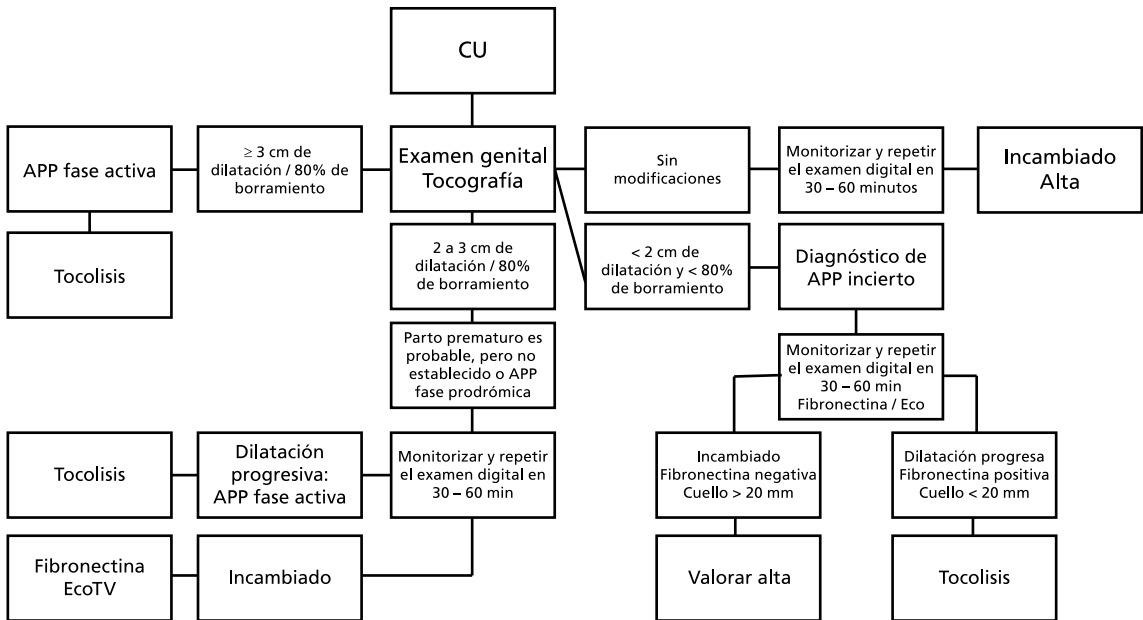
APP se define como contracciones uterinas dolorosas con modificaciones cervicales progresivas antes de las 37 semanas de edad gestacional

Debería excluirse la entidad "APP sin modificaciones cervicales" ya que no existe una entidad clínica llamada APP o riesgo de Parto Pretérmino que no incluya modificaciones cervicales ostensibles para su diagnóstico

Cuadro 2.

Algoritmo de manejo de pacientes con contracciones uterinas dolorosas antes del término.

Eco TV: ecografía transvaginal.



Cuadro 3.

Niveles de evidencia (NICE)

1++ Meta análisis de alta calidad revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgo

1+ Meta análisis bien conducido, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgo

1- Meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgo

2++ Revisión sistemática de alta calidad de casos controles o estudios cohortes con muy bajo riesgo de sesgos y alta probabilidad de relación causal

2+ Estudios casos control o cohorte bien diseñado con bajo riesgo de sesgo y moderada probabilidad de relación causal

2- Caso control o estudio cohorte con alto riesgo de sesgo y alta probabilidad de relación no causal

3 Estudios no analíticos (reporte de casos)

4 Opinión de expertos

sobret ratamiento y hospitalizaciones prolongadas⁽³²⁾. Ochenta por ciento de las llamadas APP terminarán en un parto de término⁽³³⁾. (Cuadro 1).

En base a lo analizado se propone un algoritmo de manejo de las pacientes con contracciones uterinas antes del término (cuadro 2).

2. Objetivo de la guía

El objetivo principal de esta guía es optimizar el manejo terapéutico de la uteroinhibición y promover el uso racional de los uteroinhibidores disponibles.

3. Aspectos clínicos abordados por la guía

Esta guía abordará los aspectos inherentes al manejo terapéutico de la APP con necesidad de retrasar el nacimiento para realizar inducción de la maduración pulmonar fetal o el traslado a un centro de tercer nivel de atención que cuente con CTI neonatal.

4. Metodología de trabajo para la elaboración de la guía

Se revisó la evidencia disponible realizando una búsqueda sistemática de información en Pubmed y Cochrane. Se analizaron ensayos clínicos controlados, meta-análisis, revisiones y se revisaron las guías de práctica clínica, estudios de costo-efectividad y estudios de cohorte prospectivos. Además se revisaron las guías de práctica clínica disponibles en las páginas web de NICE, NGC, SIGN y libros de texto de referencia en obstetricia^(23; 24).

Cuadro 4.

Grados de recomendación (NICE modificados)

A: Evidencia de alta calidad que apoya la recomendación: por lo menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado 1++ y directamente aplicable a la población objetivo; revisión sistemática de ensayos clínicos controlados o estudio 1+ directamente aplicables a la población objetivo y con resultados consistentes
B: Evidencia de mediana calidad que apoya la recomendación: estudios 2++ directamente aplicables a la población objetivo con resultados consistentes; evidencia extrapolada de estudios 2++
C: Evidencia de baja calidad que apoya la recomendación: estudios 2+ directamente aplicable
D: Recomendación basada en opinión de expertos: evidencia 3 o 4 o extrapolable de estudios 2+; recomendación por consenso del grupo creador de la guía

Se clasificó la evidencia según el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)⁽³⁴⁾ (Cuadro 3).

Las recomendaciones se basaron en los niveles de evidencia antedichos (Cuadro 4) y por consenso del grupo creador de la guía.

La guía se actualizará como máximo cada dos años siguiendo la misma metodología de trabajo mencionada previamente.

5. Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés para elaborar esta guía.

6. Destinatarios de la guía

Esta guía está destinada a médicos ginecobstetras, médicos de familia y médicos generales.

7. Medidas terapéuticas disponibles

Medidas terapéuticas no farmacológicas

Reposo en cama

El reposo en cama tanto en el hospital como en domicilio es una medida frecuentemente utilizada en la práctica diaria y descrita en libros clásicos de obstetricia. La justificación fisiopatológica de esta medida es la observación de que las tareas de esfuerzo y la actividad física se asocian con partos de pretérmino y que el reposo disminuiría la contractilidad uterina⁽³⁵⁾.

Por otro lado se ha visto que esta medida tiene efectos deletéreos como mayor riesgo de trombosis venosa, atrofia muscular y pérdida de peso. A su vez induce sentimientos ambivalentes con

respecto al embarazo, ya que el reposo puede aumentar los gastos familiares directamente relacionados con el cuidado de otros hijos e indirectamente por el ausentismo laboral ^(36; 37).

A pesar de todo lo analizado no existe evidencia que esté a favor o en contra del reposo para la prevención del parto de pretérmino. Dado los potenciales efectos adversos para la madre y su familia y el incremento de los costos al sistema de salud, el reposo en cama no se debería indicar de rutina en los casos de APP.

Aún está en discusión el potencial beneficio en pacientes con riesgo de parto prematuro ^(35; 36).

Medidas terapéuticas farmacológicas

Hidratación

El uso de hidratación intravenosa para controlar la actividad uterina, se basa en que la rápida administración de fluidos bloquea la liberación a nivel central de ADH (hormona antidiurética) y de oxitocina a través de la expansión del volumen sanguíneo y de la distensión de la aurícula izquierda con la consiguiente aparición del reflejo de Henry Gauer ^(38–40).

Una revisión sistemática que incluyó un total de dos ensayos clínicos no evidenció un claro beneficio en el grupo de pacientes incorporadas al grupo de hidratación para la disminución del parto de pretérmino ⁽⁴¹⁾. Debido a la falta de evidencia que demuestre efectividad en la hidratación durante la amenaza de parto de pretérmino esta intervención no debería ser recomendada en forma rutinaria.

Agentes uteroINHIBIDORES

Contexto de la evidencia

No hay clara evidencia de que los agentes tocolíticos mejoren los resultados neonatales, éstos sólo logran retrasar el nacimiento hasta 7 días sin efectos significativos en el nacimiento pretérmino ni efectos claros en la morbilidad perinatal y neonatal. Una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados (ECC) comparando tocolíticos con placebo evidenció la disminución del riesgo de parto a las 24 horas, 48 horas y 7 días pero ninguno se asoció con una diferencia estadísticamente significativa en disminuir el riesgo de nacer antes de las 30, 32 o 37 semanas ⁽⁴²⁾.

Los agentes tocolíticos aprobados en diferentes países por las agencias internacionales regu-

ladoras de medicamentos no son coincidentes. La *Food and Drug Administration* (FDA) tiene aprobado ritodrina y terbutalina, la *Medicines Healthcare Products Regulatory Agency*, agencia reguladora inglesa, tiene aprobado ritodrina y atosiban y la *European Medicines Agency* (EMA) tiene aprobado solamente atosiban. La Organización Mundial de la Salud incluye, en su listado de medicamentos esenciales para el embarazo, a la nifedipina como único agente uteroINHIBIDOR.

En Uruguay, el FORMULARIO TERAPÉUTICO DE MEDICAMENTOS cuenta sólo con fenoterol para uso como agente tocolítico.

Si bien es probable que la tocólisis sea beneficiosa para completar la maduración pulmonar con corticoides o el traslado de la paciente a un centro de tercer nivel, estos beneficios no están formalmente probados en ensayos clínicos randomizados. Se destaca que el único procedimiento que ha demostrado eficacia en posponer el nacimiento es la tocólisis aguda (definida como el tratamiento durante un plazo máximo de 48 horas), ya que la tocólisis de mantenimiento (más allá de 48 horas) no mostró diferencias clínicas con el no tratamiento por lo que no se recomienda.

Los resultados neonatales alcanzados con las diferentes medidas terapéuticas no están claramente determinados en la evidencia clínica disponible, a lo que se suma la insuficiente información sobre eficacia y seguridad a largo plazo ⁽⁴⁴⁾.

Finalmente, si bien no existe evidencia de alta calidad consistente que avale dicha indicación, algunas guías clínicas introducen la posibilidad de realizar uteroINHIBICIÓN más allá del periodo de inducción de la maduración pulmonar fetal en los **pretérminos severos**, con el fin de optimizar los resultados perinatales en función del punto de corte de viabilidad de cada institución. Esta opción debe ser seleccionada en forma individual según el caso clínico y ante la ausencia de posibles efectos adversos (corioamnionitis, etc.) ⁽⁴⁵⁾.

Uteroinhibidores disponibles

Existen diferentes grupos de medicamentos utilizados como agentes tocolíticos: agonistas beta adrenérgicos, antagonistas de los canales de calcio, antagonistas de los receptores de oxitocina, antiinflamatorios no esteroideos y otros como sulfato de magnesio, y dadores de óxido nítrico.

La selección de un agente tocolítico debe basarse en los tres criterios básicos de selección de

Cuadro 5.

Indicación de uteroINHIBIDORES

Cuándo usar agentes uteroINHIBIDORES: Paciente con diagnóstico de APP
• Necesidad de realizar inducción de la maduración pulmonar (antes de 35 semanas)
• Necesidad de derivar al centro de referencia de tercer nivel con CTI neonatal
Una vez en el centro de tercer nivel y con maduración pulmonar completa, NO es recomendable su uso

para una determinada indicación medicamento: eficacia, seguridad y costos.

En el cuadro 5 se resumen las indicaciones de uso de los agentes uteroINHIBIDORES disponibles

Nifedipina

Perfil farmacológico

La nifedipina es un bloqueante de los canales de calcio del tipo dihidropiridina. Su uso como tocolítico se debe a su mecanismo de acción al prevenir la entrada de calcio a la célula miometrial y la generación de relajación muscular.

La nifedipina se utiliza por vía oral. Existen dos tipos de preparados, de liberación inmediata y de liberación modificada (retardada). Toda la evidencia disponible sobre su uso como tocolítico, utiliza los preparados de liberación inmediata, justificado por la necesidad de un inicio de acción más rápido. Los comprimidos de liberación inmediata alcanzan una concentración máxima a los 15–45 minutos, con una biodisponibilidad vía oral de 45–75%, una vida media de eliminación de 2 a 5 horas y una duración de acción de 6 horas.

Eficacia

Un meta-análisis del año 2011, que compara nifedipina con otros tocolíticos (no existe ECC comparando con placebo) evidencia diferencias estadísticamente significativas de eficacia comparado con los agonistas beta adrenérgicos para disminuir el riesgo de parto en 7 días (RR de 0,82 (IC 95% 0,70–0,97)) y disminuye el riesgo de nacimiento antes de las 34 semanas (RR de 0,77 (IC 95% 0,66–0,91)). No presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto al sulfato de magnesio ni con atosiban (pequeño ECC de 40 pacientes). Se agrega además que mejora los resultados neonatales, ya que en uno de los ensayos clínicos incluidos que la compara con beta adrenérgicos, reduce el riesgo de distrés respiratorio (RR 0,63 (IC 95% 0,46–0,86))⁽⁴⁵⁾.

En una revisión Cochrane de 2003 se evidenció menor riesgo de enterocolitis necrotizante y hemorragia interventricular que con los demás tocolíticos pero sin diferencias a nivel de la mortalidad fetal ni neonatal, ni en los resultados deletéreos a largo plazo⁽⁴⁶⁾.

Seguridad

Nifedipina en comparación con beta adrenérgicos, tiene menor incidencia de reacciones adversas y menor incidencia de suspensión por reacciones adversas. La incidencia de reacciones adversas severas con nifedipina es 0,9%⁽⁴⁴⁾. Como bloqueante de los canales de calcio del tipo dihidropiridina sus principales reacciones adversas derivan de uno de sus principales efectos, la vasodilatación. Estos efectos adversos se ven principalmente en los preparados de liberación estándar (cefalea, rubor facial, náuseas, hipotensión y taquicardia). Si bien la hipotensión es uno de los efectos adversos más preocupantes, la incidencia es baja y no se ha demostrado repercusión a nivel fetal⁽⁴⁷⁾. Diversos estudios en humanos no han mostrado disminución en el flujo uterino, sin cambios en el índice de pulsatilidad de la arteria uterina, umbilical ni cerebral media⁽⁴⁷⁾. Nifedipina cruza la placenta pero su efecto a largo plazo en los neonatos es incierto. En animales no se han descrito defectos congénitos, ni alteraciones hemodinámicas fetales ni neonatales. Según la clasificación de riesgo teratogénico de la FDA es categoría C.

Las contraindicaciones clásicas para la nifedipina son la insuficiencia cardiaca congestiva, ángor inestable, infarto agudo de miocardio y estenosis aórtica severa. Las mismas deberán individualizarse en cada paciente dado que las condiciones de uso de la nifedipina como tocolítico (a corto plazo) podrán permitir su uso en algunas circunstancias especiales. Como principales contraindicaciones a su uso tocolítico se destacan: la hipotensión severa y el uso concomitante con sul-

Cuadro 6.

Dosis de nifedipina

10 a 20 mg dosis inicial
10 mg cada 15 min según actividad contráctil (dosis máxima de 40 mg en la primera hora)
20 mg cada 6 u 8 horas por 48 horas
Recordar SUSPENDER si PA < 90/50 mmHg

fato de magnesio. En pacientes con cifras de presión arterial (PA) menor a 90/50 mmHg (punto de corte considerado de exclusión en la mayoría de los ECC) es recomendable no iniciar el tratamiento o suspender. El uso concomitante con sulfato de magnesio, utilizado como neuroprotector, se asociaría a mayor riesgo de bloqueo neuromuscular e hipotensión. No obstante, algunos ensayos clínicos en que se evalúa la eficacia neuroprotectora de sulfato de magnesio, no excluyen a pacientes que utilizan como tocolítico nifedipina ⁽⁴⁸⁾.

Las precauciones para el uso de nifedipina son las pacientes diabéticas y aquellas situaciones que aumenten el riesgo de edema pulmonar como el embarazo múltiple.

Dosis

La dosis inicial habitualmente utilizada en la mayoría de los ensayos clínicos es de 10 a 20 mg seguido de 10 mg cada 15 minutos, ajustando según la actividad contráctil, con una dosis máxima de 40 mg en la primera hora, y luego 20 mg cada 6–8 horas por 48 horas ⁽⁴⁵⁾. (Cuadro 6).

Indometacina

Perfil farmacológico

Indometacina corresponde al grupo de los antiinflamatorios no esteroideos, cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la ciclooxigenasa (COX), enzima encargada de la síntesis de prostaglandinas. Las prostaglandinas actúan como agentes que desencadenan y mantienen el trabajo de parto, por lo que los agentes inhibidores de la ciclooxigenasa son utilizados como tocolíticos. Dentro de éstos la más utilizada es indometacina ya que ha sido la más evaluada dentro de su grupo como tocolítico con eficacia demostrada ^(49; 50).

Eficacia

Dentro de los estudios incluidos en una revisión Cochrane, un pequeño trabajo de 36 pacientes que compara indometacina con placebo eviden-

ció una reducción del riesgo de nacimiento antes de las 37 semanas (RR 0,21 (IC 95% 0,07–0,62)), y otros dos estudios de 70 pacientes no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la reducción del riesgo de nacimiento en 48 horas y 7 días. Tres estudios (n: 168) incluidos en la revisión que compararon los inhibidores de la ciclooxigenasa (ICOX) versus otros tocolíticos, mostraron una reducción en el número de nacimiento antes de las 37 semanas (RR 0,53 (IC 95% 0,31–0,94)). No se encontraron diferencias en los resultados maternos ni neonatales comparando ICOX no selectivos versus ICOX selectivos. No hay evidencia de que éstos últimos (ICOX selectivos) disminuyan el riesgo de parto pretérmino. ⁽⁵¹⁾

Comparado con nifedipina se evidenció la superioridad de ésta en disminuir las contracciones en las primeras 2 horas pero sin diferencias en retrasar el parto dentro de 48 horas ni 7 días, ni diferencias en la edad gestacional al nacimiento ⁽⁵²⁾.

Seguridad

Los principales riesgos descritos para indometacina son el cierre precoz del ductus arterioso fetal y oligoamnios. La evidencia sobre el riesgo de cierre del ductus arterioso precoz no es concluyente. Un meta-análisis que evaluó la seguridad de la indometacina en neonatos no evidenció aumento del riesgo de complicaciones neonatales y el uso prolongado se ha asociado raramente con riesgo de cierre precoz del ductus ^(54; 55). Una revisión sistemática posteriormente publicada evidenció que si bien los ICOX presentan un riesgo mayor de cierre precoz del ductus arterioso comparado con placebo, no hubo una diferencia significativa comparando con otros agentes tocolíticos ⁽⁵⁵⁾.

El resto de los efectos adversos clásicamente asociados a los antiinflamatorios no esteroideos se deben principalmente a su mecanismo inhibitorio de la COX y por lo tanto son dosis dependientes: gastrointestinales (dispepsia leve, piro-

Cuadro 7.

Dosis de indometacina habitualmente utilizadas

Intrarrectal 100 día por 48 horas
Vía oral 50 mg inicial, continuar con 25 mg cada 4 a 6 horas
Recordar NO USAR después de las 32 semanas ni por más de 48 horas

sis, úlceras), renales (insuficiencia renal, observada en poblaciones de riesgo con insuficiencia cardíaca y nefropatías crónicas, retención hidrosalina, hiperpotasemia), hipersensibilidad (más frecuente en asmáticos y portadores de pólipos nasales). Corresponde a categoría B de la FDA durante 1° y 2° trimestre, y categoría D en el 3er trimestre.

Dosis

Ver el cuadro 7.

Atosiban

Perfil farmacológico

Atosiban es un antagonista de los receptores de oxitocina que a diferencia de otros agentes se ha desarrollado específicamente como tocolítico. Bloquea los receptores de oxitocina en el miometrio, previniendo el aumento del calcio intracelular, relajándolo. Por su selectividad órgano específica es que se le ha adjudicado una superioridad teórica como agente tocolítico.

Eficacia

Una revisión Cochrane de atosiban no mostró superioridad tocolítica a los beta miméticos ni al placebo. Para ambas comparaciones hubo un incremento del bajo peso al nacer para el grupo atosiban, así como aumento de la mortalidad infantil para atosiban comparado con placebo. Entre las explicaciones de los autores para este riesgo se destacan: desequilibrio en la asignación de las pacientes (mayor número de pacientes con menos de 26 semanas en el grupo de atosiban) y posible bloqueo de receptores de vasopresina a nivel fetal por el atosiban, lo que generaría cambios en el líquido amniótico con alteraciones del desarrollo renal o pulmonar. La falta de eficacia puede relacionarse con su mecanismo de acción, ya que interactúa con receptores miometriales cuya densidad depende de la edad gestacional, por lo que es posible que sea más efectivo en gestaciones mayores. En comparación con los agonistas adrené-

gicos, no hay diferencias significativas en nacimientos dentro de 7 días ni de 48 horas. Los resultados de la revisión Cochrane no apoyan la superioridad teórica del atosiban, aunque demuestran una clara ventaja sobre los beta miméticos por su mejor perfil de seguridad materna^(56; 58).

No ha sido comparado con antagonistas de los canales de calcio en ECC. Una revisión que realiza la comparación indirecta entre nifedipina y atosiban no evidenció diferencias significativas en retrasar el parto. Nifedipina redujo el síndrome de distrés respiratorio (RR 0,55 (0,32–0,97)) pero no hay otras diferencias medibles de morbi-mortalidad neonatal⁽⁵⁷⁾.

Seguridad

Los únicos efectos adversos descritos son las náuseas y las reacciones en el sitio de inyección. Dado sus efectos órganos específicos no se ha asociado a otros efectos adversos maternos. Debido a la asociación con peso al nacer menor a 1500 g la FDA no lo ha aprobado, encontrándose aún en revisión.

Dosis

La administración de atosiban requiere de una dosis carga, seguida de un plan de mantenimiento⁽⁵⁶⁾.

Beta adrenérgicos

Perfil farmacológico

Los agonistas beta adrenérgicos activan la adenil ciclasa, aumentando el AMPc lo que disminuye la actividad miosin quinasa tanto por fosforilación de la enzima como por disminución del calcio intracelular determinando así relajación miometrial. A nivel internacional, los principales beta miméticos utilizados como tocolíticos son rito-drina y terbutalina, dado que la eficacia surge de ECC con estos fármacos.

Eficacia

Si bien existe evidencia de que estos fármacos re-

Cuadro 8.

Dosis de atosiban

Dosis carga 6,75 mg en 1 min seguido de 18 mg/hora durante 3 horas
Luego 6 mg/hora por 48 horas (hasta un máximo de 330 mg)

Cuadro 9.

Dosis de beta–adrenérgicos

Salbutamol Dosis: 2,5–45 mcg/min por BIC (1 ampolla en 100 cc 0,5 cc/min a 9 cc/min)
Fenoterol (Actualmente no comercializado en Uruguay) Dosis: 1–4 mcg/min (2 ampollas en 500 cc SF por BIC 20–30 ml/hora)

ducen el riesgo de parto en 48 horas comparado con placebo (RR 0,63% (IC 95% 0,53–0,75)), no hay evidencia de que sean más efectivos que otros tocolíticos^(56; 58). Se asume que la eficacia tocolítica es de grupo y no existe evidencia para elegir un beta adrenérgico sobre otro. No obstante se destaca que la evidencia sobre la eficacia de fenoterol es escasa.

Seguridad

Se destaca la alta frecuencia de efectos adversos severos (1,7%) incluso con riesgo vital materno^(45,59). Las principales reacciones adversas descritas son: palpitaciones, arritmias, temblor, náuseas, vómitos, cefalea, dolor torácico, hiperglicemia, disnea, con alta posibilidad de que surja la necesidad de discontinuar el tratamiento por éstos. Se han descrito casos de edema pulmonar agudo, un efecto adverso severo pero poco frecuente (0,23%), muchas veces asociado al gran volumen de líquido aportado⁽⁴⁶⁾. Fenoterol y salbutamol corresponden a la categoría C de la FDA.

Dosis

Loa agonistas beta–adrenérgicos utilizados como tocolíticos se administran por bomba de infusión continua intravenosa. Habitualmente el volumen de infusión se aumenta cada 15–20 minutos de no ceder el patrón contráctil. La dosis que logre la uteroinhibición se mantiene por 4 horas. De no lograr la uteroinhibición luego de 8–12 horas de tratamiento se suspende la infusión. (Cuadro 9).

Sulfato de magnesio

Sulfato de Magnesio actuaría como tocolítico por inhibición competitiva de calcio, pero no hay clara evidencia de que reduzca el riesgo de parto pretérmino, por lo que no debería usarse para esta indicación. Presenta inadecuado perfil de seguridad materno y perinatal⁽⁶⁰⁾.

Actualmente se recomienda para realizar neuroprotección, debido que ha demostrado una reducción del riesgo de parálisis cerebral en el nacimiento de pretérmino severo⁽⁴⁸⁾.

Cuadro 10.

Costo de tratamiento uteroinhibidor por 48 horas a la fecha de noviembre de 2011 (pesos uruguayos).

Fármaco	Costo (\$) CHPR	Costo (\$) Hospital de Clínicas
Nifedipina	\$ 23	\$ 20
Indometacina	\$ 30	\$ 31
Atosiban	\$ 17.000	\$ 17.000
Salbutamol	\$ 2500	\$ 2210
Fenoterol	No se realiza su compra	\$ 474

Costos

En un análisis de costo efectividad realizado en EUA se concluyó que indometacina y nifedipina son las opciones más costo efectivas ⁽⁵⁹⁾.

En el cuadro 10 se resumen los costos de los tratamientos arriba mencionados, considerando el costo de un tratamiento de 48 horas a los precios de compra del Departamento de Farmacia del Centro Hospitalario Pereira Rossell y del Departamento de Farmacia del Hospital de Clínicas a noviembre de 2011.

Combinación de tocolíticos

La combinación de agentes tocolíticos aumentaría la incidencia de efectos adversos severos y no existe evidencia a favor de la mayor eficacia de la combinación de agentes frente a un único tocolítico, por lo que no debería usarse. Existe un protocolo Cochrane, aún en ejecución, para realizar una revisión sistemática con los objetivos de valorar la eficacia y seguridad de la combinación de agentes comparado con otros tratamientos, y no tratamiento ⁽⁴⁶⁾.

8. Recomendaciones para el uso racional de las medidas de uteroinhibición en la práctica clínica

A continuación se resumen las medidas de uteroinhibición con su grado de recomendación. Las mismas se presentan también en el Anexo 1.

8.1 Indicación de la uteroinhibición

La uteroinhibición está indicada en paciente con diagnóstico de APP con necesidad de realizar inducción de la maduración pulmonar (antes de 35 semanas) y/o necesidad de derivar a centro de referencia de tercer nivel con CTI neonatal.

Una vez en centro de tercer nivel y con maduración pulmonar su uso NO es recomendable.

Recomendación A

8.2 Medidas no farmacológicas

Reposo en cama

No se recomienda sistemáticamente reposo debido a la falta de evidencia a favor de su beneficio clínico.

Recomendación A

8.3 Medidas farmacológicas

Hidratación

No se recomienda sistemáticamente hidratación debido a la falta de evidencia a favor de su beneficio clínico.

Recomendación A

Fármacos uteroinhibidores

Existe evidencia de alta calidad para recomendar el uso de nifedipina e indometacina.

En embarazos menores de 32 semanas de edad gestacional se recomienda utilizar nifedipina o indometacina.

Recomendación A

En embarazos mayores de 32 semanas de edad gestacional se recomienda el uso de nifedipina.

Recomendación A

Existe evidencia limitada para recomendar el uso de atosiban como tocolítico de primera elección. Según la evidencia disponible, atosiban no demostró superioridad con respecto a otros tocolíticos ni al placebo, no hay ECC de no inferioridad, la comparación con nifedipina es en base a datos indirectos.

Recomendación A

Se recomienda restringir el uso de atosiban para aquellos embarazos mayores de 32 semanas de edad gestacional con contraindicación para el uso de nifedipina y para embarazos menores de 32 semanas con contraindicación para el uso de nifedipina e indometacina. Esta restricción se basa en los datos de eficacia disponibles, su alto costo y el menor tiempo de uso (ausencia de datos de farmacovigilancia).

Recomendación del grupo de trabajo de la Guía

Existe evidencia de alta calidad que no **demuestra** mayor eficacia de los agonistas beta adrenérgicos comparados con los demás uteroinhibidores. Dado que los agonistas beta adrenérgicos no han demostrado ser más eficaces y presentan un inadecuado perfil de seguridad no se recomienda su uso como uteroinhibidores.

Recomendación A

En caso de no disponer en el centro asistencial de las alternativas farmacológicas previamente

descritas, y tener disponibilidad de betamiméticos (por ejemplo fenoterol) utilice estos medicamentos solo con el fin de realizar el traslado o comenzar la terapia de inducción de la maduración pulmonar fetal.

Recomendación del grupo de trabajo de la Guía

9. Monitorización de la respuesta terapéutica

El uso racional de los uteroinhibidores implica no solo su indicación y prescripción adecuada sino también su correcta monitorización posterior.

La monitorización de la respuesta terapéutica

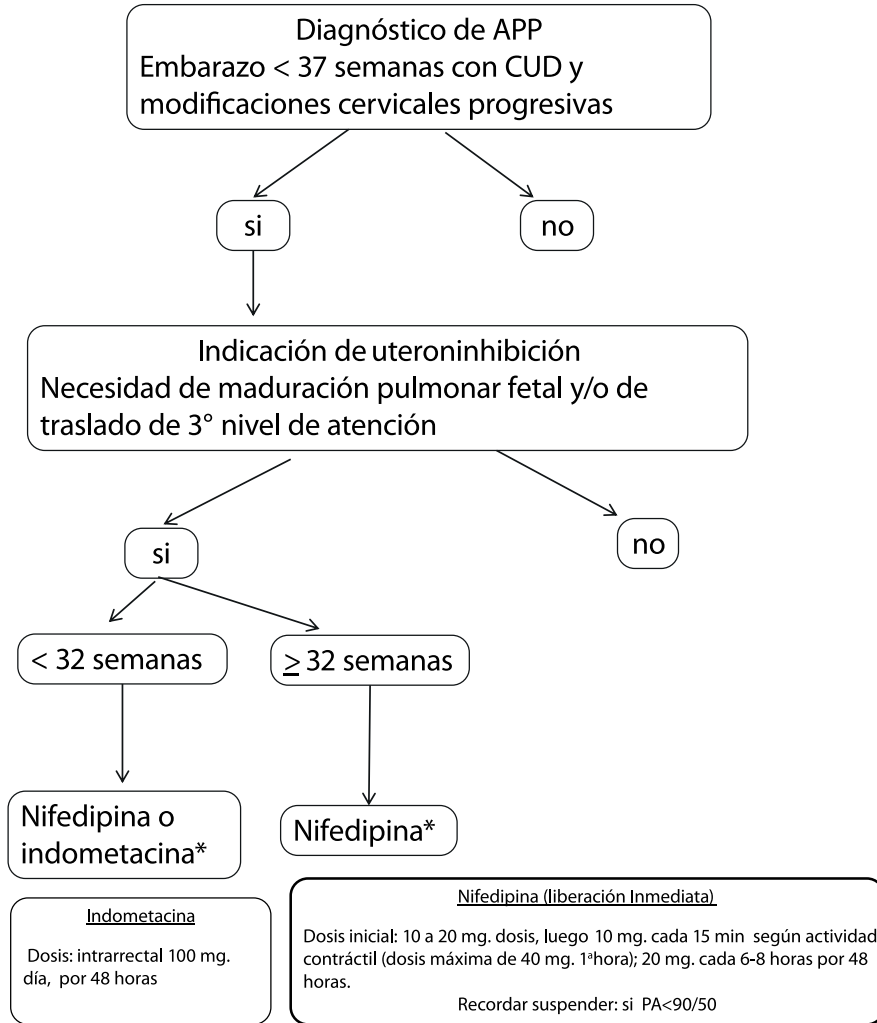
incluye la monitorización de los efectos terapéuticos, adversos y tóxicos, y la adherencia al tratamiento.

En el caso de los uteroinhibidores la monitorización es especialmente importante debido a que en las recomendaciones de estas guías se incluyen medicamentos que no son habitualmente utilizados en la práctica clínica (nifedipina, atosiban), o con un inadecuado perfil de seguridad (indometacina, beta adrenérgicos).

Se recomienda la aplicación de una ficha de seguimiento pre codificada (Anexo 2) para la evaluación de la efectividad y seguridad de los uteroinhibidores.

Anexo 1.

Resumen de las recomendaciones para el uso racional de los uteroinhibidores en la práctica clínica



* En caso de contraindicación, utilizar atosiban

Atosiban
Dosis carga 6,75 mg en un minuto, seguido de 18 mg/hora por 3 hs luego
6 mg/hora por 48hs (hasta un máximo de 330 mg)

Recordar realizar adecuada monitorización de la respuesta
terapéutica

Anexo 2.

Basados en las recomendaciones de esta guía, y para hacer un seguimiento intensivo de efectividad y seguridad de los medicamentos recomendados se realizará una evaluación del impacto del uso de los uteroinhibidores recomendados. Para este análisis se utilizará la ficha que figura a continuación. En caso que los usuarios de la guía deseen, pueden también utilizar esta herramienta de monitorización. En caso que quieran comunicarse con los autores, por favor dirigirse por mail a cimuruguay@gmail.com. Los datos generados podrán ser utilizados para la optimización de la guía.

Institución: _____ Fecha del ingreso: _____

Nombre paciente: _____ Numero de registro de la paciente: _____ Teléfono de contacto: _____

Edad gestacional: _____ Patologías obstétricas: _____

Medicamento utilizado: _____

Dosis: _____ Intervalo: _____ Vía: _____ Duración : _____

Cambio de tratamiento: _____ Cuál : _____

Indicación: Maduración Pulmonar Fetal Traslado a centro de 3° nivel

Otra: _____

Otras medidas adoptadas: Reposo duración__ Hidratación Tipo de suero: __ duración : __

Otras: _____

Tiempo estimado desde el ingreso y el cese de las CUD : _____ horas

Se logra la maduración pulmonar fetal completa: si no no corresponde

Se logra el traslado materno a un centro de 3° nivel: si no no corresponde

Se obtuvo dato del nacimiento: si no motivo:

Tiempo entre fecha de ingreso y nacimiento: _____ días EG: _____

Condiciones del RN al nacimiento: peso____ , Apgar____ Distress respiratorio: si no
Patología neonatal previo alta: _____

Reacciones adversas al medicamento durante el tratamiento:

Taquicardia , Arritmias , Hipotensión , Alergias Molestias Gastrointestinales

Otras: _____

Necesidad de interrumpir el tratamiento por Reacciones adversas al medicamento : si cual no

Observaciones: _____

AUTORES

Clínica Ginecotocológica A Prof. Dr. Leonel Briozzo

Dra. Verónica Fiol¹

Dra. Fernanda Nozar¹

Dr. Diego Greif²

Clínica Ginecotocológica B Prof. Dr. Washington Lauría

Dr. Gerardo Vitureira¹

Dra. Stephanie Viroga³

Clínica Ginecotocológica C Prof. Dr. Justo Alonso

Dr. Claudio Sosa⁴

Dra. Magdalena Zolessi²

Departamento de Farmacología y Terapéutica Prof. Dr.

Gustavo Tamosiunas

Dr. Gustavo Tamosiunas⁵

Dra. Noelia Speranza⁶

Dra. Silvia Xavier⁷

Dra. Stephanie Viroga⁷

Bibliografía

- (1) Lumley J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *BJOG* 2003 Apr;110 Suppl 20:3–7.
- (2) Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002 Nov;100(5 Pt 1):1020–37.
- (3) Andrews WW, Hauth JC, Goldenberg RL. Infection and preterm birth. *Am J Perinatol* 2000;17(7):357–65.
- (4) Buekens P, Klebanoff M. Preterm birth research: from disillusion to the search for new mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001 Jul;15 Suppl 2:159–61.
- (5) Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 2005 Mar 5;365(9462):891–900.
- (6) McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med* 1985 Jan 10;312(2):82–90.
- (7) Dollfus C, Patetta M, Siegel E, Cross AW. Infant mortality: a practical approach to the analysis of the leading causes of death and risk factors. *Pediatrics* 1990 Aug;86(2):176–83.
- (8) Repka MX. Ophthalmological problems of the premature infant. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8(4):249–57.
- (9) Lubchenco LO, Delivoria–Papadopoulos M, Butterfield LJ, Metcalf D, Hix IE, Jr., Danick J, et al. Long–term follow–up studies of prematurely born infants. I. Relationship of handicaps to nursery routines. *J Pediatr* 1972 Mar;80(3):501–8.
- (10) Lubchenco LO, Delivoria–Papadopoulos M, Searls D. Long–term follow–up studies of prematurely born infants. II. Influence of birth weight and gestational age on sequelae. *J Pediatr* 1972 Mar;80(3):509–12.
- (11) http://www.fundacionalvarezcaldeyrobarcia.org.uy/prematurez_cifras.html
- (12) Arias E, MacDorman MF, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics—2002. *Pediatrics* 2003 Dec;112(6 Pt 1):1215–30.
- (13) Branam AM, Schoendorf KC. Changing patterns of low birthweight and preterm birth in the United States, 1981–98. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002 Jan;16(1):8–15.
- (14) Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000 Jan;14(1):30–8.
- (15) Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle–income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005 Mar 5;365(9462):847–54.
- (16) Jay D Iams, Roberto Romero, Jennifer F Culhane, Robert L Goldenberg. Preterm Birth 2. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 164–75
- (17) Savitz DA, Blackmore CA, Thorp JM. Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. *Am J Obstet Gynecol* 1991 Feb;164(2):467–71.
- (18) Moutquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. *BJOG* 2003 Apr;110 Suppl 20:30–3.
- (19) Wood NS, Marlow N, Costeloe K, Gibson AT, Wilkinson AR. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *EPIcure Study Group. N Engl J Med* 2000 Aug 10;343(6):378–84.
- (20) Silva–Parraga F, Carvajal T, Perez E, Alban VHL. Amenaza de parto pretermino. *Medicina (Guayaquil)* 1998;4(3):199–202.
- (21) Matijasevich A, Barros FC, Forteza CA, Diaz–Rossello JL. [Health care of very low birth weight infants in Montevideo, Uruguay: a comparison between public and private sectors]. *J Pediatr (Rio J)* 2001 Jul;77(4):313–20.
- (22) Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. *N Engl J Med* 1998 Jul 30;339(5):313–20.
- (23) SEGO. <http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=26&Itemid=141>. [En línea] [Citado el: 8 de mayo de 2011.]
- (24) Schwarcz, Sala, Duverges. Anomalías de la duración del embarazo. *Parto Prematuro. Obstetricia. Buenos Aires : El Ateneo, 2005, págs. 253–269.*
- (25) Arias, Fernando. Trabajo de parto pretérmino. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2a. s.l. : Mosby. Doyma Libros, 1994, págs. 71–96.
- (26) Kayem, Goffinet, Haddad. Amenaza de parto prematuro. [aut. libro] EMC. *Obstetricia y Ginecología*. 2006, pág. E5 076 a 10.
- (27) Preterm labor and delivery. [aut. libro] Creasy. *Maternal Fetal Medicine*. 5a. 2004, 34.
- (28) Mercer RL, Goldenberg A. Das MS The preterm prediction study: a

1 Prof. Adjunta/o de Clínica Ginecotocológica

2 Asistente de Ginecotocología

3 Residente de Ginecotocología

4 Prof. Agregado de Clínica Ginecotocológica

5 Prof. Titular del Departamento de Farmacología y Terapéutica

6 Prof. Adjunta del Departamento de Farmacología y Terapéutica

7 Ayudante del Departamento de Farmacología y Terapéutica

- clinical risk assesment system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996, Vol. 174, pág. 1886.
- (29) Alanen, A. Does screening reduce prterm birth? *British Medical Journal*. 2004, Vol. 329, pág. 374.
- (30) Gabbe. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 5a. 2007.
- (31) Mercer, B. Preterm labor and preterm premature rupture of the membranes. *Diagnosis and management*. *Infectious Disease Clinics of North America*. 1997, Vol. 11, 1.
- (32) A Ochoa, J Perez. Preterm Labour. Premature rupture of membranes. *An. Sist. Sanit. Navarra*. 2009, Vol. 32, págs. 105–119.
- (33) Ozmen, S. Tocolíticos para el trabajo de parto prematuro. *Comentario de la BSR. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. 27 de enero de 2006.
- (34) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. www.nice.org.uk
- (35) Sosa C, Althabe F, Belizan J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003581.
- (36) Bigelow C, Stone J. Bed rest in pregnancy. *Mt Sinai J Med* 2011 Mar;78(2):291–302.
- (37) Maloni JA, Kasper CE. Physical and psychosocial effects of antepartum hospital bedrest: a review of the literature. *Image J Nurs Sch* 1991;23(3):187–92.
- (38) Clarke NP, Gauer OH, Henry JP, Reeves JL, Zuidema GD. Influence of moderate changes in blood volume on urine flow. *Am J Physiol* 1956 Jul;186(1):89–91.
- (39) Henry JP, Gauer OH, Reeves JL. Evidence of the atrial location of receptors influencing urine flow. *Circ Res* 1956 Jan;4(1):85–90.
- (40) Bieniarz J, Burd L, Motew M, Scommegna A. Inhibition of uterine contractility in labor. *Am J Obstet Gynecol* 1971 Dec 1;111(7):874–9.
- (41) Stan C, Boulvain M, Hirsbrunner–Amagbaly P, Pfister R. Hydration for treatment of preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD003096.
- (42) Gyetvai K, Hannah ME, Hodnett ED, Ohlsson A. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. *Obstet Gynecol* 1999 Nov;94(5 Pt 2):869–77.
- (43) Duley L, Bennet P. Tocolysis for Women in Preterm Labour. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* 2011;Green–top Guideline No. 1b.
- (44) Conde–Agudelo A, Romero R, Kusanovic JP. Nifedipine in the management of preterm labor: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Feb;204(2):134–20.
- (45) King JF, Flenady VJ, Papatsonis DN, Dekker GA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002255.
- (46) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. www.nice.org.uk ES la numero 1b. February 2011
- de HR, Mol BW, Erwich JJ, van Geijn HP, Gyselaers WJ, Hanssens M, et al. Adverse drug reactions to tocolytic treatment for preterm labour: prospective cohort study. *BMJ* 2009;338:b744.
- (47) Guclu S, Saygili U, Dogan E, Demir N, Baschat AA. The short–term effect of nifedipine tocolysis on placental, fetal cerebral and atrioventricular Doppler waveforms. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004 Dec;24(7):761–5.
- (48) Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD004661.
- (49) Berkman ND, Thorp JM, Jr., Hartmann KE, Lohr KN, Idicula AE, McPheeters M, et al. Management of preterm labor. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2000 Oct;(18):1–6.
- (50) Bukowski R, Saade GR. New developments in the management of preterm labor. *Semin Perinatol* 2001 Oct;25(5):272–94.
- (51) King J, Flenady V, Cole S, Thornton S. Cyclo–oxygenase (COX) inhibitors for treating preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001992.
- (52) Kashanian M, Bahasadri S, Zolali B. Comparison of the efficacy and adverse effects of nifedipine and indomethacin for the treatment of preterm labor. *Int J Gynaecol Obstet* 2011 Jun;113(3):192–5.
- (53) Loe SM, Sanchez–Ramos L, Kaunitz AM. Assessing the neonatal safety of indomethacin tocolysis: a systematic review with meta–analysis. *Obstet Gynecol* 2005 Jul;106(1):173–9.
- (54) Savage AH, Anderson BL, Simhan HN. The safety of prolonged indomethacin therapy. *Am J Perinatol* 2007 Apr;24(4):207–13.
- (55) Koren G, Florescu A, Costei AM, Boskovic R, Moretti ME. Nonsteroidal antiinflammatory drugs during third trimester and the risk of premature closure of the ductus arteriosus: a meta–analysis. *Ann Pharmacother* 2006 May;40(5):824–9.
- (56) Papatsonis D, Flenady V, Cole S, Liley H. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD004452.
- (57) Coomarasamy A, Knox EM, Gee H, Song F, Khan KS. Effectiveness of nifedipine versus atosiban for tocolysis in preterm labour: a meta–analysis with an indirect comparison of randomised trials. *BJOG* 2003 Dec;110(12):1045–9.
- (58) Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, Neilson JP, Harigopal S. Betamimetics for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004352.
- (59) Hayes E, Moroz L, Pizzi L, Baxter J. A cost decision analysis of 4 tocolytic drugs. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Oct;197(4):383–6.
- (60) Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):CD001060.

Trombocitopenia en la gestación y puerperio

José E. Novoa Gregorio*

Resumen

La trombocitopenia se presenta con importante frecuencia durante la gestación y puede ser consecuencia de diversas etiologías. Algunas de estas causas son exclusivas de la mujer embarazada y pueden no ser familiares para el cuerpo médico en general. Vamos a discutir los diagnósticos diferenciales de trombocitopenia en la ges-

tación, así como la patogenia en determinadas situaciones clínicas. Se discutirán las diferentes pautas terapéuticas en estas pacientes. La trombocitopenia afecta entre 6% y 10% de todas las embarazadas y luego de la anemia es la alteración hematológica más común en la gestación.

Existen múltiples causas de trombocitopenia en la gestación; algunas de ellas son exclusivas del embarazo y otras ocurren también en la mujer no embarazada. La gestación se asocia con numerosos cambios hematológicos, inmunológicos y homeostáticos que requieren una peculiar consideración para definir la causa precisa de la trombocitopenia. Dado que algunas medidas terapéuticas pueden conllevar toxicidades en el embarazo, su manejo debe ser particularmente cuidadoso. Se evaluarán los desordenes más comunes en la gestación, haciendo hincapié en la preeclampsia en la que se han reconocido nuevos mecanismos patogénicos.

Palabras clave: trombocitopenia; gestación; puerperio.

* Médico Internista, Hematólogo Clínico, Patólogo Clínico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Hospital de la Mujer. Ministerio de Salud Pública. ASSE. Montevideo, Uruguay. Ex Profesor Adjunto de Hematología Clínica de la Facultad de Medicina. UDELAR.

Director del Servicio de Hematología Clínica del Hospital Policial. Montevideo, Uruguay.

Vicepresidente del Grupo Cooperativo Latinoamericano de Hemostasia y Trombosis (CLAHT).

No ha habido para este trabajo ninguna subvención o fuente a declarar.

Domicilio: Evangelio Bonilla 6569. Montevideo 11500. Uruguay

E-mail: novoa.je@gmail.com

Summary

Thrombocytopenia occurs with significant frequency during pregnancy and can result from various etiologies. Some of these causes are unique to the pregnant woman may not be familiar to the medical profession in general. We will discuss the differential diagnosis of thrombocytopenia in pregnancy and the pathogenesis in certain clinical situations. We will discuss the different treatment regimens in these patients. Thrombocytopenia affects between 6% and 10% of all pregnant women and after the anemia is the most common hematological abnormality in pregnancy. There are many causes of thrombocytopenia in pregnancy, some of which are unique to pregnancy and also occur in other non-pregnant woman.

Key words: *thrombocytopenia; pregnancy; puerperium.*

Introducción

Se considera trombocitopenia como la disminución en el número de plaquetas por debajo de $150.000/\text{mm}^3$ en la población general y $120.000/\text{mm}^3$ en la gestante. Deberá siempre corroborarse con un extendido de sangre de la paciente la morfología y distribución plaquetaria a efectos de descartar una pseudotrombocitopenia por anticoagulantes (EDTA).

Se discuten aquí los desórdenes más comunes en la gestación, subrayando la preeclampsia en la que se han reconocido nuevos mecanismos patogénicos.

Enfermedades que causan trombocitopenia en la gestación

Trombocitopenia gestacional

La trombocitopenia gestacional, también conocida como trombocitopenia incidental del embarazo, es la causa más común de la trombocitopenia en la mujer embarazada, representando el 75% de todos los casos.^{1,2}

En la embarazada normal existe una caída fisiológica del número de plaquetas. La misma se especula vinculada con la hemodilución, disminución de producción de plaquetas o aumento del *turnover* plaquetario en la gestación.

Generalmente estas pacientes evolucionan con una leve trombocitopenia que se detecta ya desde el segundo o tercer trimestre de la gestación. Las cifras a considerar son variadas según los diferentes autores, pero ronda las $70.000/\mu\text{L}$. Sin embargo, hay reportes de casos con trombocitopenias inferiores que no responden a los corticosteroides y se resuelven en el post parto, consistentes con trombocitopenia gestacional.

Dado que no existe un test diagnóstico disponible para la trombocitopenia gestacional, esta enfermedad se diagnostica por exclusión. Sin embargo, en muchos casos puede ser muy difícil diferenciarla de severos casos de púrpura trombocitopénica autoinmune.

La trombocitopenia gestacional no se asocia con efectos adversos para la madre o el feto.

El grado de trombocitopenia materna no es lo suficientemente severa como para aumentar el riesgo hemorrágico en el parto y alumbramiento, aunque algunos casos llevan a evitar la anestesia epidural.

La trombocitopenia gestacional es auto limitada y se resuelve en 30 a 60 días post parto.

Trombocitopenia inmune (PTI)

PTI es una causa poco común de trombocitopenia en la gestación, ocurriendo entre 1 en 1000 y 1 en 10.000 gestaciones. Debe oponerse al PTI secundario, que cual se desarrolla en asociación con infecciones virales (HIV, hepatitis C, etc.), *Helicobacter pylori*, mesénquimopatía y otros desafíos. Entre todos los casos de PTI asociado con la gestación, un tercio se diagnostica durante el embarazo y dos tercios antes del embarazo. (Figura 1)

Clínicamente se presenta como gingivorragias, epistaxis y petequias, dependiendo del grado de trombocitopenia. Lo habitual es que se presente desde el primer trimestre, aunque puede aparecer en cualquiera de ellos. Frecuentemente estas pacientes tienen historia de PTI previo u otra afección autoinmune. El objetivo del tratamiento en la gestación es prevenir el sangrado. No se requiere tratamiento con recuentos plaquetarios por encima de 20.000 a $30.000/\mu\text{L}$ y no evidencian sangrado. En grandes series de pacientes embarazadas cursando PTI, sólo el 30% de ellas requerirá tratamiento. Sin embargo, cuando deban recibir anestesia epidural, han de recibir tratamiento más agresivo. Las guías terapéu-

ticas más recientes indican que en estos casos deberá lograrse un recuento plaquetario no menor de 75.000/ μ L, para colocar con seguridad un catéter epidural. Múltiples autores plantean el logro de cifras habituales para el segundo o tercer trimestre, no menores de 50.000/ μ L plaquetas, ante la posibilidad de una operación cesárea no planificada.

Los corticosteroides representan la primera línea de tratamiento y tienen como efectos no deseados, en el embarazo, la diabetes gestacional y la hipertensión arterial inducida. Estos agentes han sido asociados también con prematuridad, ruptura precoz de membranas y desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI). Pueden asociarse también con anomalías orofaciales tales como el paladar hendido. Por tales motivos, algunos autores sugieren como terapia de primera línea en el PTI en embarazadas, el empleo de gammaglobulina intravenosa. El inconveniente de la misma es que a pesar de su elevada eficacia para elevar el número de plaquetas, tiene un tiempo de duración del efecto breve. Es por tal motivo un agente ideal para aumentar el recuento plaquetario en situaciones de riesgo vital, ante PTI con cifras extremadamente bajas de trombocitos. La inmunoglobulina intravenosa anti-D, ha sido también ensayada durante la gestación pero en un menor número de casos. Puede ser igualmente eficaz.

En el caso en que estos agentes por sí solos no sean eficaces, podrá emplearse una combinación de los mismos o diferentes modalidades de dosificación de los corticosteroides, por ejemplo, altas dosis de dexametasona en pulsos (ej.: metilprednisolona 1 g/día, por dos días consecutivos). Si esta medida terapéutica falla, la esplenectomía laparoscópica puede ser de utilidad. De elección se ha de realizar a mediados del segundo trimestre, evitando así que un grueso útero impida la maniobra terapéutica con mayor comodidad.

Para pacientes con PTI refractario, la toxicidad y teratogenicidad de diversos agentes limita su elección. Azatioprina ha sido empleada con seguridad durante el embarazo en pacientes con trasplantes renales y enfermedad inflamatoria intestinal. La ciclosporina A, ha sido también usada con seguridad durante la gestación. La mayoría de los agentes citotóxicos son teratogénicos, aunque han sido empleados en pacientes con neoplasias luego de la segunda mitad del segundo trimestre de la gestación en adelante.

Los agentes trombopoyéticos romiplostin y eltrombopag, son considerados categoría C en el embarazo, con mínimos datos en cuanto a su seguridad.

El rituximab ha sido empleado para tratar el PTI en las embarazadas, pero provoca una postergación en la maduración neonatal de los linfocitos B del recién nacido, aparentemente sin consecuencias clínicas.

Los anticuerpos antiplaquetarios cruzan la placenta y pueden inducir trombocitopenia en el feto.

El desarrollo de trombocitopenia fetal es dependiente de factores pobremente comprendidos, tales como la madurez del sistema retículoendotelial del feto y no se puede predecir utilizando parámetros clínicos o de laboratorio. No existe correlación entre la intensidad de la trombocitopenia materna y neonatal, el nivel de inmunoglobulinas asociado a las plaquetas, se haya o no esplenectomizado la madre, así como otros parámetros. En la práctica el mayor predictor de trombocitopenia en el neonato es la historia de trombocitopenia en un hermano gemelo. Figura 2.

Trombocitopenia con menos de 100.000/ μ L, se desarrolla en aproximadamente 15% de la población de madres con PTI. El 10% de los neonatos desarrollarán severa trombocitopenia con niveles debajo de 50.000/ μ L, y recuentos inferiores a 20.000/ μ L ocurren en 4%, aproximadamente.

Los recién nacidos con severa trombocitopenia pueden experimentar complicaciones hemorrágicas, la más temida de las cuales es la hemorragia intracraneal, particularmente como consecuencia del trauma encefálico durante el parto.

Por tal motivo se aconsejaba que la vía del parto fuera la operación cesárea.

Sin embargo, el resultado de varios estudios ha demostrado que 1) el riesgo de hemorragia fetal intracraneana en la descendencia de mujeres con PTI es muy baja 0,5 a 1,5%, 2) no hay evidencia que el riesgo aumente por el parto vaginal y 3) el riesgo de complicaciones que lleven a una cesárea de urgencia y evolución con compromiso fetal con cordocentesis (1%-2%) es al menos tan elevado como el riesgo de hemorragia intracraneal debido a PTI materna.

Eso ha llevado a que la vía del parto sea determinada en estos casos por indicación materna y el recuento plaquetario fetal no sea determinado. Sin embargo, el recuento plaquetario debe-

Figura 1

Médula ósea en paciente con púrpura trombocitopénico autoinmune (PTI). Hiperplasia megacariocítica (aumento 40x).

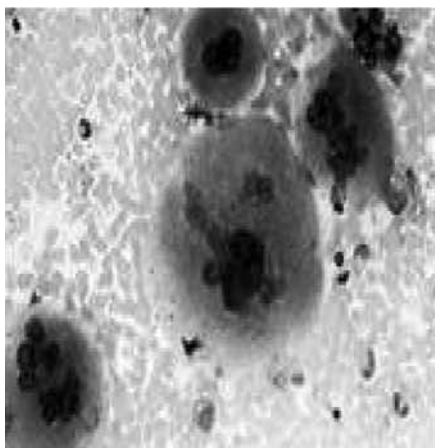


Figura 2

Púrpura trombocitopénico en recién nacido.



rá ser tenido en cuenta en los primeros 5 días de vida, dado que el mismo puede descender varios días después del nacimiento.

Recién nacidos con recuentos plaquetarios menores de 50.000/ μ L, aún los asintomáticos, deberán realizarse una ultrasonografía transcraneal para excluir la hemorragia intracraneal.

Preeclampsia y síndrome HELLP

Estos desórdenes comparten características clínicas y fisiopatológicas.

La preeclampsia es definida por criterios del

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, afecta hasta el 6% de todas las primeras gestaciones y es la causa más común en todo el mundo de mortalidad asociada al embarazo.

Los criterios para el diagnóstico de preeclampsia son: a) presión arterial sistólica de 140 mm de Hg o 90 mm de diastólica o mayor, que ocurre luego de las 20 semanas de gestación en una mujer con cifras de presión arterial previas normales, b) proteinuria en 24 hs mayor de 0,3 g que usualmente se correlaciona con 1+ o más con las tirillas reactivas.

Múltiples órganos son afectados en la preeclampsia, reflejando una disfunción endotelial sistémica, afectándose en particular más severamente los riñones.

Como factores predisponentes para preeclampsia se incluyen: edad menor de 20 años o mayor de 30 años, un elevado índice de masa corporal, hipertensión arterial crónica y una historia de insulino resistencia entre otros. También contribuyen factores genéticos maternos y paternos.

La trombocitopenia ocurre en hasta 50% de las mujeres con preeclampsia y su severidad es generalmente paralela con la preeclampsia subyacente. En ocasiones, la trombocitopenia puede preceder a la preeclampsia.

En cuanto a su patogenia, hoy se considera que existe una deficiente placentación precoz en la gestación. La placentación, proceso por el cual las células del trofoblasto fetal invaden la decidua materna y remodelan las arterias maternas uterinas espiraladas, es necesaria para asegurar una adecuada provisión de sangre a la placenta.

En la preeclampsia, la profundidad de la invasión del trofoblasto y la extensión de la remodelación de las arterias espiraladas están reducidas. Una insuficiente placentación resulta en una progresiva isquemia de la unidad fetoplacentaria a medida que avanza la gestación y el crecimiento fetal y los requerimientos de oxígeno aumentan.

Estudios recientes han demostrado que elevados niveles plasmáticos del receptor soluble del factor de crecimiento de células endoteliales (VEGF) tipo 1 (sFlt1), así como *endoglina*, un miembro derivado de la célula endotelial, de la familia del factor de crecimiento tumoral β (TGF- β) elevado desde el primer trimestre en pacientes que desarrollarán preeclampsia.³

Niveles elevados de sFlt1 y endoglina mRNA

están presentes en placentas preeclámpticas, sugiriendo que ésta sería la fuente de estas proteínas. Estas proteínas inducen una disminución de la secreción de óxido nítrico (NO) sintetiza, llevando a una disminución de la producción del NO y a una acentuación de las manifestaciones de hipertensivas de la preeclampsia. La deficiencia funcional de VEGF/PLGF conlleva a una disfunción del endotelio glomerular renal, provocando una “endoteliosis glomerular”, lesión típica, que favorecerá una microangiopatía trombótica.

El síndrome HELLP

El síndrome de Hemólisis, elevación de Enzimas hepáticas y Plaquetas disminuidas (HELLP), afecta 0,5% a 0,9% de todas las gestaciones y se desarrolla en 10% de las pacientes con preeclampsia. Incluye anemia hemolítica microangiopática, una LDH > 600 U/mL, aumento de la aspartato aminotransferasa > 70 U/mL y trombocitopenia menor de 100.000/ μ L.

Aproximadamente, el 70% de todos los casos de HELLP ocurre pretérmino, con 25% presentándose 48 hs luego de la gestación. Hasta el 75% de los pacientes con HELLP tienen proteinuria, pero sólo el 50 a 60% presenta hipertensión arterial.

Se presentan con dolor en hipocondrio derecho, debiendo realizarse diagnóstico diferencial con nefrolitiasis, colecistitis y apendicitis aguda.

La conducta médica es la estabilización hemodinámica de la paciente, la administración de dexametasona para favorecer la maduración pulmonar fetal y la rápida resolución del parto, por vía vaginal o por operación cesárea, según sea la situación obstétrica de la paciente.

La preeclampsia y el síndrome HELLP pueden producirse menos frecuentemente post parto. Se empleará recambio plasmático y corticosteroides en tales casos.

Algunos estudios cooperativos multicéntricos han utilizado agentes tales como el ácido acetil salicílico y antioxidantes, tales como la vitamina C y E, en un intento de prevenir la preeclampsia, especialmente en pacientes de alto riesgo. Se ha propuesto recientemente que mujeres que han padecido preeclampsia se encuentran en riesgo aumentado de padecer enfermedad cardiovascular a largo plazo.

Púrpura trombocitopénico trombótico y síndrome urémico hemolítico (PTT y SUH)

PTT y SUH son referidos colectivamente como microangiopatías trombóticas (MATs), no son específicos de la gestación aunque ocurren con una frecuencia aumentada durante o en relación con el embarazo.

En grandes series de pacientes, el 20% o más se desarrolla durante la gestación o el puerperio.

Ambas entidades clínicas comparten muchos de los criterios diagnósticos y los mismos se superponen frecuentemente. La anemia hemolítica microangiopática y la trombocitopenia son también comunes a fenómenos específicos del embarazo, tales como la preeclampsia, el síndrome HELLP y la necrosis aguda del hígado.

En ocasiones el diagnóstico diferencial es de difícil realización.^{4,5}

El PTT se caracteriza en su forma clásica por la pátada de anemia hemolítica microangiopática (AHMA), trombocitopenia, disfunción neurológica, fiebre y enfermedad renal.

Sin embargo, dado lo importante de iniciar el tratamiento rápidamente, ningún paciente con AHMA y trombocitopenia inexplicadas deberá considerarse como cursando un PTT. De las otras manifestaciones clínicas, la más común es la disfunción neurológica. El compromiso de otros órganos como el páncreas, corazón y otros son demostrables patológicamente y pueden llevar a complicaciones tales como pancreatitis, infarto agudo de miocardio y arritmias.

El PTT se asocia fuertemente con una deficiencia severa de ADAMTS-13, una metaloproteasa que cliva los multímeros ultralargos de factor von Willebrand, los más activos hemostáticamente. Deficiencias de ADAMTS-13 son usualmente adquiridas, como consecuencia de anticuerpos neutralizantes, aunque se ha descrito su deficiencia congénita (síndrome de Upshaw-Schulman) en una minoría de casos.

Niveles aumentados de los multímeros ultralargos de FVW están presentes en la deficiencia de ADAMTS-13 y la misma promueve la aglutinación plaquetaria y la oclusión trombótica de la microvasculatura.

No se sabe por qué existe una incidencia aumentada de PTT en la gestación. Esos niveles pueden llegar al 5% o 10% y pueden asociarse con severo PTT. El fenómeno trombótico predomina en el tercer trimestre de la gestación. Pa-

cientes embarazadas con PTT, tienen un riesgo aumentado de desarrollar PTT recurrente en embarazos subsecuentes.

El manejo del PTT durante la gestación es más leve que el de la mujer no gestante. Las pacientes responden al recambio plasmático en forma eficaz en un 80% de los casos. El rol de los corticosteroides en la PTT no ha sido bien determinado en los estudios realizados.

PTT ocurre en mujeres con síndrome de Upshaw-Schulman y se asocia con una elevada mortalidad fetal. Estas pacientes deben realizarse frecuentes y periódicos recambios plasmáticos, aunque no está protocolizado su tratamiento (mantener en niveles de ADAMTS-13 por encima del 15%). Es importante destacar que a diferencia de la preclampsia y el HELLP, la terminación de la gestación no induce remisión del PTT.

El SUH comparte los mismos 5 síntomas del PTT, aunque al igual que en el PTT, no todos los síntomas están usualmente presentes. Aunque un número de clasificaciones esquemáticas se han propuesto para diferenciar entre sí las microangiopatías trombóticas (MATs), la variante que más comúnmente ocurre en la gestación es la forma atípica, diarrea negativa (D-) SUH. Múltiples pacientes con SUH tiene un mayor componente de insuficiencia renal que los PTT, aunque puede ocurrir superposición de síntomas y signos. Los niveles de ADAMTS-13 no están severamente reducidos en la mayoría de los pacientes con SUH, aunque similares hallazgos pueden observarse en algunos pacientes con PTT. Un hallazgo que puede ser útil en la diferenciación entre estas dos afecciones durante el embarazo, es que, a diferencia del PTT, muchos casos de SHU se desarrollan postparto.

Los pobres resultados terapéuticos en diferentes series, demuestran la gravedad de este síndrome, el cual usualmente responde escasamente al recambio plasmático y lleva a una elevada proporción de pacientes hacia la insuficiencia renal crónica. Otras intervenciones tales como anticoagulantes y terapia antiplaquetaria no han sido de beneficio. Se espera el resultado de estudios con el empleo de inhibidores de la activación del complemento. Debe considerarse la evaluación de anomalías hereditarias en la regulación del complemento en mujeres con miembros afectados de SHU durante la gestación.

Causas miscelánea de trombocitopenia

En todos los casos de trombocitopenia, deberá examinarse cuidadosamente el extendido de sangre para detectar el “clumping” plaquetario como consecuencia del anticoagulante ácido etilendiaminotetraacético, provocando una “seudo-trombocitopenia”. En tales casos, debería determinarse el recuento plaquetario en tubo con citrato de sodio al 3,8%, para evitar este artefacto de técnica.

La CID puede presentarse en mujeres embarazadas. Algunas causas de CID fulminante incluyen desprendimiento de placenta normo inserta (DPPNI), embolismo de líquido amniótico y ruptura uterina. En cada una de estas situaciones, una rápida liberación de factor tisular en la circulación, lleva a una profunda activación de la coagulación, con consumo de factores de la coagulación e intensa hipofibrinogenemia y trombocitopenia. La CID puede también presentarse en asociación con restos fetales retenidos. Un aumento muy importante del D-Dímero puede ser de utilidad diagnóstica, aunque es sabido que fisiológicamente el D-dímero está elevado en embarazo y puerperio.

El hígado graso agudo del embarazo es una rara afección que suele presentarse en el tercer trimestre de la gestación con náuseas, vómitos, malestar general, dolor en hipocondrio derecho y disfunción hepática colestática. Debido a la coagulopatía, el sangrado es frecuente, aunque la trombocitopenia es moderada. El tratamiento involucra medidas de soporte con productos sanguíneos.⁶

La enfermedad de von Willebrand tipo II b, se caracteriza por una mutación de la molécula del FVW que se une a su receptor plaquetario primario, glicoproteína Ib con afinidad aumentada, induciendo aglutinación plaquetaria, *clearance* acelerado plaquetario y trombocitopenia. Se ha descrito un número elevado de mutaciones subyacentes en el exon 28.

Durante la gestación, niveles elevados del FVW mutante aumentan en respuesta al rico medio hormonal estrogénico, y la trombocitopenia inducida por el mutante FVW se hace más aparente. Ocasionalmente las pacientes pueden llegar a tener 20.000 a 30.000/ μ L plaquetas, con mejoría luego del parto.

Adicionalmente al PTI primario, puede observarse PTI secundario a infección (VIH, hepatitis

C, citomegalovirus, *Helicobacter pylori*, Epstein-Barr, etc) o enfermedades autoinmunes, tales como el síndrome antifosfolípido o el lupus eritematoso sistémico y deben ser considerados en el diagnóstico diferencial.

Los anticuerpos antifosfolípidos han sido asociados no sólo a PTI secundario sino también a trombocitopenia microangiopática.⁷

Se puede observar también trombocitopenia inducida por fármacos, así como drogas ilícitas como la cocaína.

Causas de trombocitopenia de origen medular pueden observarse durante la gestación y lactancia, tales como aplasia medular, metástasis óseas, micosis u otro tipo de infecciones medulares. Asimismo, síndromes medulares primarios pueden evidenciarse, tales como mielofibrosis, mielodisplasia, leucemias agudas, etc.⁸

Trombocitopenias hereditarias, tales como la anomalía de May-Hegglin, pueden ser detectadas por primera vez en la gestación, anomalías de la morfología plaquetaria que pueden también observarse en los miembros de la familia.⁹

Bibliografía

- 1 Diz-Küçükaya R, Chen J, Geddis A & Lopez JA. Thrombocytopenia. Williams Hematology, 8th Ed. 2012; Chap 119, p 1891.
- 2 Novoa, JE. Trombocitopenia en la gestación y puerperio. Simposio ISTH-CLAHT. Asunción, Paraguay. Setiembre 5-7, 2012.
- 3 Kita N & Mitsushita J. A placental factor for preeclampsia: sFlt-1. Curr Med Chem 2008; 15(7):711-715.
- 4 Fujimura Y, Matsumoto M, Kokame K et al. Pregnancy induced thrombocytopenia and TTP, and the risk of death, in Upshaw-Schulman síndrome. Br J Haematol 2009; 144(5):742-754.
- 5 Fakhouri F, Roumenina L, Provot F et al. Pregnancy associated hemolytic uremic syndrome revisited in the era of complement gene mutations. J Am Soc. Nephrol 2010; 21(5):859-867.
- 6 Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Acute fatty liver of pregnancy in 3 tertiary care centers. Am J Obstet Gynecol 2005; 192(5):1416-1419.
- 7 Lotta LA, Garagiola I, Palla R Cairo A & Peyvandi F. ADAMTS13 mutations and polymorphisms in congenital thrombotic thrombocytopenic purpura. Hum Mutat 2010; 31(1):11-19.
- 8 Novoa, JE. Trombocitopenia: diagnóstico y tratamiento. Hemostasis y Trombosis, Ana María Otero Ed. Arenas. Montevideo. 2^ª Ed. 2007; 13:159-176.
- 9 Kitchens C, Thrombocytopenia and thrombosis in disseminated intravascular coagulation-DIC Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2009:240-9

¿Es necesario una *Check list* en la cesárea?

Stephanie Viroga⁺, Gerardo Vitoreira^{*}

Resumen

Las técnicas operatorias utilizadas para la cesárea son variadas. La implementación de *checklist* en cirugía demostró reducir la frecuencia de las mayores complicaciones postoperatorias, así el ACOG publica en 2010 una *checklist* para la operación cesárea. **Objetivo:** cotejar la *checklist* con las prácticas quirúrgicas en la cesárea en la Clínica Ginecológica B y valorar así la necesidad de implementación de la misma. **Metodología:** revisión de los puntos del *checklist* con todos los integrantes de la clínica. Formato de *checklist* impreso de fácil aplicación que se adjuntó a la descripción operatoria de la cesárea. Luego de 6 meses se valoró la aplicación de la *checklist* y de sus principales ítems. **Resulta-**

dos: se realizaron 171 cesáreas y se completaron 166 *checklist*, con un índice de llenado de 97%. La aplicación completa de la *checklist* fue en 28 casos (16%). El porcentaje de aplicación por cada variable por separado si correspondía su aplicación, varió desde 25% a 96%. A través de estos porcentajes se describe el patrón perioperatorio de la cesárea en dicho servicio. **Conclusiones:** se evidenció un cumplimiento bajo de los ítems con un tasa de aplicación completa de sólo el 16%. La tasa de aplicación por cada ítem por separado que osciló desde un 25% a un 96%. Esta tasa refleja diferentes patrones de trabajo en lo que refiere al acto perioperatorio. Este patrón heterogéneo justifica la implementación de la *checklist* para homogeneizar criterios, dado que la evidencia actual disponible, demuestra que los puntos planteados por la *checklist* disminuyen las complicaciones postoperatorias.

Palabras clave: cesárea.

+ Residente. Clínica Ginecológica B Prof. Dr. W. Lauría. Asist. Depto. Farmacología y Terapéutica, UdeLar. * Profesor Adjunto Clínica Ginecológica "B", Prof. Dr. Washington Lauría, de la Facultad de Medicina. UdelaR. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Summary

The surgical techniques used for caesa-

rean section are varied. The implementation *checklist* in surgery proved to reduce the frequency of major postoperative complications, and ACOG publishes 2010 a *checklist* for operation caesarean section.

Objective: verify the *checklist* with surgical practices in caesarean section in Clinic Ginecologica B and thus assess the necessity of implementation of the same.

Methodology: review of the points in the *checklist* with all the members of the clinic. Format of printed *checklist* of easy application that is attached to the operative description of caesarean section. After 6 months was assessed the implementation of the *checklist* and the principals items.

Results: 171 Caesarean sections were performed and completed 166 *checklist*, with a degree offulfill of 97%. The full implementation of the *checklist* was in 28 cases (16%). The percentage of implementation by each variable separately if your application corresponded ranged from 25% to 96%. Through these percentages describes the peri-operatorio pattern of caesarean section in that service. **Conclusions:** showed a low compliance of the items with a rate of only 16% complete application. The implementation rate for each item separately that it ranged from 25% to a 96%. This rate reflects different patterns of work in what regards to the peri-operatorio act. This heterogeneous pattern justifies the implementation of the *checklist* for harmonizing criteria, since the available current evidence shows that the points raised by the *checklist* reduce postoperative complications.

Key words: Caesarean section.

Introducción

La cesárea permite el parto artificial mediante la incisión quirúrgica del útero, con una generalizada tendencia al ascenso en su prevalencia que varía según los diferentes países, principalmente entre aquellos desarrollados y aquellos en vías de desarrollo así como también según las diferentes instituciones de salud. La OMS concluye que no existe ninguna justificación para que un país tuviera un índice de cesárea mayor de 10–15%.

En la Clínica Ginecotológica “B” del Hospital de Clínicas, la incidencia de cesárea en 2010 fue de aproximadamente un 30%.

En cuanto a las complicaciones de la cesárea destacamos que si bien la mortalidad de la misma ha disminuido a lo largo de los años, gracias a los diferentes progresos tecnológicos y la antibioterapia, la misma no está exenta de complicaciones. Así se describen complicaciones intraoperatorias con una frecuencia aproximadamente de 10% y dentro de estas complicaciones hemorrágicas, lesiones intestinales y lesiones urinarias. Dentro de las complicaciones postoperatorias, con una frecuencia de 16,8%, la infección urinaria (complicación más frecuente), endometritis hematoma de la pared, infección y disrupción de la herida operatoria, enfermedad tromboembólica, íleo funcional y como principal complicación a largo plazo, el riesgo de dehiscencia en futuras gestas.

Las técnicas operatorias utilizadas para la cesárea son variadas, variando a través del tiempo, y los diferentes autores siempre con el objetivo de disminuir las complicaciones tanto maternas como fetales así como para disminuir el tiempo operatorio.

La implementación de una *checklist* en cirugía demostró reducir la frecuencia de las mayores complicaciones post-operatorias. Se estima que la mitad de los eventos adversos que surgen en las cirugías son prevenibles. Una de las técnicas para combatir este tema es la aplicación de una *checklist*, herramienta de ayuda cognitiva tanto como recordatorio así como un protocolo estandarizado. No pretenden obligar al médico a una serie de acciones sino optimizar el conocimiento presente que puede encontrarse afectado por diferentes circunstancias como el estrés¹. Como parte del proyecto de “*Safe Surgery Saves Lives*” la OMS en 2008 desarrolló y aplicó un *checklist* para minimizar los eventos adversos quirúrgicos. (WHO *Surgical Safety Checklist*)². Existen diferentes estudios que demuestran la reducción de estos eventos tras la implementación de una *checklist*.³

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología publica en diciembre 2010 un artículo denominado “*A Simple Checklist for Preventing Major Complications Associated With Caesarean Delivery*”⁴ que propone una lista de 7 ítems que reducen las mayores complicaciones de la cesárea: endometritis, infección de la herida, dis-

rupción de la herida, tromboflebitis y dehiscencia uterina en futuras gestas. La frecuencia infección de la herida operatoria puede ser reducida mediante tres intervenciones: la primera, en aquellos casos que sea necesario la eliminación del vello púbico a nivel del sitio de incisión cutánea, es preferible cortarlo a tijera o usar cremas depilatorias en comparación con el rasurado; sugiere también la asepsia con clorhexidina en comparación con soluciones yodadas.

Como tercera intervención, tanto para reducir la infección de la herida operatoria como el riesgo de endometritis, propone la administración de antibioticoterapia sistémica previo a la incisión quirúrgica en comparación con la administración luego del clampeo del cordón umbilical. Proponen la administración de cefazolina 1 g intravenosos, 30–60 minutos previo a la cirugía.

Otra intervención para reducir la endometritis es el alumbramiento mediante tracción del cordón comparado con el alumbramiento manual.

Como principal intervención para disminuir la dehiscencia uterina en futuras gestas es la histerorrafia en dos planos.

Para disminuir la frecuencia de complicaciones en la herida operatoria como seroma, hematoma y disrupción se propone el cierre del tejido subcutáneo siempre que este tenga un grosor mayor o igual a 2 cm.

El último ítem propuesto es la aplicación de una adecuada profilaxis para la trombosis venosa profunda en aquellas pacientes con riesgo intermedio o alto. Dentro de las pacientes de riesgo intermedio se describen aquellas con índice de masa corporal mayor de 30, con gruesas várices venosas, inmovilizadas por más de 4 días previo a la cirugía y aquellas con enfermedades concomitantes predisponentes de tromboembolismo (cáncer, síndrome antifosfolípido, trombofilia hereditaria sin episodios de TVP o TEP). Estas pacientes deberían recibir dosis profilácticas de heparina de bajo peso molecular o utilizar dispositivos de compresión secuencial, mientras que en las pacientes de alto riesgo deberán utilizarse ambas medidas, considerándose dentro de esta categoría aquellas pacientes con más de dos los factores de moderado riesgo, o que hayan tenido previamente una TVP o TEP, en aquellas con indicación de cesárea–histerectomía.

Este análisis surge con el objetivo de cotejar la *checklist* con las prácticas quirúrgicas en la cesá-

rea en la Clínica Ginecotológica B y valorar así la necesidad de implementación de la misma.

Material y Métodos

Los recién nacidos con severa trombocitopenia-Para el analizar la *checklist* se realizó, en formato de ateneo, la revisión de los puntos del check list con todos los integrantes de la clínica, haciendo hincapié en la evidencia a favor de los mismos.

Se creo un formato de *checklist* impreso de fácil aplicación y en número suficiente que se adjuntará a la descripción operatoria de la cesárea (anexo 1). Luego de 6 meses se valoró la aplicación de la *checklist* en forma completa o parcial, mediante revisión manual de las *checklist* llenadas. Se considera su aplicación completa a la aplicación de los 7 ítems siempre que correspondan, y parcialmente completa (falta 1 variable, faltan 2 o más variables). Se analizó la aplicación de cada ítem en particular para caracterizar a partir de esto el principal patrón operatorio de la cesárea en dicho servicio.

Resultados

La aplicación de la *checklist* se realizó desde el 23 de junio al 23 de diciembre (6 meses). Durante este período se realizaron 171 cesáreas en 443 nacimientos (38,6%). Se completaron 166 *checklist*, con un índice de llenado de 97%.

Las principales indicaciones de la cesárea fueron la alteración en la frecuencia cardíaca fetal y la sospecha de hipoxia fetal intraútero, cesárea anterior y trabajo de parto detenido. (Tabla 1).

Tabla 1.

Indicación de la cesárea

Indicación	Nº cesárea (%)
Alteración FCF, SHFIU	21 (12,65%)
Cesárea anterior	21(12,65%)
Trabajo de parto detenido	20(12%)
2 o más cesáreas	15 (9%)
Fracaso de la inducción	11 (6,6%)
Desproporción feto–pélvica	11 (6,6%)
Distocia de la presentación	10(6%)
Descenso detenido de la presentación	7 (4%)
Procidencia	5 (3%)
Gemelar	5 (3%)

Tabla 2.

Descripción de variables aplicadas

Variables del checklist	Aplicadas	No aplicadas	No corresponde su aplicación
Cefazolina previa	65	64	37
Cortar vello	3	58	105
Asepsia con clorhexidina	161	5	-
Alumbramiento por tracción	132	33	1
Histerorrafia 2 planos	81	85	-
Cierre subcutáneo	36	17	113
Heparina	9	26	131

VHI	5 (3%)
Otras (Doppler patológico,RCIU, placenta previa, patologías maternas)	26
Sin datos	9

La aplicación completa de la *checklist* fue en 28 casos (16%), en 58 *checklist* faltó la aplicación de una sola variable (34%) y en 80 faltaron 2 o más variables (figura 1). (Tabla 2).

En relación al porcentaje de aplicación por cada variable por separado si correspondía su aplicación, varió desde 25% a 96% (tabla 3). A través de estos porcentajes se describe el patrón perioperatorio de la cesárea en dicho servicio, en relación a las medidas preoperatorias se utiliza cefazolina 30 minutos previo a la cirugía 50%, se corta vello de la zona de incisión quirúrgica en un 36% y en un 96% se realiza asepsia con clorhexidina. En cuanto a las medidas intraoperatorias un 80% realiza alumbramiento por tracción, 48% histerorrafia en dos planos y 67% cierre del tejido subcutáneo; y en relación a las medidas postoperatorias se realiza un 25% de profilaxis de TVP con heparina si esta está indicada (figura 2). (Tabla 3).

Figura 1

Aplicación de variables.

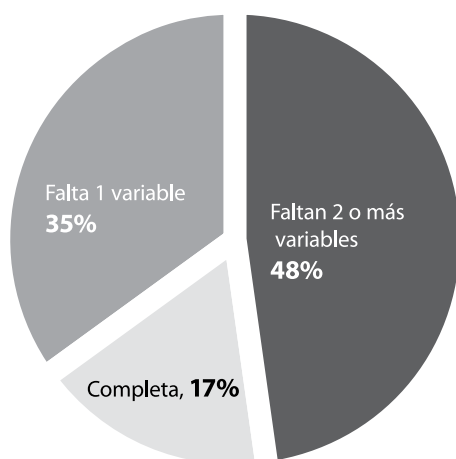


Tabla 3.

Porcentaje de aplicación de variables por separado si corresponde su realización

Variables del <i>checklist</i>	% aplicación si corresponde
Cefazolina previa	50%
Cortar vello	36%
Asepsia con clorhexidina	96%
Alumbramiento por tracción	80%
Histerorrafia 2 planos	48%
Cierre subcutáneo	67%
Heparina	25%

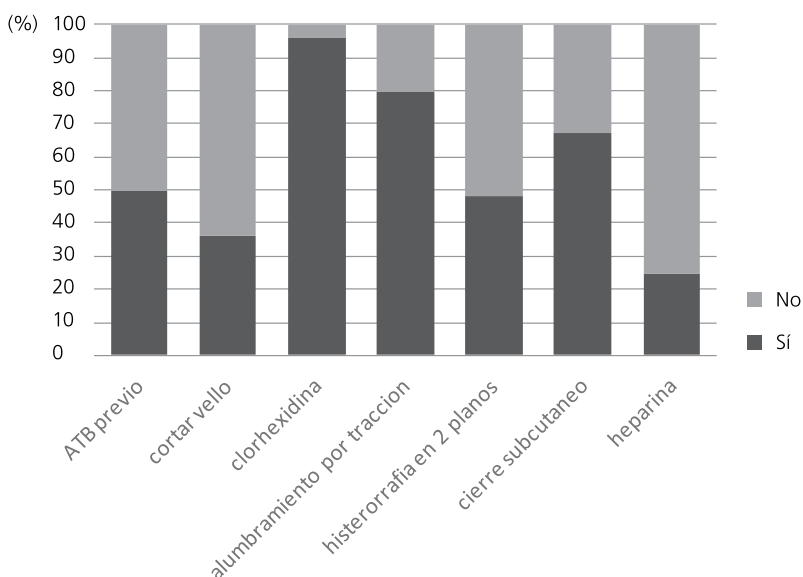
Discusión

En este trabajo, en el cual se obtuvo un alto porcentaje de llenado de la *checklist* en relación a las cesáreas realizadas (97%), se evidenció un cumplimiento bajo de los ítems con un tasa de aplicación completa de solo el 16% y un 34% en el que faltó aplicar una variable, comparado con otros trabajos que demuestran un promedio de aplicación completa próximo al 60%.⁵ Sin embargo la tasa de aplicación por cada ítems por separado que osciló desde un 25% a un 96% es acorde a lo obtenido en trabajos similares.⁶

Estos bajos porcentajes de aplicación son acordes a estudios de aplicación del listado de la OMS.⁷ La baja tasa de aplicación refleja diferentes patrones de trabajo en lo que refiere al acto perioperatorio, siendo necesario planes de educación adicionales para mejorar el cumplimiento.

Figura 2

Porcentaje de aplicación de variables por separado si corresponde su realización.



El patrón heterogéneo de las prácticas quirúrgicas en nuestro servicio justifica la implementación de la *checklist* para homogeneizar criterios, dado que la evidencia actual disponible, demuestra que los puntos planteados por la *checklist* disminuyen las complicaciones postoperatorias. La implementación de una *checklist* ha demostrado que no se trata de un simple proceso para fomentar el cumplimiento si no que requiere de una considerable influencia administrativa y las modificaciones a las prácticas rutinarias y actitudes en la cirugía.⁸ Existe cierta resistencia a la implementación de esta herramienta y escepticismo, por lo cual es necesario evaluar los efectos en los resultados de los pacientes para considerar su éxito.⁹ Su impacto depende entonces de cuán efectiva sea su implementación.¹⁰

En cuanto a las barreras que se plantean en los servicios médicos para la implementación de una *checklist* se plantea, por ejemplo, el ser considerado como una tarea adicional al extenso trabajo ya existente y la no percepción de beneficios directos, así como hábitos culturales. La aplicación de una *checklist* requiere de la implementación de otras medidas, como un sistema de reporte de eventos adversos quirúrgicos que apoyen los beneficios de su aplicación.⁵

A pesar de resultados internacionales contradictorios e índices bajos de aplicación, en unos pocos años la implementación de la *checklist* ha pasado de ser considerada un “asalto” a la integridad del profesional a ser considerada una herra-

mienta útil para disminuir las complicaciones perioperatorias.¹

Bibliografía

1. McConnell D, Fargen K, Mocco J. Surgical checklists: A detailed review of their emergence, development, and relevance to neurosurgical practice. *Surg Neurol Int.* 2012; 3: 2.
2. World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines for safe surgery. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. Haynes A, Weiser T, Berry W. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, *N Engl J Med* 2009; 360:491-9.
4. Duff P. A Simple Checklist for Preventing Major Complications Associated With Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1393-96
5. Fourcade A, Blache J, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf* 2012; 21:191e197.
6. De Vries EN, Prins HA, Crolla RM, et al. SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010; 363:1963e5
7. Kasatpibal N, Senaratana W, Chitreecheur J, Chotirosniramit N, Pakvipas P, Junthasopeepun P. Implementation of the world health organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surg Infect (Larchmt)* 2012 Feb; 13(1):50-6.
8. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. et al. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ.* 2010; 340:b5433.
9. Weiser TG, Haynes A, Lashoer A, Dziekan G, Boorman DJ, Berry

Anexo 1. Checklist

Paciente	Fecha Cst	Cefazolina Previa	Cortar Vello	Clorhexidina	Alumbramiento por Tracción	Histerorafia 2 Planos	Cierre Subcut	Heparina

WR, Gawande AA. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(5): 365-370.

10. Cevasco M, Ashley SW. Quality Measurement and Improvement in General Surgery. *Perm J*. 2011 Fall; 15(4):48-53.

Patología oncológica en Ginecología ¿Qué saben nuestras pacientes?

Andrés Conde^a, Matilde Kouyoumdjian^a, Fernanda Nozar^b, Bibiana Silvera^a

Resumen

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre la patología oncológica que presentan los pacientes luego de haber sido informados al respecto por el equipo médico. Determinar si existe una relación entre la información asimilada por el paciente respecto a su enfermedad, y el tipo de cáncer diagnosticado, la edad del paciente y el grado de instrucción. **Materiales y métodos:** estudio de tipo descriptivo. Se seleccionó una muestra de 55 pacientes ingresadas en las salas de internación de Ginecología del Centro Hospitalario Pereira Rossell desde setiembre de 2011 a enero de 2012. Se incluyeron pacientes que habían recibido información por parte de su ginecólogo y/u oncólogo tratante so-

bre su patología oncológica y habían aceptado el tratamiento propuesto. Las pacientes seleccionadas aceptaron voluntariamente responder un breve cuestionario verbal. **Resultados:** del total de pacientes incluidas en el estudio sólo el 65% reconoce al equipo tratante. El 90% refiere que se le informó sobre la patología que padece y de éstas, el 67% menciona correctamente el diagnóstico. En un 65% coincide el tratamiento referido por la paciente con el planteado por el equipo tratante. Sólo un 29% reconoce correctamente las complicaciones a que se expone por el tratamiento planteado. Un 82% desconoce aspectos sobre el pronóstico de su enfermedad. **Conclusiones:** entre las variables analizadas en nuestro trabajo, la relación más clara está vinculada al grado de instrucción, donde encontramos que a mayor grado de instrucción, mayor grado de conocimiento de la enfermedad.

Palabras claves: Patología oncológica. Información.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.
Mayo 2012

a Residente de Ginecología, Clínica Ginecológica "A" Prof. Dr. Leonel Briozzo.

b Prof. Adjunto Clínica Ginecotológica "A".

Abstract

Objective: To determine the level of knowledge of oncological patients after being informed about their pathology by the medical team. Determine whether there is a relationship between the information assimilated by the patient about his illness, and the type of cancer diagnosed, the patient's age and level of education. **Methods:** descriptive study. A sample of 55 patients admitted to the Gynecology wards of the Pereira Rossell Hospital from September 2011 to January 2012. We included patients who had received information from their gynecologist and / or oncologist about their disease and had accepted the proposed treatment. The selected patients accepted to answer verbally a short questionnaire. **Results:** Of all patients included in the study only 65% knew the treatment team. 90% reported that they were informed about the disease being treated and of these 67% mentioned the correct diagnosis. 65% matches between the treatment proposed by the team and what the patient referred. Only 29% correctly recognized the complications exposed by the proposed treatment. 82% didn't know aspects about the prognosis of their disease. **Conclusions:** Among the variables analyzed in our work, the clearest relationship is linked to the level of education, we found that the higher the level of education, greater awareness of the disease.

Key words: Oncologic pathology. Information.

Introducción

Como médicos son muchas las habilidades que debemos conocer y ejercitar para el ejercicio de nuestra actividad diaria.

La mayoría de ellas son claramente reconocibles tanto sean médicas o quirúrgicas, sin embargo otras son dejadas de lado —o incluso no reconocidas como herramientas fundamentales— para ejercer la medicina.

En este caso nos referimos a la habilidad de informar a nuestros pacientes sobre aquellas pa-

tologías que los aquejan, como estudiarlas, tratarlas, y que complicaciones pueden surgir a causa de nuestras acciones¹.

Frente a determinadas patologías, generalmente benignas, esta tarea puede resultarnos de alguna manera sencilla, no existiendo inhibiciones o tabúes tanto por parte del paciente como los médicos. Sin embargo, cuando nos encontramos frente a pacientes con patologías de origen oncológico, se torna más dificultoso comunicar tanto sea el diagnóstico como el plan terapéutico a seguir, sus complicaciones y sobre todo la sobrevivida que pueden alcanzar².

Existen múltiples análisis teóricos con respecto a cómo abordar esta problemática³, reconociéndose diferentes modelos de acción, algunos centrados en el médico (modelo profesional), y otros en el paciente (modelo razonable y modelo subjetivo). Ninguno de ellos por si solo es capaz de dar respuesta a las diferentes dificultades que se presentan en la práctica diaria. Tanto el primero donde la información otorgada depende de lo que el médico considera necesario que el paciente debe saber según su propia experiencia, como en el segundo caso donde se centra la atención en lo que una persona “razonable” debería saber acerca de su enfermedad, atendiendo también a sus valores e intereses.

Esto no solo afecta el modo en que el médico se comunica con sus pacientes, sino que altera también la forma en que ellos reciben la información⁴, llegando a comprender o no la misma, así como también la forma en que ellos mismos lo comunican en su ámbito familiar⁵.

Además vale recordar que ciertos pacientes presentan diferentes grados de negación con respecto a su enfermedad⁶, por múltiples motivos que responden a defensas psicológicas debido a la situación que enfrentan⁷. Por otro lado, existen mecanismos defensivos por parte del médico⁸, que se activan al afrontar a estas situaciones con el fin de disminuir la angustia que genera dar el diagnóstico de cáncer en ellos mismos⁹. Este hecho es muchas veces encubierto en forma subconsciente con la idea de no hacer más daño al paciente al informar sobre la patología que padece¹⁰. En los EE.UU. en la década de 1960 el 90% de los médicos ocultaba a sus pacientes el diagnóstico de cáncer, pero ya en la década de 1980 sólo conservaban esta actitud menos del 10%¹¹.

Dado que la forma en que nos comunicamos

con nuestros pacientes sienta las bases de la relación médico–paciente durante todo el proceso de atención médica^{12,13} es fundamental reconocer la importancia de esta habilidad, sin la cual estamos privando a nuestros pacientes de sus derechos como así se expresa en el código de ética médica del Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior.

Este punto viene estrechamente ligado con la capacidad de los pacientes a consentir, o no, cualquier procedimiento médico indicado^{14,15}, el cual es un derecho del paciente consagrado tanto en normas éticas —como el código de ética médica referido previamente— así como en normas jurídicas nacionales o internacionales. A nivel nacional los establece la Ley N° 18.335 en su artículo 11.

Dicho consentimiento si bien debe ser registrado en la historia clínica y puede realizarse en base a formularios y material escrito, no invalida la comunicación oral que debe recibir el paciente.

En Uruguay existe bibliografía que analiza la cantidad y calidad de información conocida por los pacientes, sin embargo dicho análisis se realizó sobre poblaciones de pacientes que iban a ser sometidos a cirugía¹⁶, tanto sea por patologías benignas o malignas.

Es nuestro interés profundizar este análisis pero vinculado exclusivamente a pacientes con patología oncológica dado que es donde se constata el mayor grado de discordancia entre la información obtenida del paciente y el diagnóstico y tratamientos correspondientes.

Marco teórico

Se realizó una búsqueda sobre trabajos científico realizados en los últimos 10 años con respecto a estudios sobre cómo los pacientes interpretan la información recibida por el equipo de salud, cómo la transmiten, y cómo esto afecta su tratamiento. Dicha búsqueda se realizó a través de la base de datos Cochrane y PubMed, utilizando como palabras MeSH; “health”, “information” y “oncologic pathology”. Se limitó la búsqueda a *clinical trial, meta-analysis, practice guideline, randomized controlled trial y review*.

De los trabajos seleccionados mencionamos en primer lugar “*Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación*” publicado en 2010,

donde se valoró la información que el paciente es capaz de transmitir y determinar si los pacientes conocían el diagnóstico preoperatorio, el tratamiento quirúrgico propuesto, sus posibles complicaciones y si deseaban conocer más respecto a su enfermedad. Fueron reclutados 60 pacientes a quienes se les aplicó un formulario con preguntas semi–abiertas. Destacamos que a diferencia de nuestro trabajo, el conjunto de pacientes presentaba un pequeño porcentaje con patología oncológica, y dicho grupo fue el que tuvo el mayor grado de discordancia entre la información transmitida y el diagnóstico. Los resultados obtenidos revelaron que un porcentaje no despreciable de pacientes (20%, aproximadamente) no conocía su diagnóstico, un porcentaje similar desconocía el tratamiento y la mitad de la población analizada desconocía las complicaciones del mismo¹⁶.

En el siguiente trabajo, “*Conocimientos sobre «su enfermedad» en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales*”, publicado en mayo de 2008, se valoró la calidad de conocimiento que presentaban pacientes internados sobre su patología, en este caso diabetes mellitus tipo 2. Se reclutaron 31 pacientes; nuevamente destacamos que a diferencia de nuestro estudio no se valoraron pacientes con patología oncológica. Se obtuvieron resultados similares al trabajo anterior, encontrando que sólo un 12,9% presentaba conocimientos adecuados sobre su enfermedad, mientras que un 50%, aproximadamente, tenía conocimientos intermedios y el resto, inadecuados¹⁷.

El siguiente trabajo analizado aborda el problema de la información que recibe el paciente desde otro punto de vista. En el estudio “*Health literacy and communication quality in health care organizations*”, publicado en 2010, se valora lo que podría considerarse alfabetización en salud. La alfabetización en salud se refiere a la capacidad de una persona para comprender y actuar sobre la información recibida al respecto de su salud. Según este trabajo las personas con conocimientos limitados en salud son propensas a malinterpretar la información recibida, no cumplimiento de los tratamientos indicados, múltiples consultas y mayor estadía en centros hospitalarios, incluso una menor esperanza de vida. Se reclutaron 5929 pacientes de trece organizaciones de salud, la población analizada tenía como característica una limitada alfabetización en salud,

se les aplicaron múltiples cuestionarios, valorando los diferentes desafíos a los que se enfrentan los pacientes. De los resultados obtenidos se revela que los tres elementos para los cuales mayor dificultad encontraron los pacientes fueron: entender la información escrita, el llenado de formularios médicos y la necesidad de requerir ayuda para leer instrucciones de material hospitalario¹⁸.

En nuestro trabajo si bien no valoramos en forma profunda el grado de conocimientos en salud previos de cada paciente, si consideramos la variable “nivel de instrucción” a analizar para valorar su relación con grado de conocimiento de la patología de la paciente.

El trabajo *“Informational needs of patients and perceived adequacy of information available before and after treatment of cancer”* publicado en enero 2011, centra su investigación en valorar cuales son las preocupaciones de los pacientes una vez que se diagnostica la patología oncológica. Se reclutaron 731 pacientes a quienes se realizaron entrevistas y auto test pre y post tratamiento. Los cinco problemas más comunes reportados fueron saber si el tratamiento funciona, el alivio de los efectos secundarios del tratamiento, reducir el estrés causado en la familia, el convertirse en una carga para su familia y hacer planes a largo plazo. Al agruparlos según sexo, un mayor porcentaje de mujeres que hombres (56% vs. 39%) estaban preocupados por desfiguraciones anatómicas, mientras que es mayor el porcentaje de hombres preocupados por mantener relaciones sexuales, que el de mujeres (54% vs. 44%)¹⁹. Si bien estos elementos no son valorados en nuestro trabajo actual, puede ser considerado en futuras investigaciones al respecto.

El último trabajo que agregaremos a la discusión es *“Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials”* publicado en 2001; toma como punto de partida el hecho de que algunos centros de salud cuentan con una variedad de métodos para facilitar el pasaje de información desde los profesionales de la salud al paciente como material escrito, líneas telefónicas de ayuda, enseñanza audiovisual, centrandose su investigación en valorar cuál es la efectividad de dichos métodos. Se analizaron sistemáticamente 10 ensayos controlados aleatorios que evaluaban dichos métodos. La evidencia indica que las intervenciones tuvieron efectos positivos a nivel del

conocimiento y recuerdo de la información recibida, manejo de los síntomas, utilización de los servicios de salud y estados afectivos. Sin embargo, se destaca que los diferentes métodos para transmitir información no deben ser utilizados en forma sistemática sino adecuados a cada paciente, a la vez que ninguno de los métodos sustituye una adecuada relación médico–paciente, así como las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud²⁰.

Objetivos

- **Objetivo general:** Determinar el nivel de conocimientos sobre la patología oncológica que presentan los pacientes luego de haber sido informados al respecto por el equipo médico.
- **Objetivo específico:** Determinar si la paciente conoce al equipo médico tratante, el diagnóstico de la enfermedad que padece, el tratamiento propuesto, sus posibles complicaciones y pronóstico de su enfermedad.
Determinar si existe una relación entre la información asimilada por el paciente respecto a su enfermedad y el tipo de cáncer diagnosticado, la edad del paciente y el grado de instrucción.

Material y método

Se realizó un estudio de tipo descriptivo. Se seleccionó una muestra de 55 pacientes ingresadas en las salas de internación de Ginecología del Centro Hospitalario Pereira Rossell de las Clínicas Ginecotológicas “A” y “C”, del Servicio de Ginecología “B” y salas de internación de Curioterapia en el período entre setiembre de 2011 y enero de 2012.

Las pacientes incluidas en el estudio habían recibido información sobre su patología por parte de su ginecólogo u oncólogo tratantes. Dichas pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico (o se encontraban en valoración previo al mismo), o estaban recibiendo tratamiento con radioterapia o quimioterapia.

Como criterios de exclusión se tomaron la enfermedad neurológica, psiquiátrica o cualquier otra que impidiera la comunicación, así como la no aceptación de participar en el estudio.

Las pacientes que fueron incluidas en el trabajo debieron responder a un cuestionario. El en-

Tabla 1.

Características de la población analizada

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
RANGO DE EDADES		
29 a 40 años	13	24 %
41 a 60 años	22	40 %
67 a 89 años	20	36 %
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	2	4 %
Primaria incompleta	13	25 %
Primaria completa	21	38 %
Secundaria incompleta	18	31 %
Terciaria	1	2 %
PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS		
Cáncer de cuello	23	41.8 %
Cáncer de ovario	8	14.5 %
Cáncer de útero	9	16.4 %
Cáncer de mama	6	10.9 %
Cáncer de vulva	4	7.3 %
Otros	2	3.6 %

cuestador no había tenido vínculo con la paciente hasta el momento de la encuesta.

El cuestionario tiene por objetivo valorar si la paciente reconoce al equipo médico tratante, y si considera que éste le informó sobre la patología que padece. A continuación se valora la calidad y cantidad de información asimilada por el paciente al solicitarle que explique específicamente puntos relevantes como el diagnóstico, el tratamiento propuesto, las complicaciones a las que está expuesta tanto por su patología como por el tratamiento a realizar, y el pronóstico (ver anexo I).

Las respuestas se registraron en un formulario de recolección de datos en el que, además, consta edad, procedencia, nivel de instrucción, patología y tratamiento realizado. Los resultados se expresan en frecuencia absoluta y relativa y se presentan en tablas.

Resultados

Se entrevistó un total de 55 pacientes, todas ellas con diagnóstico confirmado de patología oncológica y que habían sido informadas sobre su enfermedad.

La media de edad de las pacientes incluidas en el estudio fue de 55 años, en un rango entre 29 y 89 años.

El 24% de las pacientes se encuentra entre 29 y 40 años, 40% entre 41 y 60 años y 36% entre 61 y 89 años (Tabla 1).

Con respecto al nivel de instrucción, el 4% es analfabeta, el 25% cuenta con primaria incompleta, un 38% con primaria completa, el 31% con secundaria incompleta y un 2% con estudios terciarios (Tabla 1).

De las 55 pacientes entrevistadas el 41,8% fue diagnosticada con cáncer de cuello uterino, 16,4% con cáncer de endometrio, 14,5% con cáncer de ovario, 10,9% con cáncer de mama, 7,3% cáncer de vulva y un 3,6% con otros tumores como rhabdomiosarcoma de miembro inferior (Tabla 1).

Al interrogar a las pacientes, sólo el 65% de ellas recuerda el nombre del médico tratante (gráfico 1); sin embargo, al interrogar sobre si ha sido informada sobre su patología el 95% de ellas respondió en forma afirmativa (gráfico 2).

Al evaluar los resultados obtenidos de la encuesta se utilizó una guía orientada a facilitar la

Gráfico 1.

¿Conoce el nombre de su médico tratante?

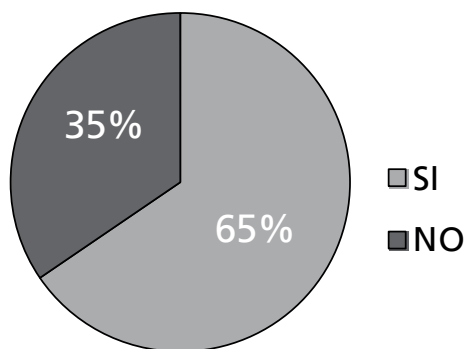
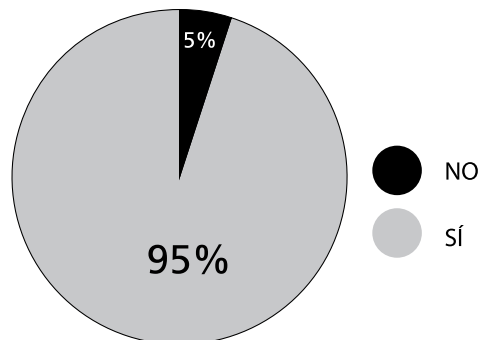


Gráfico 2.

Información referida por la paciente en cuanto a la pregunta sobre si fue informada o no sobre la patología que padece



catalogación de las respuestas otorgadas por los pacientes como adecuadas, intermedias o incorrectas (ver anexo II).

En cuanto a la información retenida por las pacientes, en relación al diagnóstico el 63,6% se refirió correctamente al diagnóstico de su enfermedad, 25,5% lo hizo en forma intermedia y 10,9% en forma inadecuada (gráfico 3).

En relación a la información que retuvieron sobre el tratamiento a realizar o instituido, el 69,1% fue adecuado, un 20% fue intermedia y el 10,9% retuvo información inadecuada o ninguna información (gráfico 3).

Sobre las complicaciones posibles por su enfermedad o el tratamiento a realizar, el 69,1% de las pacientes manejaba información inadecuada,

Gráfico 3.

Información asimilada por los pacientes respecto al diagnóstico de su patología oncológica, tratamiento y complicaciones

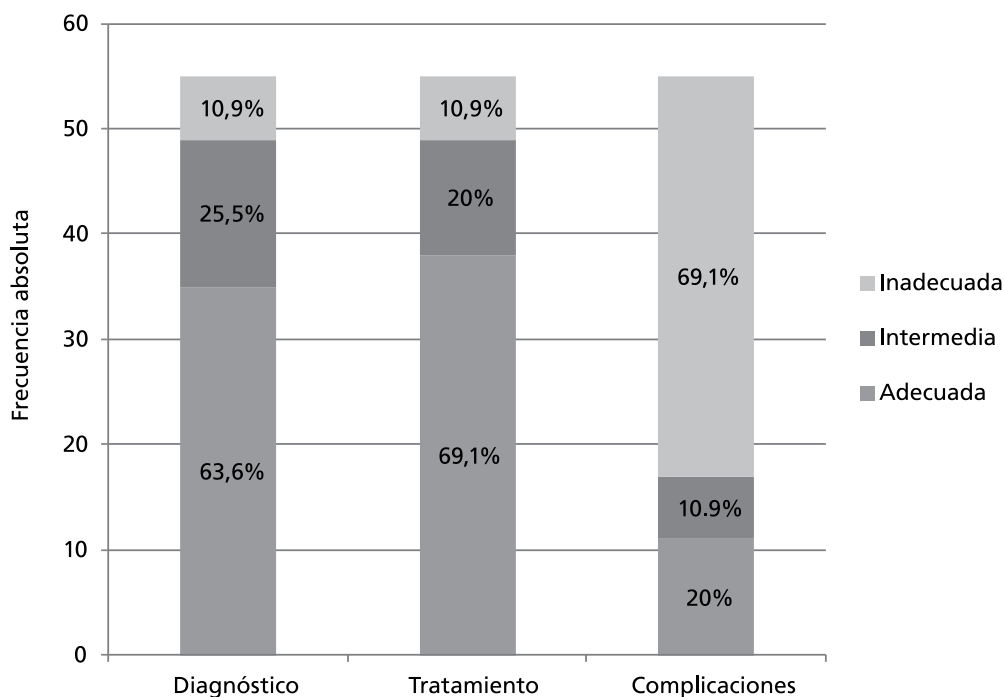
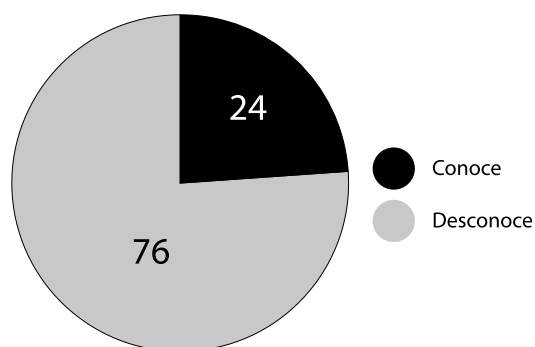


Gráfico 4.

Información asimilada por el paciente respecto al pronóstico evolutivo de su patología (%)



un 10,9% intermedia y el 20% contaba con información adecuada (gráfico 3).

El 76% de las pacientes desconocía aspectos sobre los pronósticos de su enfermedad (gráfico 4).

Al valorar las respuestas de las pacientes según rango de edades, las pacientes más jóvenes (29–40 años) eran las que mejor conocían los aspectos evaluados en general. Específicamente, el 76,9% conocía su diagnóstico, el 69,2% el tratamiento a realizar, el 46,2% las complicaciones y el 38,5% el pronóstico. En el rango entre 41 y

60 años el 54,5% conocía el diagnóstico, 59,1% el tratamiento, 18,2% las complicaciones y sólo el 4,5% conocía aspectos sobre el pronóstico. De las pacientes entre 61–89 años, el 65% conocía el diagnóstico, el 80% de ellas conocía el tratamiento que le habían y/o le estaban realizando, el 5% las complicaciones y el 30% el pronóstico (gráfico 5).

Al valorar la información comprendida por la paciente en relación al tipo de enfermedad oncológica, las pacientes con cáncer de mama son las que mejor comprendieron la información, ya que el 83,3% refirió correctamente el diagnóstico y tratamiento a realizar, y el 50% sabía el pronóstico de su enfermedad pero sólo el 16,7% conocía las complicaciones a las que estaba expuesta. De las pacientes con cáncer de cuello de útero, el 65,2% conocía el diagnóstico y un 70% conocía el tratamiento a instaurar. Estas pacientes conocían las complicaciones y su pronóstico en un 26,1% y 17,4%, respectivamente. De las pacientes que tenían diagnóstico de cáncer de ovario, el 62,5% mencionó correctamente el diagnóstico y tratamiento a realizar, sólo el 12,5% conocía complicaciones de su enfermedad, y el 25% el pronóstico. De las pacientes a las que se les diagnosticó cáncer de endometrio, el 66,7% de ellas dio el diagnóstico y tratamiento correctos, mientras que sólo el 11,1% conocía aspectos sobre el pronóstico.

Gráfico 5.

Relación entre las respuestas correctas y el rango de edades

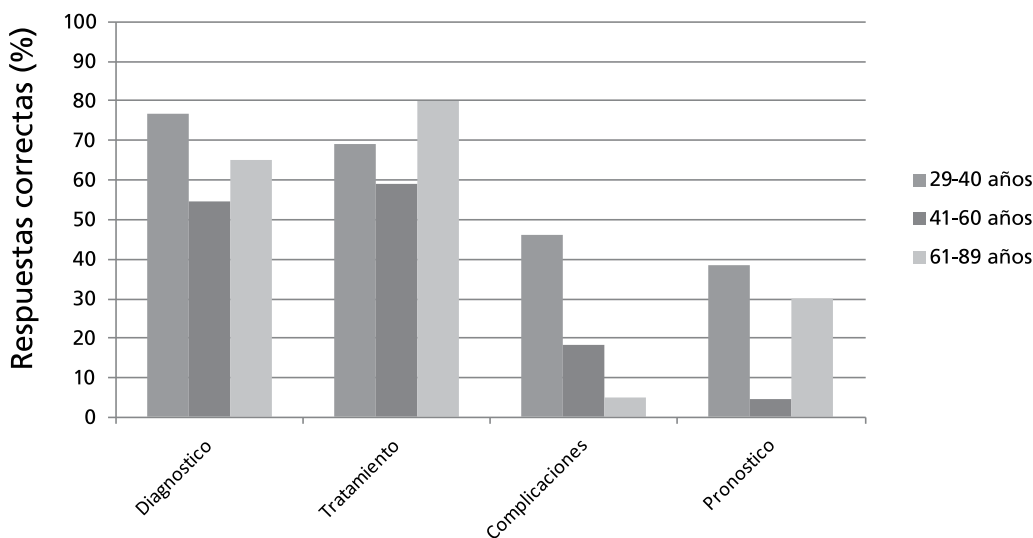
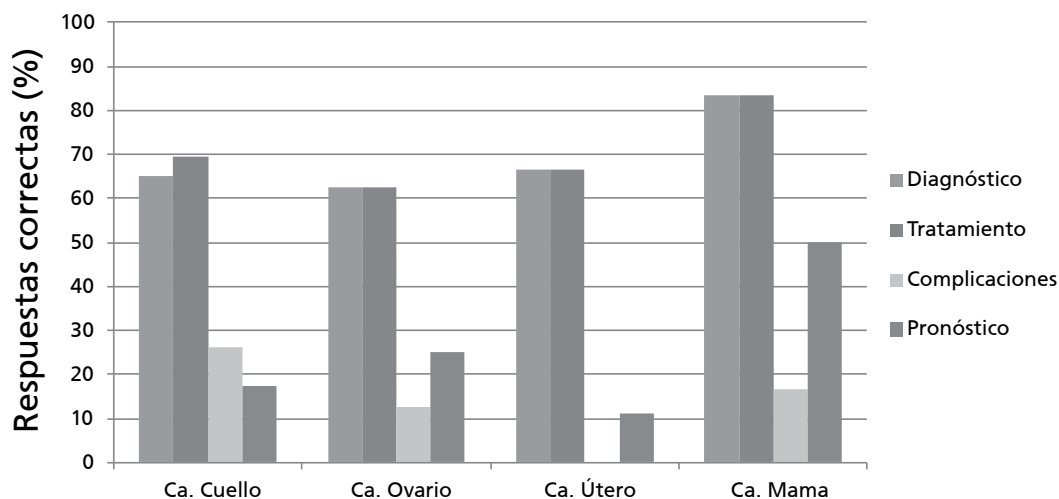


Gráfico 6.

Relación entre el tipo de cáncer y las respuestas acorde al diagnóstico



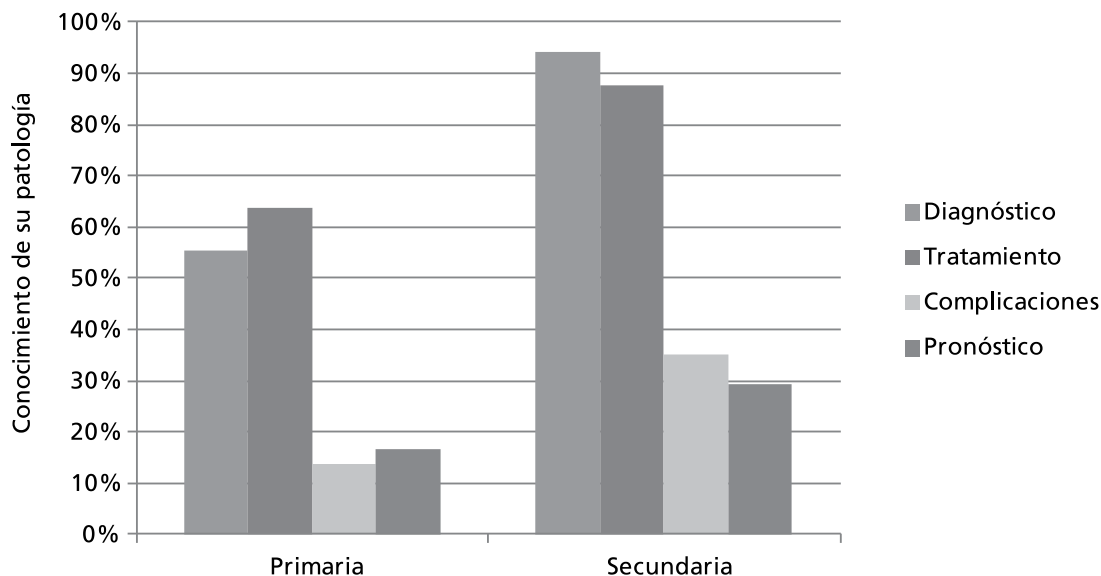
co de su enfermedad y ninguna de las pacientes conocía complicaciones a las que estaba expuesta (gráfico 6).

Con respecto a la relación entre la información asimilada por los pacientes y su nivel de instrucción, de las paciente que contaban con educación primaria el 55,5% conocía aspectos sobre

su diagnóstico, el 63,9% sobre el tratamiento instaurado, un 13,9% manejaba información adecuada sobre la complicaciones a que se expone y un 16,7% sobre su pronóstico. De las pacientes que contaban con educación secundaria el 94,1% conocía aspectos sobre su diagnóstico, el 87,5% sobre el tratamiento instaurado, un 35,3% maneja

Gráfico 7.

Relación entre conocimiento de su patología y nivel de instrucción



ba información adecuada sobre las complicaciones a que se expone y un 29,4% sobre su pronóstico (gráfico 7).

Discusión

De los resultados que arroja nuestro trabajo, observamos que la mayoría de las pacientes refiere que se les informó de la enfermedad que padece; podemos concluir por tanto que el equipo tratante considera como **relevante la comunicación con la paciente como parte del tratamiento**. Dado que al auditar las historias clínicas de las pacientes observamos que a todas se les había explicado su diagnóstico, el pequeño porcentaje de pacientes que referían no haber recibido información sobre su enfermedad se puede atribuir a un mecanismo de defensa, como es la negación.

En relación al nombre del médico tratante, éste es un elemento fundamental en la relación médico paciente y destacamos que aproximadamente un tercio de las pacientes no lo recordaba.

Por otro lado, de todas las pacientes que consideran haber sido informadas, al valorar el grado de información asimilada sólo dos terceras partes del total de pacientes responde adecuadamente a preguntas sobre su diagnóstico y tratamiento y sólo un cuarto de ellas responde correctamente a preguntas sobre complicaciones y pronóstico.

Es posible atribuir estos déficits en la información a factores vinculados a las dificultades del equipo médico tratante en transmitir la información y a la capacidad de la paciente de asimilarla. En el primer caso, ya mencionamos la existencia de mecanismos defensivos por parte del médico⁹. En relación a las pacientes, existen diferentes factores que modifican el grado de comprensión de la información como la edad, el tipo de cáncer y el nivel de instrucción. Si bien pueden existir otros factores vinculados a este punto, en nuestro trabajo valoramos estos tres elementos específicamente. Que la información sea otorgada al paciente por un equipo multidisciplinario conformado tanto por cirujanos, oncólogos, radioterapeutas y psicólogos acrecienta el grado de asimilación de información por parte del paciente. La reiteración de las entrevistas con la paciente es otro elemento que define el grado de información asimilada por la misma, dado que permite un “*feed-back*” entre el médico y la paciente donde es posible analizar en conjunto lo comprendido

por la paciente y repasar los elementos más relevantes.

Al analizar la información sobre el grado de conocimiento que las pacientes tienen sobre su enfermedad con respecto al rango etario, al considerar las respuestas globalmente encontramos una diferencia a favor de las pacientes más jóvenes lo cual puede ser debido al nivel cognitivo mayor relacionado con la edad; sin embargo, en el grupo de pacientes de mayor edad (61 a 89 años) el nivel de conocimiento era similar al de las pacientes más jóvenes, quizás vinculado a la percepción por parte del médico que este tipo de pacientes requieren mayor dedicación al momento de informar sobre su enfermedad.

Cuando relacionamos el órgano de asiento de la patología con el grado de comprensión de su patología, las pacientes que tenían mejor información sobre la misma eran las pacientes que tenían diagnóstico de cáncer de mama. Pensamos esto podría estar vinculado a que se trata de un órgano que las pacientes identifican (no así los genitales internos), además de la difusión a nivel de los medios de comunicación sobre esta patología. Esta diferencia puede corresponderse también con el hecho de que dada la disposición de la atención otorgada a las pacientes internadas en nuestro centro hospitalario, el equipo médico que está a cargo de las pacientes con patología oncológica de mama no es el mismo que el del resto de las pacientes, pudiendo existir diferencias en su funcionamiento que facilitan la asimilación de información por parte de estas pacientes.

En cuanto al grado de instrucción, observamos que las pacientes que habían cursado secundaria tenían mejor grado de comprensión de su patología, que pensamos se relaciona directamente con el nivel intelectual de la paciente y capacidad de comprensión.

Conclusiones

Se evidencia de nuestro estudio, que si bien la mayoría de las pacientes refiere estar informada sobre la patología que padece, solo una cuarta parte aproximadamente tenía conocimiento sobre las probables complicaciones que podía presentar por la patología y el tratamiento planteado, así como sobre el pronóstico de su enfermedad. La importancia de este hecho está vinculada directamente con el concepto de consentimiento

ANEXO I

Encuesta con preguntas semi-abiertas realizada a las pacientes:

1) ¿Reconoce quién es su médico tratante?
2) ¿Le informó sobre qué enfermedad padece?
3) ¿Puede explicarlo con sus propias palabras?
4) ¿Sabe qué tratamiento va a recibir?
5) ¿Se le informó sobre qué complicaciones puede presentar?
6) ¿Puede explicarnos qué expectativas existen con respecto al resultado del tratamiento propuesto para usted?

Adaptada de: González D, Rodríguez Almada H, Ruso L. Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación. Rev Med Urug 2010; 26: 25-31.

ANEXO II

Guía para evaluación de las respuestas:

Preg. 1)	Adecuado: conoce el nombre correcto
	Inadecuado: no conoce el nombre de su médico tratante
Preg. 2)	Adecuado: sí
	Inadecuado: no
Preg. 3)	Adecuado: da el nombre correcto de su enfermedad
	Intermedio: da a entender que se trata de una patología maligna
	Inadecuado: desconoce la patología que presenta
Preg. 4)	Adecuado: dice el nombre correcto de su tratamiento (cirugía, RT, QT)
	Intermedio: reconoce sólo una parte del tratamiento completo a realizar
	Inadecuado: desconoce cuál es el tratamiento propuesto
Preg. 5)	Adecuado: conoce la mayoría de las complicaciones por su enfermedad o por el tratamiento propuesto
	Intermedio: conoce al menos una complicación
	Inadecuado: no conoce las complicaciones de su enfermedad ni del tratamiento a realizar
Preg. 6)	Adecuado: reconoce el objetivo del tratamiento propuesto y algunos aspectos sobre la sobrevida que presenta
	Inadecuado: no posee información sobre el objetivo del tratamiento propuesto, ni la sobrevida que presenta, o la misma es errónea

informado, que todas las pacientes realizan antes de ser sometidas al tratamiento. Por lo tanto, este punto debe ser tomado en cuenta al informar a las pacientes ya que sabemos estos tratamientos se asocian con complicaciones frecuentemente.

El grado de asimilación de información que tienen las pacientes depende de múltiples variables tanto del médico como del paciente. Entre las variables analizadas en nuestro trabajo, la relación más clara está vinculada al grado de instrucción, donde encontramos que a mayor grado de instrucción, mayor grado de conocimiento de la enfermedad. Es relevante que el equipo médico tratante reconozca la importancia de esta variable al momento de informar a la paciente, adecuando el lenguaje y forma de comunicación al grado de instrucción de la paciente.

Bibliografía

- 1 Rodríguez H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Urug* 2001; 17(1):17–23.
- 2 Labrador F, Bara E. La información del diagnóstico a pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2004; 1(1): 51–66.
- 3 Foundations in Moral Theory. En: Faden R, Beauchamp T, King N. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, 1986: 3–20.
- 4 Tuveri M, Caocci G, Efficace F, Medas F, Collins GS, Pisu S. Different perception of surgical risks between physicians and patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009; 19(4):305–11.
- 5 Hersh SP. Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg S, eds. *Cáncer: principios y práctica de oncología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986; 247–60.
- 6 Amoroso S, Cabo P, Pérez Suquilvide L. El paciente con cáncer. In: Cesarco R. *Aportes prácticos a la medicina psicosocial*. Montevideo: UMPS, 1990: 83–96.
- 7 Astudillo W. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, Pamplona: Ediciones de la Universidad de Navarra, 1995:45.
- 8 Abreu MT, Martín A. Actitudes de alumnos y profesores de medicina ante la comunicación del diagnóstico al paciente de cáncer. *Rev Cubana Oncol* 1992; (8):118–22.
- 9 Mulens B, Torres P, Gutiérrez J, García M, Ropero R. Conocimiento del diagnóstico en pacientes con cáncer antes de recibir tratamiento oncoespecífico en 1997. Santiago de Cuba. *Rev Cubana Oncol* 2(16):93–9
- 10 Sosa T. Relación vinculante entre médico paciente: el consentimiento. In: *Sindicato Médico del Uruguay. II Jornadas de responsabilidad médica* (1996). Montevideo: SMU, 1998: 147–52.
- 11 Novak DK. Changes in Physician's attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979;(241):897–900.
- 12 Kotow M. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995:128–31.
- 13 Musé I. El consentimiento escrito como distorsión de la relación médico-paciente. In: *Sindicato Médico del Uruguay. II Jornadas de responsabilidad médica* (1996). Montevideo: SMU, 1998: 141–5.
- 14 Gamarra J. El consentimiento informado. In: *Responsabilidad civil médica* (1). Montevideo: FCU, 1999: 153–211.
- 15 Childers R, Lipsett P, Pawlik T. Informed consent and the surgeon. *J Am Coll Surg* 2009; 208(4): 627–34.
- 16 González D, Rodríguez Almada H, Ruso L. Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación. *Rev Med Urug* 2010; 26: 25–31.
- 17 Noda M, Pérez E, Germán M, Rosa A. Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Rev Med Hered* 2008; 19 (2).
- 18 Wynia M, Osborn C. Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. *J Health Commun*.2010; 15(Suppl 2): 102–115.
- 19 Hawkins N, Pollack L, Leadbetter S, Steele W, Carroll J, Ryan E, Ryan J, Morrow G, Dolan J. Informational needs of patients and perceived adequacy of information available before and after treatment of cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2008; 26(2): 1–16.
- 20 McPherson C, Higginson I, Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. *J Public Health* 2001; 23 (3): 227–234.

Trastornos miccionales postparto

Prevalencia y repercusión en pacientes del Centro Hospitalario Pereira Rossell

F. Aroztegui¹, M. Kouyoumdjian¹, F. Nozar², D. Greif³, T. Bengoechea¹, C. Caraballo¹

Resumen

Se realizó un estudio prospectivo en la Maternidad de Centro Hospitalario Pereira Rossell, con el objetivo de valorar la prevalencia de síntomas miccionales en el puerperio, repercusiones en la vida cotidiana y salud emocional, así como su relación con diversas variables vinculadas al nacimiento. Se reclutaron 140 pacientes al momento del nacimiento que luego fueron contactadas telefónicamente a los 7 y 30 días del nacimiento. Se valoró la presencia de trastornos miccionales y sus repercusiones aplicando los cuestionarios UDI-6 y IIQ-7. El 44% de las pacientes presentó síntomas, siendo los más frecuentes el dolor hipogástrico o genital y los síntomas de urgencia miccional a los 7 días, y en primer lugar

urgencia miccional seguido de incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) a los 30 días post nacimiento. De acuerdo con lo informado en la literatura internacional, los síntomas fueron más frecuentes en pacientes en las que la vía de finalización fue la vaginal.

El rol protector sobre el piso pélvico de la episiotomía no es claro.

Los datos de prevalencia de IOE en nuestra muestra fueron similares a la descrita a nivel internacional.

En cuanto a las repercusiones de estos trastornos: aproximadamente un tercio de las pacientes que presentó IOE refirió alteración en sus actividades cotidianas y fue menor la repercusión a nivel de la salud emocional.

Palabras clave: parto, período postparto, embarazo, incontinencia urinaria

Clínica Ginecotocológica "A", Facultad de Medicina, Universidad de la República Oriental del Uruguay

1. Residente Clínica Ginecotocológica A
2. Prof. Adj. Clínica Ginecotocológica A
3. Asist. Clínica Ginecotocológica A

Abstract

A prospective study in the Pereira Rossell Hospital Maternity in order to assess the prevalence of urinary symptoms in the

postpartum period, impact on daily life and emotional health and its relationship with several variables related to birth. 140 patients were enrolled at birth and then phone valued at 7 and 30 days of birth. We evaluated the presence of voiding disorders and impact questionnaires using UDI-6 and IIQ-7.

44% of the patients had symptoms, the most frequent lower abdominal or genital pain and symptoms of urinary urgency at 7 days and urgency first followed by stress urinary incontinence (SUI) at 30 days postpartum. According to that reported in international literature, the symptoms were more frequent in patients that had vaginal delivery.

Regarding the protective role on the pelvic floor of episiotomy, remains unclear.

Data on the prevalence of SUI in our sample were similar to those described internationally.

As for the impact of these disorders, about one third of the patients who had SUI, said change in their daily activities; the impact of emotional health was lower.

Key words: parity; postpartum period; pregnancy; urinary incontinence

Introducción

La disfunción del piso pélvico es un término aplicado a una amplia variedad de condiciones clínicas que incluyen: incontinencia de orina, anomalías en el vaciado vesical, prolapso de órganos pélvicos, disfunción defecatoria, incontinencia fecal, disfunción sexual y dolor crónico.¹ Por su alta prevalencia, efectos deletéreos en la calidad de vida y su impacto en el sistema de salud, la disfunción del piso pélvico es un importante problema de salud pública.²

La fisiopatología de la incontinencia de orina y anal durante el embarazo y el puerperio es multifactorial. La gravidez en sí misma, los cambios hormonales, los cambios en el ángulo uretrovesical, defectos anatómicos postparto y las fuerzas dinámicas que involucran los músculos elevadores y el tejido conectivo, son todos factores implicados. Estos factores de estrés en el piso pélvico resultan no solo en incontinencia de orina post

parto inmediata sino también alejado del mismo.³ En el trabajo de Viktrup y Lose encontraron que si una primípara desarrollaba incontinencia de orina de esfuerzo durante el embarazo o el puerperio, y que no remitía en los tres meses post parto, el riesgo de presentar síntomas cinco años después era de 92%.⁴

Los síntomas del tracto urinario bajo son frecuentes durante el embarazo y el postparto,⁵⁻⁸ aunque se desconoce su prevalencia real.

Se pueden observar síntomas como incontinencia de orina, retención aguda de orina, disuria, chorro débil, chorro intermitente y poliaquiuria, los cuales muchas veces pasan inadvertidos por el médico. La importancia de esto radica en la repercusión que pueda tener a nivel biológico, social, laboral y sexual afectando la vida diaria de las mujeres.

Dado que los síntomas urinarios durante el embarazo y el puerperio son frecuentes, puede haber una creencia errónea de que son normales, y así los síntomas pueden ser no considerados como patológicos por las pacientes y los profesionales de la salud.⁹ Más aún, la mayoría de los estudios registran sólo la presencia de incontinencia de orina, y no toman en cuenta ampliamente los síntomas de disfunción del tracto urinario bajo.

Es por esto que decidimos realizar este trabajo, valorando la prevalencia de la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) además de otros síntomas de la esfera urinaria e intentar relacionarlos con factores ligados al nacimiento mencionados en la literatura internacional. También fue de nuestro interés conocer la repercusión que genera la IOE en la vida cotidiana de estas mujeres así como a nivel emocional, destacando que se han publicado escasos trabajos que valoren este aspecto tan relevante.

Marco teórico

Se realizó una búsqueda sobre trabajos científicos de los últimos quince años con respecto a estudios que relacionaran la sintomatología urinaria con diferentes variables vinculadas al nacimiento. Dicha búsqueda se obtuvo a través de la base de datos Cochrane y PubMed utilizando las palabras MeSH: *parity; postpartum period; pregnancy; urinary incontinence*.

De dicha búsqueda se desprende que existen múltiples factores de riesgo asociados con la dis-

función del piso pélvico que incluyen: multiparidad, edad, incremento crónico de la presión intrabdominal (tos, sobrepeso, realización de tareas de esfuerzo), cirugías pélvicas previas, patología y lesión medular, predisposición genética, etnia e historia familiar. Sin embargo la mayoría de los casos se relacionan al trauma vaginal durante el nacimiento.¹⁰⁻¹¹ Incluso en condiciones normales el parto vaginal causa trauma mecánico del piso pélvico que en algunos casos es irreversible. La integridad de los músculos y ligamentos que componen la fascia endopélvica es fundamental para el mantenimiento del soporte, suspensión y posición anatómica de los órganos pélvicos en condiciones fisiológicas. Además la inervación tiene un rol importante en el mantenimiento de la función de estructuras de soporte y la integridad de los mecanismos de continencia.¹²⁻¹⁷ Existen diversos factores asociados al parto que aumentan el riesgo de incontinencia urinaria y anal post parto. Estos incluyen factores relacionados con el trauma obstétrico (parto vaginal, parto instrumental, episiotomía), analgesia del parto, índice de masa corporal y el tabaquismo.¹⁸⁻¹⁹

Por otro lado, se demostró en algunos estudios que el nacimiento por operación cesárea es protector contra la incontinencia de orina. Rortveit et al. en el estudio EPICONT, que incluyó más de 15.000 mujeres encontró una asociación entre la incontinencia de orina y la vía de nacimiento. La IOE fue más prevalente luego de una cesárea en comparación con las pacientes nulíparas y más prevalente luego de un parto vaginal comparado con la cesárea.²⁰⁻²¹ Se destacan en varios estudios como factores de riesgo para el desarrollo de IOE en el post parto: la edad materna, incrementando la misma a mayor edad; el perímetro cefálico del neonato que puede ser responsable de la denervación del nervio pudendo y daño de los músculos del piso pélvico, así como el mayor índice de masa corporal materno.²² Hay varios estudios que han relacionado la IOE durante el embarazo y el desarrollo posterior de ésta en el correr de la vida de la mujer en altos porcentajes.

El efecto protector de la episiotomía es cuestionado y poco se conoce de su relación con la afectación de la calidad de vida de las mujeres con síntomas del tracto urinario bajo.²²⁻²³

La evaluación de los síntomas del tracto urinario bajo y sus efectos sobre la calidad de vida han sido facilitados por el desarrollo de cuestio-

narios específicos como el *Mountain States Urogynecology, Urinary Distress Inventory (UDI-6) and Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)*. La aplicación de estas encuestas permite obtener una medida objetiva de la prevalencia y del impacto de dichos síntomas, así como de la repercusión que genera en la vida diaria de las mujeres.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la prevalencia de trastornos de la micción post parto en mujeres que previamente no presentaban dichos trastornos.

Objetivos secundarios

- Valorar la prevalencia de los diferentes síntomas vinculados a los trastornos miccionales.
- Relacionar la presencia de los diferentes síntomas y variables vinculadas al parto: vía del parto, paridad, realización de episiotomía, desgarro perineal y su grado, y peso del recién nacido.
- Valorar la repercusión de dichos trastornos a nivel de la actividad diaria y de la salud emocional de las mujeres.

Material y método

Se realizó un estudio prospectivo. Se seleccionó inicialmente una muestra de 245 pacientes, de las cuales fueron pasibles de seguimiento 140 de ellas. Se encontraban internadas en salas de puerperio de la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante el período de 15 de noviembre a 14 de diciembre de 2011, cumplían con los criterios de inclusión y deseaban participar en el estudio, explicando la confidencialidad de los datos obtenidos.

Los nacimientos fueron asistidos por residentes de ginecología, medicina familiar y comunitaria y parteras. Los datos fueron recabados por residentes que no habían asistido a la paciente previamente.

En las primeras 24 hs posteriores al nacimiento se seleccionó la población a estudiar y se registró en base a la historia clínica las variables presentes, así como se obtuvo el consentimiento informado.

En una segunda instancia se realizó la encues-

ta de la *Mountain States Urogynecology, Urinary Distress Inventory (UDI-6) and Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)* valorando la presencia de trastornos miccionales mediante seguimiento telefónico a los 7 y 30 días posteriores al nacimiento.

Criterios de inclusión

- Mujeres entre 18 y 40 años.
- Mujeres sin antecedentes de trastornos miccionales funcionales ni infecciosos previos al parto.
- Mujeres que hayan tenido parto vaginal, parto instrumental o cesárea en embarazos de término (37 a 41 semanas) en dicho período.

Criterios de exclusión

- Embarazos de pretérmino (menor a 37 semanas) y posttérmino (42 semanas).
- Parto de óbito.
- Pacientes con antecedentes de trastornos miccionales o patología infecciosa urinaria en curso.
Se adjuntan cuestionarios en el anexo.

Resultados

La media de edad de la población analizada fue de 25,5 años (tabla 1).

En cuanto a la vía de nacimiento, el 72,1% (101) fue por parto vaginal en posición horizontal, el 22,9% (32) por cesárea y el 5% (7) por parto instrumental (tabla 2).

El 44% (62) presentó síntomas.

La incidencia de pacientes sintomáticas a los

7 días fue: urgencia miccional 40% (25), incontinencia de orina de esfuerzo 26% (16), dificultad para el vaciamiento vesical 19% (12) y dolor hipogástrico o genital 40% (25). A los 30 días la incidencia fue: urgencia miccional 48% (30), incontinencia de orina de esfuerzo 39%(24), dificultad para el vaciamiento vesical 18% (11) y dolor hipogástrico o genital 26%(16) (gráfico 1).

En relación a la edad, tomando como punto de corte los 30 años, 24% (8) de las pacientes de 30 o más años presentó IOE en el puerperio alejado, y sólo 15% (16) de las menores de 30 años.

Valorando la incidencia de síntomas según la vía de finalización del embarazo, se obtuvo: 48% (49) de las pacientes con un parto vaginal, 43% (3) de las pacientes con un parto instrumental y 35% (11) de las pacientes con operación cesárea presentaron síntomas (gráfico 2).

En las tablas 3 y 4 se expresa la relación entre las diferentes vías del nacimiento y los síntomas presentes a los 7 y 30 días post parto.

En las tablas 5, 6 y 7, se relaciona la vía del nacimiento actual, con la presencia de IOE vinculado con la paridad.

De las pacientes que tuvieron un parto vaginal sin episiotomía, el 24% (19) tuvo IOE en el puerperio alejado.

De las pacientes nulíparas que tuvieron un parto vaginal sin episiotomía, el 43% (3) fue sintomática.

El 37% (11) de las pacientes a las que se les realizó episiotomía presentó síntomas.

De las pacientes con desgarramiento perineal de 1^{er} y 2^{do} grado, el 27% (8) presentó incontinencia de orina de esfuerzo en el puerperio tardío.

El 57% (4) de las pacientes que tuvieron un feto macrosómico presentó síntomas (independiente de la vía de finalización).

Aproximadamente, una de cada tres pacientes que presentó IOE, refirió alteración en sus actividades cotidianas, tanto a los 7 días (6) como a los 30 días (9). En cuanto a la salud emocional de las pacientes con IOE, la repercusión a este nivel fue menor: 19% (3) a los 7 días y 12% (3) a los 30 días (gráfico 3).

Discusión

Los trastornos miccionales postparto son frecuentes, presentes en 44% de las pacientes.

Según nuestros resultados, los síntomas más

Tabla 1.

Población	140 Mujeres
Edad	18-40 años
Media de Edad	25,5 años
Edad Gestacional	37-41 semanas

Tabla 2.

Vía de finalización	Nº pacientes
Parto vaginal	101
Cesárea	32
Fórceps	7

Tabla 3.

	Urgencia a 7 días	Urgencia a 30 días	IOE a 7 días	IOE a 30 días
Parto vaginal	18,8% (19)	23,8% (24)	12,9% (13)	18,8% (19)
Cesárea	15,5% (5)	12,5% (4)	9,4% (3)	12,5% (4)
Fórceps	14,3% (1)	28,6% (2)	0%	14,3% (1)

Tabla 4.

	Dificultad de vaciamiento vesical a 7 días	Dificultad de vaciamiento vesical a 30 días	Dolor hipogástrico o genital a 7 días	Dolor hipogástrico o genital a 30 días
Parto vaginal	7,9% (8)	7,9% (8)	19,8% (20)	11,9% (12)
Cesárea	9,4% (3)	9,4% (3)	12,5% (4)	12,5% (4)
Fórceps	14,3% (1)	0%	14,3% (1)	0%

Tabla 5.

Parto vaginal

IOE a los 30 días	Nulípara	Al menos un parto previo
SI	2 (8,7%)	17 (21,8%)
NO	21 (91,3%)	61 (78,2%)
TOTAL	23 (100%)	78 (100%)

Tabla 6.

Cesárea de coordinación

IOE a los 30 días	Nulípara	Al menos un parto previo
SI	0	1
NO	2	2
TOTAL	2	3

Tabla 7.

Cesárea intraparto

IOE a los 30 días	Nulípara	Al menos un parto previo
SI	3 (13%)	0
NO	20 (87%)	4
TOTAL	23 (100%)	4

frecuentes son: urgencia miccional y dolor genital o hipogástrico en el puerperio mediato, urgencia miccional e IOE en el puerperio tardío.

La IOE presentó una prevalencia del 39% en el puerperio alejado, siendo la prevalencia de la literatura internacional similar, entre 6% y 34%.

Los síntomas son más frecuentes cuando la vía de finalización es vaginal, al igual que lo demostrado en múltiples estudios internacionales. Sin embargo esta aseveración no logra explicar en su totalidad la disfunción del piso pélvico, ya que las alteraciones descritas han sido referidas también en pacientes nulíparas, lo cual orienta a la

existencia de una variabilidad a nivel individual en la predisposición a disfunción del piso pélvico. Este concepto se ve apoyado por la presencia de estudios epidemiológicos que evidencian mayor incidencia de prolapso de órganos pélvicos e IOE en pacientes con antecedentes familiares de dichos trastornos.²⁴

La macrosomía fetal, en nuestra muestra se asoció con sintomatología urinaria independientemente de la vía de finalización, en cuya base estaría el daño de los nervios pélvicos y pudendos así como de los músculos del piso pélvico.

De los datos obtenidos en nuestro estudio, uti-

Gráfico 1.

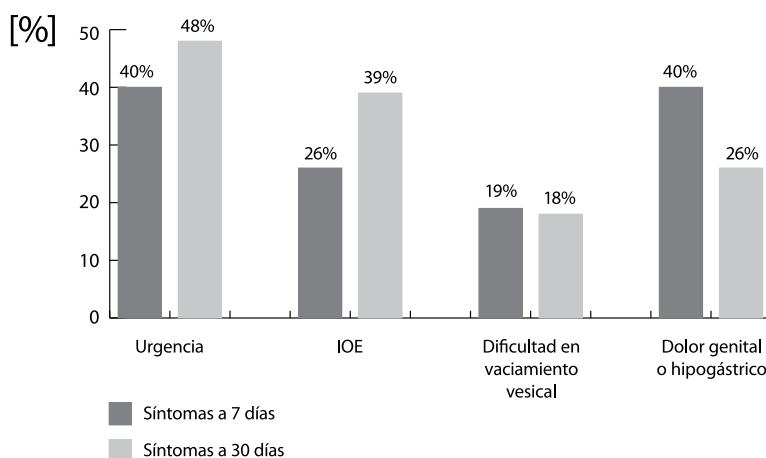
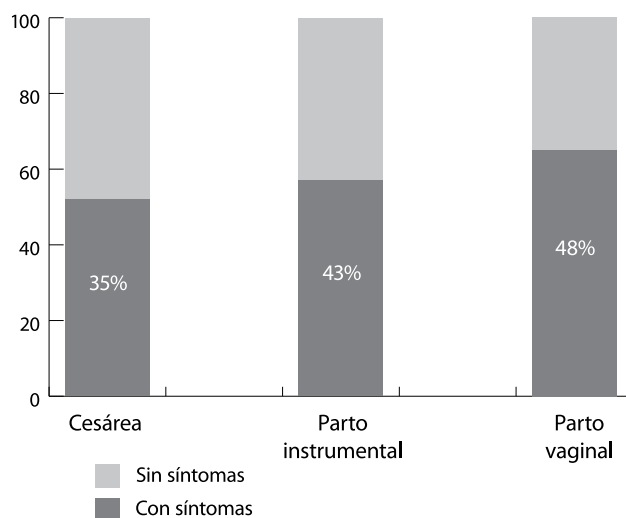


Gráfico 2.



lizando cuestionarios preestablecidos, podemos determinar que dichos trastornos de la micción en el puerperio generan repercusión en la vida cotidiana de las mujeres y en menor medida a nivel emocional, siendo estos aspectos poco valorados en los diversos estudios, lo cual ameritaría la realización de nuevos estudios para así poder comparar resultados.

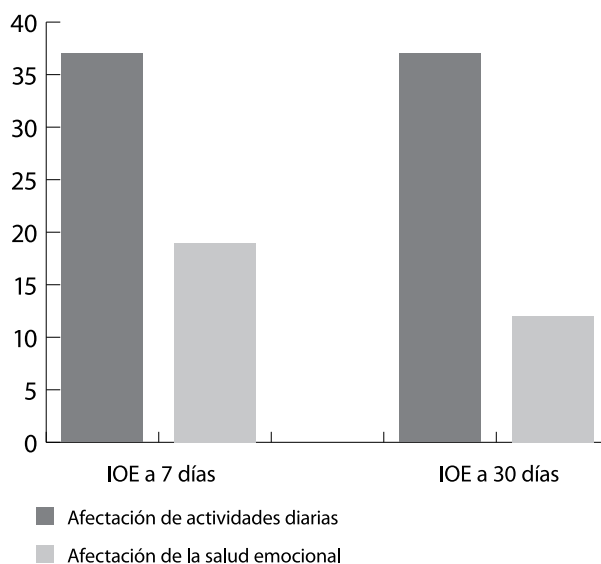
Como limitaciones de este trabajo, se destaca no contamos con datos como el antecedente de cateterización vesical intraparto, factor de riesgo para infección urinaria, que podría estar vinculado a la aparición de síntomas de urgencia miccional. Tampoco se realizó previo al alta urocultivo

para cotejarlo con los resultados. En cuanto a la técnica de reparación de la episiotomía, no contamos con este dato ya que habitualmente no es consignado en la descripción del parto.

Bibliografía

1. Patel DA, Xu X, Thomason AD, Ransom SB, Ivy JS, DeLancey JO. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(1):23–28
2. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25:723–746
3. MacLennan A, Taylor A, Wilson D, et al: The prevalence of pelvic

Gráfico 3.



- floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107:14.
- Viktrup L, Lose G: The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:52.
 - Fornell EU, Wingren G, Kjolhede P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:383–389
 - Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn* 2002;1:2–29
 - Hojberg KE, Salvig JD, Winslow NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106:842–850
 - Thorp JM Jr, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:266–273
 - Cardozo L, Cutner A. Lower urinary tract symptoms in pregnancy. *Br J Urol* 1997; 80(Suppl 1):14–23
 - Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002; 100:981–986
 - Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104(5):579–585
 - Baessler K, Schuessler B. Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations. *Urol* 2003; 62(Suppl 4A):39–44
 - Fitzpatrick M, O’Herlihy C. The effects of labour and delivery on the pelvic floor. *Best Pract & Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15(1):63–79
 - Ashton–Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci* 2007; 1101:266–296
 - DeLancey JO. The anatomy of the pelvic floor. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994; 6(4):313–316
 - Norton PA. Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36:926–938
 - Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obst Gynecol* 2000; 95(3):464–471
 - Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad A: Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1268
 - Burgio K, Zycznski H, Locher J, et al: Urinary incontinence in the 12 month postpartum period. *Obstet Gynecol* 2003; 102:1291
 - Liebling RE, Swingler R, Patel RR, et al: Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:4
 - Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348:900–907
 - Xin Yang, Hong Xia Zhan, Hai Yang Yu, Xue Lian Gao, Hui Xia Yang, Yue Dong. The prevalence of fecal incontinence and urinary incontinence in primiparous postpartum Chinese women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 214–217
 - Bertozi et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women’s wellness after the sixth month postpartum: a retrospective Study. *BMC Women’s Health* 2011; 11:12
 - M. A. T. Bortolini, H. P. Drutz, D. Lovatsis, M. Alarab. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *Int Urogynecol J* 2010; 21:1025–1030

Anexo

Cuestionario del impacto de la incontinencia: formulario IIQ-7

La pérdida involuntaria de orina afectó su...

1. ¿Capacidad para realizar quehaceres domésticos (cocinar, limpiar, lavar)?
2. ¿Recreación física como caminar, nadar u otros ejercicios?
3. ¿Actividades de entretenimiento (cine, conciertos, etc.)?
4. ¿Capacidad para viajar en automóvil o autobús más de 30 minutos desde su casa?
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?
7. ¿Se siente frustrado?

En absoluto 0/ Un poco 1/ Moderadamente 2/ Mucho 3

Inventario de molestias genitourinarias-6 (UDI-6)

1. En caso de presentar una micción frecuente, ¿En qué grado le molesta?
2. En caso de presentar pérdidas de orina relacionadas con una sensación de urgencia, ¿En qué grado le molestan?
3. En caso de presentar pérdidas de orina relacionadas con la actividad física, la tos o los estornudos, ¿En qué grado le molestan?
4. En caso de presentar pérdidas de orina de pequeña cantidad (gotas), ¿En qué grado le molestan?
5. En caso de presentar dificultad para vaciar la vejiga, ¿En qué grado le molesta?
6. En caso de presentar dolor o molestias en la región abdominal baja o genital, ¿En qué grado le molestan?

Las posibles respuestas son: (0) nada en absoluto; (1) un poco; (2) en forma moderada; (3) mucho

Aproximación a la disfunción sexual femenina en una población subsidiaria de la Policlínica de Tracto Genital Inferior del Centro Hospitalario Pereira Rossell

Lucía Abulafia¹, Sebastián Ben², Alejandro Mandiá³, Ma. Fernanda Nozar⁴, Ma. Luisa Banfi⁵, Laura Rubano⁶, Leonel Briozzo⁷

Resumen

La sexualidad es parte de la Salud integral y constituye un derecho humano fundamental. La incidencia de disfunción sexual femenina es alta y continúa siendo difícil su abordaje en la consulta cotidiana. El “Índice de Función Sexual Femenina” es un autotest útil para la detección de disfunción sexual femenina.

Objetivo: Aproximación a la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes que consultan en la policlínica de Tracto Genital Inferior (TGI) del Centro Hospi-

talario Pereira Rossell.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal con una muestra de conveniencia.

Materiales: Se aplicó el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina y un cuestionario clínico–epidemiológico.

Metodología: Participaron 105 mujeres en la sala de espera de policlínica de TGI. *Criterios de inclusión:* capacidad de lectoescritura y vida sexual activa. Deseo, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor fueron los aspectos evaluados. Un puntaje total de 26 o menos se considera disfunción sexual.

Resultados: 48,6% de las pacientes puntuaron 26 o menos. El dominio excitación fue el de menor puntaje promedio seguido de lubricación y orgasmo. Las mayores de 50 años y las multiparas presentaron riesgo significativo de disfunción.

Conclusiones: En la muestra analizada se detectó una alta prevalencia de disfunción sexual femenina. La edad mayor a 50 años y la multiparidad son factores predictores de riesgo de disfunción en la población es-

– Clínica Ginecotológica “A”, Facultad de Medicina, Universidad de la República Oriental del Uruguay
Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

1. Ex Residente, Clínica Ginecotológica A,

2. Ex Residente, Clínica Ginecotológica A

3. Prof. Adjunta, Clínica Ginecotológica C

4. Ex Residente, Clínica Ginecotológica C

5. Past President Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual

6. Presidenta Sociedad Tracto Genital Inferior

7. Profesor Director, Clínica Ginecotológica A

tudiada. Es necesario aplicar herramientas para su detección en la consulta cotidiana y desarrollar más investigaciones locales para determinar la prevalencia de estas alteraciones, con el fin de mejorar la salud integral de la mujer.

Palabras clave: disfunción sexual, fisiológica, orgasmo, enfermedad genital femenina, Índice de Función Sexual Femenina

Abstract

Sexuality is an integral part of women's health and it is a fundamental human right. The incidence of female sexual dysfunction is high and its approach it is still difficult on a daily consultation. The "Female Sexual Function Index" is a useful self-test for the detection of female sexual dysfunction.

Objective: To approach the prevalence of female sexual dysfunction in patients visiting the clinic of Lower Genital Tract (LGT) at Pereira Rossell Hospital Center.

Type of study: Descriptive cross-sectional sample of convenience.

Materials: The Female Sexual Function Index questionnaire and a clinical-epidemiological questionnaire were applied.

Methods: 105 women accepted to participate. Inclusion criteria: literacy and sexual active life. Desire, arousal, lubrication, satisfaction, orgasm and pain were evaluated. A total score of 26 or less is considered sexual dysfunction.

Results: 48.6% of patients scored 26 or less. Excitement was the lowest average score, followed by lubrication and orgasm. Those over 50 years and multiparous had significant risk of dysfunction.

Conclusions: In the analyzed sample there was a high prevalence of female sexual dysfunction. Age over 50 years and multiparity are risk predictors of dysfunction in this population. It is necessary to apply tools for its detection on the daily consultation. Further local research is needed to determine the prevalence of these alterations, in order to improve overall health of women.

Key words: Sexual Dysfunction, Physiological, Female Genital Disease, FSFI, Orgasm

Introducción

La sexualidad es un aspecto central de la salud de mujeres y hombres, que influye a nivel individual y colectivo. La salud sexual abarca el bienestar físico, psicológico, espiritual y sociocultural. Constituye un derecho humano fundamental, y no se limita a la anticoncepción y/o prevención de enfermedades de transmisión sexual. En las últimas décadas se ha avanzado en su estudio y reconocimiento, aunque sigue siendo difícil su abordaje en la consulta médica.^{1,2,3,4}

Se estima que es alta la prevalencia de la disfunción sexual femenina, aunque epidemiológicamente está mal registrada. Un 43% de las mujeres padecen por lo menos un tipo de dificultad en su sexualidad, cifra que varía entre un 21% y 98,5%.^{1,2,3} Un estudio multicéntrico realizado en América Latina (2009) que incluía mujeres de 40 a 59 años mostró una alta incidencia de disfunción sexual, en el cual las participantes de Montevideo presentaron disfunción en el 94,5% de los casos.⁵

La sexualidad humana es un fenómeno complejo, variable en el tiempo y entre grupos humanos e individuos. La Asociación de Psiquiatría Americana clasifica los trastornos de la respuesta sexual en cuatro grupos: deseo, excitación, orgasmo y dolor sexual.⁶ Más adelante en la "CONFERENCIA INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DEL CONSENSO SOBRE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS" se agregan dos aspectos de disfunción: lubricación y satisfacción.⁷ Basado en este consenso, Rosen *et al.* desarrollan un test denominado "Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF).¹ (Anexo). Fue validado en inglés y luego en español latinoamericano.^{1,8}

Es un formulario auto administrado, de sencilla aplicación, con propiedades psicométricas capaces de evaluar la sexualidad en mujeres de diferentes edades sin discriminar orientación sexual. El IFSF valora entre otros parámetros la satisfacción respecto a la vida sexual, lo cual destaca el valor del placer como parte fundamental de la salud sexual, siendo este parámetro quizás el más relegado en el estudio de la sexualidad humana, en pro de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.

Este formulario es adecuado como *screening* para la detección de disfunción sexual, como herramienta de investigación y para evaluación terapéutica.^{8,9}

El interés de este estudio no sólo radica en el conocimiento de la prevalencia de disfunción sexual en esta población específica, sino que pretende reflexionar respecto a los aspectos positivos de una vida sexual plena y placentera, el cual se ha demostrado aumenta la sobrevivencia femenina (RR 0,44), siendo la calidad, más que la cantidad el parámetro de mayor influencia en el sexo femenino¹⁰.

Los ginecólogos, parteras y médicos de familia tenemos un lugar de privilegio para tratar este tema, dado que muchas veces al ser referencia de la mujer, permite abordar este aspecto tan importante para su salud integral.

Objetivo general

Aproximación a la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes que consultan en la policlínica de Tracto Genital Inferior (TGI) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Objetivos específicos

- Identificar en la muestra analizada cuales de los seis dominios investigados de la sexualidad femenina son más afectados: deseo, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor
- Determinar la prevalencia de disfunción sexual según: edad, estado civil, paridad, cesáreas y nivel de instrucción en dicha muestra.

Materiales y métodos

Es un estudio observacional transversal descriptivo realizado entre noviembre y diciembre de 2011. Se incluyeron las pacientes que consultaron en policlínica de TGI del CHPR. La muestra es de conveniencia con pacientes que consecutivamente consultaron a policlínica, sin discriminar si consultaban por control de rutina o seguimiento por patología. No se trata de una muestra representativa.

La selección de esta población, se basó en otros parámetros diferentes al motivo de consulta, el cual no fue considerado como variable de

investigación. La selección se basó principalmente en el volumen de pacientes que concurren a dicha policlínica, amplitud de horarios, diversidad etaria de quienes concurren, pacientes con y sin patología en curso o pasada. Así mismo la disposición física de la sala de espera apropiada para el llenado de los formularios y el tiempo de espera adecuado para el llenado de los mismos. Más que considerar a la población como diferente, se consideró que podría ser bastante similar a la población general, es por ello que no se resaltaron características particulares para esta población.

Como criterios de inclusión se consideró la capacidad de lectoescritura y tener vida sexual activa.

El IFSF interroga respecto a los seis aspectos

Tabla 1.

Características de la población

	n	%
EDAD		
<20	7	6,7
20-29	25	23,8
30-39	29	27,6
40-49	19	18,1
>50	21	20
sin dato	4	3,8
ESTADO CIVIL		
Unión Estable	35	33,3
Soltera	28	26,7
Casada	27	25,7
Divorciada	11	10,5
Viuda	4	3,8
EDUCACIÓN		
Primaria Incompleta	11	10,5
Primaria Completa	17	16,2
Secundaria Incompleta	51	48,6
Secundaria Completa	11	10,5
Terciaria Incompleta	8	7,6
Terciaria Completa	4	3,8
Sin dato	3	2,9
HIJOS		
Nuligesta	19	18,1
1	29	27,6
2	34	32,4
3 o más	23	21,9

Tabla 2.

Scores IFSF según dominios

	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
Mujeres con disfunción (IFSF 26 o menos)	2,6	1,9	2,4	2,4	3,5	3
Mujeres sin disfunción (mayor a 26)	4	4,7	5,5	5,2	5,5	5,3

vinculados a la sexualidad y completa un total de 19 ítems. Es un formulario con preguntas cerradas que se responden con la metodología de múltiple opción, en la cual la entrevistada deberá elegir aquella respuesta que se ajuste más a su situación en las últimas cuatro semanas.

A cada respuesta le corresponde un puntaje de 0 a 5, a partir del cual se elabora un *score* para cada una de las áreas investigadas y un *score* total. Se multiplican por un coeficiente para obtener el puntaje final. Un valor de 26 o menos en el total se considera disfunción sexual.⁹ (Anexo).

El consentimiento informado fue obtenido en todas las participantes.

Se ingresaron los datos en planilla MS Excel (Microsoft Office®). Se analizó cuál fue el dominio con menor puntaje para cada una. Se realizó el análisis estadístico en las variables: edad, estado civil, cesáreas y nivel de instrucción.

Resultados

Participaron un total de 105 mujeres. La edad promedio de las participantes fue de 37 años con un rango de 16 a 68 años. Las características de la población se muestran en la Tabla 1. No se discriminaron los resultados según motivo de consulta a la policlínica de TGI. Ninguna paciente era histerectomizada o había recibido radioterapia.

El 48,6% de las pacientes presentó disfunción sexual, con un puntaje de 26 o menos. En este grupo el aspecto de la sexualidad más afectado fue excitación con un puntaje promedio de 1,9. Le siguen lubricación y orgasmo con 2,4. El menos afectado fue satisfacción con 3,5.

En las pacientes que no presentaban disfunción, el mínimo valor promedio fue en deseo con 4, y los máximos fueron lubricación y orgasmo con 5,5 puntos. (Tabla 2).

Considerando las edades de las pacientes, el grupo que presentó mayor porcentaje de dis-

Tabla 3.

Disfunción según variables epidemiológicas

EDAD (años)	n	%
<20	3	43
20-29	8	32
30-39	12	41
40-49	9	47
>50	15	71
sin dato	4	100
EDUCACIÓN	n	%
Primaria Incompleta	7	64
Primaria Completa	9	53
Secundaria Incompleta	21	41
Secundaria Completa	5	45
Terciaria Incompleta	4	50
Terciaria Completa	2	50
Sin dato	3	100
HIJOS	n	%
Nuligesta	10	53
1	9	31
2	17	50
3	6	75
4 o más	9	60
CESÁREAS	n	%
0	39	51
1	7	37
2	5	50
ESTADO CIVIL	n	%
Casamiento Civil	14	52
Divorciada	4	36
Soltera	14	50
Unión Estable	15	43
Viuda	4	100

función fue el de aquellas mujeres de 50 años o más, con un 71%, que presentó un riesgo signi-

ficativo de disfunción sexual, con un Odds Ratio (OR) 3,75 (Intervalo de confianza [IC] 95%; 1,32–10,69). (Tabla 3).

Las participantes con tres o más hijos en comparación con el resto de las participantes, presentaron un riesgo significativo de disfunción sexual, con un OR 2,92 (IC 95%; 1,09–7,86).

No se evidenciaron diferencias significativas entre las mujeres casadas y no casadas, OR 0,84 (IC 95%; 0,35–2,01). No hubo diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de disfunción sexual comparando los niveles máximos de instrucción ni la presencia de cesáreas anteriores. (OR 0,67–IC 95%; 0,28–1,59).

Discusión

El porcentaje de disfunción sexual femenina global detectado en la población estudiada fue del 48,6%. Estos datos son similares a lo reportado internacionalmente en estudios de prevalencia en la población general de otros países.^{5,8,11}

En Latinoamérica, un estudio multicéntrico que incluyó únicamente mujeres entre 40 y 59 años, reportó valores de disfunción sexual del 94,5% para las participantes de Montevideo.⁵ La variable edad podría explicar la discordancia con los resultados de nuestro estudio.

En una investigación nacional realizada en 1996 se detecta la disminución o falta de deseo sexual como primera causa de disfunción.¹² En dicho estudio le siguen como otras disfunciones: dificultad para lograr el orgasmo, excitación y en último lugar el dolor.

Se ha demostrado que la prevalencia de la disfunción sexual aumenta con la edad.^{11,13,14} En un estudio realizado en Chile, las pacientes mayores de 44 años cuadruplicaban el riesgo de disfunción sexual⁸, nuestro estudio muestra resultados similares con una diferencia significativa entre las participantes mayores y menores de 50 años.

Las alteraciones del sueño, de la autoimagen, del humor así como las alteraciones hormonales características de las mujeres cursando la perimenopausia y climaterio, podrían explicar, aunque sea en parte estos resultados, repercutiendo sobre la salud sexual de las mismas. Por otra parte, un estudio nacional refiere que la falta de deseo sexual predomina en generaciones intermedias, entre los 25 a 49 años.¹²

Luego de revisar la literatura internacional, no

se ha encontrado puntos de corte específicos para determinar disfunción según los diferentes dominios valorados, por lo que se hará referencia en términos relativos. El dominio más afectado en la población estudiada fue la Excitación el promedio más bajo, de 1,9 puntos, a diferencia de otros estudios internacionales en los que el deseo ha sido el parámetro más afectado como disfunción.^{8,12,15} Lubricación y Orgasmo fueron los dominios con menor puntaje luego de Excitación, con un promedio de 2,4 puntos. A pesar de presentar disfunción sexual muchas mujeres refieren estar satisfechas con su vida sexual.¹⁴ Nuestro estudio refleja esta situación al ser el dominio Satisfacción el de mayor puntaje promedio (3,5 puntos) dentro del grupo de mujeres con disfunción.

Es fundamental valorar el parámetro de satisfacción en el momento de abordar el análisis de la salud sexual. El logro de la misma es multifactorial y variable entre los individuos.

Si bien puede concebirse como la última etapa de la respuesta sexual, es necesaria para la predisposición positiva para futuros encuentros satisfactorios. La satisfacción y el orgasmo son diferentes, y es por eso que se los valora como dominios independientes, quedando a la vista su diferencia en los resultados obtenidos. En el modelo de respuesta sexual propuesto por Basson, marca como necesaria para una respuesta placentera, la predisposición de la mujer a la seducción, fase que se activa cuando experiencias previas se vinculan a placer y satisfacción. Este modelo circular de seducción, deseo, excitación, orgasmo, reflexión y satisfacción, se reinicia con deseo nuevamente.^{7,16}

Según la paridad, se observó que las participantes multíparas (3 o más hijos) presentaron una diferencia significativa para disfunción sexual. Este puede asociarse al estrés vinculado al cuidado de los hijos así como a complicaciones propias del nacimiento.

En este estudio no se encontraron diferencias significativas según el estado civil de la participante. Los resultados internacionales son variados, algunos estudios consideran al casamiento como un factor predisponente para disfunción sexual, si bien la fidelidad de la pareja y la pareja estable se asociaron estadísticamente a menor disfunción sexual aumentando en un 50% la probabilidad de disfunción en aquellas mujeres sin pareja.^{5,8,17}

Tampoco hubo diferencias significativas según el nivel máximo de instrucción de las participantes. Este punto es controversial en la literatura internacional. Algunos autores plantean que a mayor nivel académico existe mayor riesgo de disfunción sexual, vinculado a los altos niveles de exigencia y dedicación al desarrollo profesional, mientras otros autores muestran resultados opuestos.^{5,8,16} Este punto es muy interesante dado que refleja la intersección de múltiples variables para lograr una vida sexual saludable.

La asociación reportada entre parto vaginal o cesárea con la disfunción sexual es inconsistente,¹⁸ no se mostraron diferencias significativas en nuestro estudio. Con esta investigación se reportan resultados iniciales de la prevalencia de disfunción sexual femenina en una población del Centro Hospitalario Pereira Rossell, siendo uno de los primeros estudios realizados en Uruguay al respecto de un tema subdiagnosticado y subtratado que afecta a un alto porcentaje de las mujeres.

Es necesario el desarrollo de futuras investigaciones para la detección de prevalencia de disfunción sexual en otras poblaciones, análisis multivariado para determinar predictores de riesgo así como estudios con intervención terapéutica en los casos de disfunción.

Conclusiones

Se detectó una alta prevalencia de disfunción sexual femenina en la población estudiada.

Esta alta prevalencia sumado a la baja pesquisa que se desarrolla en la práctica clínica hace necesario recomendar la incorporación de cuestionarios para evaluar la función sexual femenina. Estas herramientas deberían ser aplicadas tanto en las policlínicas de patología cervical como en policlínicas de primer nivel por parte del ginecólogo, médico de familia o médico general, para su tratamiento o derivación oportuna.

La edad mayor a 50 años y la multiparidad son factores predictores de riesgo de disfunción en la población estudiada.

Nuevos estudios se deberán desarrollar para determinar prevalencia de estas alteraciones con análisis multivariable para discriminar asociaciones estadísticas y probables factores de riesgo vinculados con el fin de mejorar el análisis diagnóstico y el manejo de la salud integral de la mujer.

Bibliografía

- 1 Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr–Jun;26(2):191–208.
- 2 Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in “normal” couples. *N Engl J Med.* 1978 Jul 20;299(3):111–5.
- 3 Rabe–Jabłońska J. Affective disorders in the fourth edition of the classification of mental disorders prepared by the American Psychiatric Association – diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Psychiatr Pol.* 1993 May–Jun;27(3):269–79.
- 4 Moreira ED, Glasser DB, King R, Duarte FG, Gingell C; GSSAB Investigators' Group. Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Sex Health.* 2008 Sep;5(3):227–34.
- 5 Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Espinoza MT, Flores D, Izaguirre H, Leon–Leon P, Lima S, Mezones–Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Vallejo S, Tserotas K; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009 Nov–Dec;16(6):1139–48.
- 6 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
- 7 Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J y cols. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888–93.
- 8 Blümel JE Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2004;69 (2):118–125
- 9 Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005 Jan–Feb;31(1):1–20.
- 10 Palmore EB. The Duke Longitudinal Study of Ageing. *The Gerontologist* 1982;22:6:513
- 11 Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, Kobayashi K, Hashimoto Y, Yamashita N, Itoh N. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology.* 2005 Jan;65(1):143–8
- 12 Spinelli I, Calero M. La sexualidad en el Uruguay de hoy. Informe sobre opiniones, actitudes y comportamientos sexuales. Uruguay. Colección Búsqueda, Editorial Fin de Siglo, 1996. p 171–187.
- 13 Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther.* 1993 Fall;19(3):171–88.
- 14 Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in

- people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ*. 2003 Aug 23;327(7412):423.
- 15 Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med*. 2006 Jul;3(4):589–95. Review
- 16 Basson R Summary of recommendations on sexual dysfunctions in women. Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada. 2004 jul, 1(1):24–34.
- 17 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537–44. Erratum in: *JAMA* 1999 Apr ;281(13):1174.
- 18 Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon–Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health*. 2004 Sep–Oct;49(5):430–6. Review.

ANEXO 1. Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI)

1- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

2- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

3- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

4- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5- En las últimas 4 semanas, ¿que confianza étiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o sin confianza

6- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

7- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

8- En las últimas 4 semanas, ¿cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

9- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10- En las últimas 4 semanas, ¿cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o relación sexual, ¿con qué frecuencia logra el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o relación sexual, ¿cuán difícil fue lograr el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

13- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o relación sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

18- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19- En las últimas 4 semanas, ¿con qué porcentaje usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO)

Órgano de la SGU y de la SOGIU.

OBJETIVOS DE LA REVISTA.

AGO se ocupa especialmente a la difusión de los trabajos científicos de la especialidad producidos en el Uruguay. Dar cabida a textos de revisión temática y publicar trabajos de investigación emanados en otros países. Todos los artículos son sometidos a arbitraje, realizado por autoridades competentes en los temas en cuestión, de acuerdo con las normas que se publican más abajo.

ÁREAS DE INTERÉS.

Todos los temas vinculados a la obstetricia, la perinatología, la esterilidad, la ginecología, la oncología ginecológica, la endocrinología ginecológica y las áreas de investigación vinculadas a las diversas disciplinas que configuran las Sociedades Anexas a la Sociedad Ginecotocológica: Sociedad de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, Sociedad de Endocrinología Ginecológica y Menopausia, Sociedad de Patología Cervical Uterina, Citología y Colposcopia, Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana, Sociedad de Ecografía del Uruguay. Está abierta además a los trabajos de investigación de cualquier área vinculada a la Salud de la Mujer.

HISTORIA DE LA REVISTA.

PERIODICIDAD.

AGO se publica cuatrimestralmente, y se envía gratuitamente a los socios de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay y a las publicaciones que aceptan intercambio. Se administra por la Comisión Directiva de la SGU y está dirigida por el Editor, apoyado por un Comité Editorial y un Cuerpo de Árbitros.

CONSEJO EDITORIAL

Dr. José Enrique Pons
Dr. Gustavo Ferreiro
Dr. Francisco Coppola

ÍNDICE DE LA BIBLIOTECA NACIONAL.

SIN 0797- 0803

COPYRIGHT.

Los artículos publicados en la revista están protegidos por los derechos de autor y pueden ser reproducidos total o parcialmente, siempre que se obtenga el permiso escrito de la dirección de la revista.

ARCHIVES OF GYNECOLOGY and OBSTETRICS. (Arch Gyn Obst) (AGO).

Official Journal of the SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY.

OBJECTIVES. AGO publishes specially the scientific works of obstetric and gynecologic investigations in Uruguay. It also publishes texts of thematic revision and publishes works of investigation from other countries. All the articles are put under arbitration, made by competent authorities in the subjects at issue, in agreement with the norms that are published below.

INTEREST AREAS. All the subjects of obstetrics, perinatology, sterility, gynecology, the gynecological oncology, gynecological endocrinology and fields of investigation specially addressed by SGU's Affiliate Societies: Society of Gynecology of the Childhood and the Adolescence, Society of Gynecological Endocrinology and Menopause, Society of Uterine Cervical Pathology, Citology and Colposcopy, Uruguayan Society of Human Reproduction, Society of Ultrasonography of Uruguay. The Journal also accepts papers dealing with investigation in any subject related to Women's Health.

HISTORY OF THE MAGAZINE.

REGULARITY. AGO is published every four months, and it is freely among members of the Sociedad Ginecotocológica del Uruguay. AGO accepts free exchange with similar publications from peer Societies. AGO is managed by the Board of Directors of the SGU and directed by the Editor, supported by an Editorial committee and a Board of Peer-reviewers.

EDITORIAL COMMITTEE: Dr. José Enrique Pons, Dr. Justo Alonso Tellechea, Dr. Mario Olazábal Calvete, Dr. Leonel Briozzo and

Dr. Ricardo Topolanski.

Index of the National Library.

ISSN 0797- 0803.

COPYRIGHT. The articles published in the magazine are protected by copyrights and can be partially or totally reproduced, whenever the written permission of the direction of the magazine is obtained.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los artículos entregados para su publicación en **Archivos de Ginecología y Obstetricia** deberán adecuarse a las siguientes normas. Recuerde respetar y atenerse a las mismas para evitar retrasos en la edición de sus trabajos.

Los trabajos serán inéditos y originales. Una vez entregados no podrán ser presentados en otra publicación, salvo que hayan sido rechazados por el Consejo Editorial. Tampoco se aceptarán trabajos con modificaciones parciales que no cambien sustancialmente el contenido del mismo, ya presentados o publicados en otra revista.

El manuscrito, redactado en español, se presentará escrito en computadora PC compatible, usando MS Word®, en papel de formato estándar A4, de un solo lado, a doble interlineado, con un margen lateral de 4 cm, un original y una copia impresas además de un disquete o CD conteniendo toda la información.

Las tablas y las figuras se presentarán en archivos separados del texto, en procesadores adecuados a su fin, en el disquete o en el CD, debidamente identificados y ordenados. Las tablas se pueden presentar en archivos de extensión original .xls o .doc, sin tramas ni texturas de fondo, en blanco y negro. Los archivos de las figuras —siempre aparte de los archivos de textos y tablas; nunca insertadas entre los textos o copiadas de publicaciones electrónicas alojadas en la web—, se deben presentar en extensiones .tif, en blanco y negro o escala de grises, a una resolución de salida de 300 dpi.

El manuscrito debe ir acompañado con una carta de presentación y la firma y autorización de todos los autores, apro-

bando los resultados del trabajo, declarando la no presentación simultánea o la publicación previa del trabajo en otros libros o revistas nacionales o internacionales.

Los artículos serán vistos por el Consejo Editorial quienes valorarán la forma y el contenido y someterán los artículos al arbitraje por pares, de lo que pueden surgir las siguientes posibilidades: 1) aceptados sin modificaciones; 2) publicados previas modificaciones aceptadas por los autores y 3) no aceptados. Los motivos de la no aceptación y de las correcciones propuestas serán notificadas a los autores.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO.

Los trabajos deben presentarse de acuerdo a las siguientes normas:

Las páginas deben numerarse consecutivamente arriba y a la derecha. Tablas y figuras: debe señalarse en el texto el lugar donde referirse a la tabla o a la figura. (No incluir ni tablas ni figuras en el texto). Cada tabla o ilustración debe imprimirse en papel por separado con el título y la leyenda correspondiente y debe guardarse en el disquete o en el CD en un archivo separado.

Página del título. Debe incluir:

- Título del artículo redactado en forma concisa pero informativa, con subtítulos si corresponde.
- Nombre completo de cada autor, con la mención del grado académico más alto.
- Cargos docentes o científicos que ocupa (n), nombre del departamento, institución o dependencia de actúa (n).
- Nombre del departamento o institución responsable.
- Nombre, dirección, teléfono, fax o e-mail del autor responsable de la correspondencia acerca del manuscrito.
- La fuente o apoyo en forma de subvenciones, equipos, fármacos o todos ellos

Resúmenes y palabras clave:

La segunda página del manuscrito debe contener un resumen **en español, portugués e inglés**, de no más de 250 palabras ordenado de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones, donde se establezcan los objetivos del estudio o investigación, los procedimientos básicos, los principales descubrimientos y las conclusiones finales. Deben enfatizarse los aspectos nuevos e importantes del estudio y las observaciones.

Se debe **usar la forma impersonal**, omitiendo juicios críticos o comentarios

sobre el valor del artículo y se evitarán las citas de autores y las referencias a tablas, cuadros e ilustraciones. Palabras clave: se utilizará un máximo de 10, que se colocarán a continuación de los resúmenes. Deberán describir el contenido del artículo y facilitar su inclusión en índices, dentro de lo posible de acuerdo a los descriptores *MeSH*.

Texto.

Comenzará en la página 3. En general, aunque no necesariamente, constará de las siguientes secciones: Introducción – Revisión de la literatura – Material y Métodos – Resultados – Discusión – Conclusiones. En artículos muy extensos podrán ser necesarios más subtítulos.

Introducción.

Se exponen con claridad la naturaleza, los fundamentos y los objetivos del estudio, dando una idea de su alcance e importancia, así como de las limitaciones. Los objetivos deben figurar al final de la introducción.

Revisión de la literatura.

Debe basarse en una revisión lo más exhaustiva posible, que permita actualizar los conocimientos en los asuntos que tengan relación directa y específica con el trabajo en cuestión. Es conveniente evitar el exceso de citas, sometiéndolas previamente a una selección que asegure coherencia y unidad temática.

Material y método.

Se describen los procedimientos utilizados, de forma que el lector pueda juzgar sobre la propiedad de los métodos y el grado de precisión de las observaciones. Se identifican los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) y procedimientos en forma detallada, de manera de permitir la reproducción de los resultados. Se darán referencias sobre métodos establecidos, incluyendo además, en este caso, una breve descripción. Se describirán los métodos nuevos o modificados sustancialmente, explicando las razones de su uso y evaluando sus limitaciones. Los procesos químicos y fármacos utilizados se mencionan por principio activo, incluyendo dosis y forma de administración. No deben mencionarse nombres de pacientes, iniciales o número de ingreso a los hospitales.

Normas éticas.

Cuando se presenten experimentos sobre seres humanos, se indicará si los procedimientos que se siguieron estaban de acuerdo con las normas éticas del comité responsable (institucional o regional) o con la declaración de Helsinki en la versión revisada de 1996,

Estadística.

Describir los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector preparado, el acceso a los datos

originales que verifique los resultados que se presentan. Cuantificar los hallazgos, siempre que sea posible y presentarlos con los indicadores apropiados de medición de error o de incertidumbre (como los intervalos de confianza). Se debe evitar el fiarse exclusivamente de comprobaciones de hipótesis estadísticas, como el uso de valores de p, que no permiten transmitir una información cuantitativa importante. Se debe discutir la elegibilidad de los sujetos de experimentación. Se deben dar detalles sobre la aleatorización. Se han de describir los métodos, y el éxito de cualquier tipo de técnica para observar a ciegos. Informar sobre complicaciones del tratamiento. Precisar el número de observaciones. Mencionar los casos perdidos de la observación (como los abandonos en un ensayo clínico). Las referencias para el diseño del estudio y los métodos estadísticos se deberán remitir, cuando sea posible, a trabajos estándar (con páginas consignadas), en lugar de remitir a los trabajos donde los diseños o métodos fueron originalmente publicados. Especificar cualquier programa de computadora de uso general utilizado.

Resultados.

Es el informe riguroso de la observación experimental. Debe presentarse en forma clara, concisa y lógica, utilizando cuadros, estadísticas gráficas y otras ilustraciones que permitan una mejor interpretación de los hechos que se quieren demostrar. Deben ajustarse a los objetivos planteados en la introducción.

Discusión.

Se abre juicio sobre los resultados obtenidos, se explica, discute y puntualiza su idoneidad y sus limitaciones, comparándolos con los de otros autores. Se debe mostrar cómo los datos obtenidos en los resultados pueden llevar al planteo inicial.

Conclusiones.

Se destacan los descubrimientos o aportes importantes del trabajo los que deben estar íntegramente respaldados por los resultados y ser una respuesta los objetivos de la investigación.

Agradecimientos.

Se dirigen solamente a aquellas personas que han contribuido sustancialmente al estudio.

Bibliografía.

Las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente, en el orden en que aparecen mencionadas en el texto. Las referencias que sólo se citan en tablas o figuras, deben numerarse según la aparición de las mismas en el texto. Se redactarán de acuerdo con la forma adoptada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU., empleada en el Index Medicus. Los títulos de las revistas se abrevia-

rán, de acuerdo con el estilo adoptado por el Index Medicus, para lo que deben consultarse las publicadas anualmente, en el número de enero. Para las revistas latinoamericanas, se utilizarán las abreviaturas del Index Medicus Latinoamericano. Debe evitarse el uso de observaciones no publicadas. El autor debe verificar las referencias en las publicaciones originales.

Artículos de publicaciones periódicas.

Autor o autores del artículo. Título del mismo. Título abreviado de la revista, año de publicación; volumen: páginas. Se mencionarán hasta seis autores. Cuando el artículo tenga siete o más, se mencionarán los seis primeros, seguidos de la expresión latina *et al.*

Libros y otras monografías.

Los datos bibliográficos se ordenan, en general, de la siguiente forma: Autor. Título. Subtítulo. Edición. Lugar de publicación (ciudad): editorial. Año; páginas o volumen.

Autor personal.

Se menciona el apellido del autor y la inicial del nombre, todo en mayúsculas. EN caso de varios autores, se mencionan todos separados por una coma. La inicial del nombre no lleva punto.

Autor corporativo.

Es la entidad responsable del trabajo. Se la menciona en su idioma original, en forma desarrollada.

Título y subtítulo.

Se anotan tal como aparecen en la publicación.

Edición.

Se indica en números arábigos, seguida de la abreviatura ed. Ejemplos: 5^a ed. 6th ed. 5^{ème} ed. Si es primera edición, no debe anotarse.

Pie de imprenta.

Lugar de publicación (ciudad): editor (se menciona el principal, eliminando palabras como Compañía, Limitada, e Hijos, etc.) y año de publicación. Ejemplo: México: Interamericana, 1976.

Páginas.

Se menciona con números arábigos y puede comprender: número total de páginas: 729 p., Páginas consultadas: 724–729 (724–9). Volumen: v.5.

Parte o capítulo de un libro.

La ordenación de los datos bibliográficos es la siguiente: Autor. Título. Edición. (Si es la primera edición, no debe anotarse). Lugar de publicación: editor, fecha: páginas. La entrada principal se hace por el autor del capítulo, seguido del título y a continuación la referencia completa del libro, precedida de la expresión latina *in*.

Congresos, Conferencias, Reuniones.

Se entran por el título del congreso, seguido del número, lugar de realización y fecha.

Tablas.

Deben hacerse en hoja aparte, respetando el doble espacio, numeradas consecutivamente con números arábigos y con un título breve. Cada columna debe llevar un encabezamiento corto o abreviado. Las notas explicativas irán al pie de la página, lo mismo que la explicación de las abreviaturas no conocidas utilizadas en cada tabla. Las tablas se citarán en el texto en orden consecutivo. Si se emplean datos de otras fuentes, debe ser mencionado el agradecimiento y el permiso.

Fotografías.

Serán bien nítidas, impresas en blanco y negro o escalas de grises, adjuntando un archivo correspondiente en disquete o CD, con una resolución de salida de 300 dpi, en un tamaño no mayor al de una foto de 14 x 21 cm, en extensión .tif / .jpeg. Las letras, números o símbolos serán los suficientemente grandes (cuerpo 10) para que sean legibles después de la reducción. Los títulos y las explicaciones detalladas irán aparte, en las leyendas para ilustraciones. Todas las ilustraciones deberán ir numeradas y referidas en el texto. Cuando se trate de microfotografías, se señalará la técnica utilizada, así como la escala. Los símbolos u letras deben contrastar con el fondo. En caso de enviar ilustraciones o fotografías en color, los gastos de publicación irán por cuenta del autor, salvo que la revista considere imprescindible la inclusión de las mismas en color.

Leyendas de las ilustraciones.

Las leyendas deben escribirse a doble espacio, cada una en página separada, con el número correspondiente a la ilustración. Cuando se utilicen símbolos, números o letras para identificar parte de la ilustración, debe explicarse claramente en la leyenda.

Unidades de medida.

Las medidas de longitud, peso y volumen se deben informar en unidades métricas (metro, kilogramo, litro) o sus múltiplos decimales. Las temperaturas se deben consignar en grados centígrados. La presión arterial se debe dar en milímetros de mercurio. En las mediciones hematológicas y bioquímicas se ha de emplear el sistema métrico según el sistema internacional de unidades (SI). Los editores pueden solicitar que las unidades alternativas o que no sean del SI sean añadidas por autor antes de la publicación.

Abreviaturas y siglas.

Utilizar sólo la abreviatura estándar. Evitar las abreviaturas en el título y en el resumen. El término completo que está representado por una abreviatura o sigla debe

preceder a su primer uso en el texto, a menos que sea una unidad estándar de medida.

ARQUIVOS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.

Órgão da **SOCIEDADE GINECO-TOCologica DO URUGUAI.**

OBJETIVOS DA REVISTA.

AGO ocupa-se especialmente da difusão dos trabalhos científicos da especialidade produzidos no Uruguai. Fornecer espaços a textos de revisão temática e publicar trabalhos de investigação emanados em outros países. Todos os artigos são submetidos a arbitragem, realizados por autoridades competentes nos temas em questão, de acordo com as normas que publicam-se mais adiante.

ÁREAS DE INTERESSE.

Todos os temas vinculados a obstetria, a perinatologia, a esterilidade, a ginecologia e as áreas de investigação vinculadas as diversas disciplinas que configuram as Sociedades Anexas a Sociedade Ginecotocológica: Sociedade de Ginecologia da Infância e da Adolescência, Sociedade de Endocrinologia Ginecológica e Menopausa, Sociedade de Patologia Cervical Uterina, Citologia e Colposcopia, Sociedade Uruguia de Reprodução Humana, Sociedade de Ultrasonografia do Uruguai. Está também aberta aos trabalhos de investigação de qualquer área vinculada à Saúde da Mulher.

HISTÓRIA DA REVISTA.

PERIODICIDADE.

AGO publica-se trimestralmente, e envia-se gratuitamente aos sócios da Sociedade Gineco-tocológica do Uruguai e as publicações que aceitam intercâmbio. Administra-se pela Comissão Diretiva da SGU e está dirigida pelo Editor, apoiado por um Comitê Editorial e um Corpo de Árbitros.

COMITÊ EDITORIAL

Dr. José Enrique Pons
Dr. Justo Alonso Tellechea
Dr. Mario Olazábal Calvete
Dr. Leonel Briozzo
Dr. Ricardo Topolanski

ÍNDICE DA BIBLIOTECA NACIONAL.

SIN 0797-0803

COPYRIGHT.

Os artigos publicados nesta revista estão protegidos pelos direitos do autor e podem ser reproduzidos total ou parcialmente, sempre que obtenga-se o permissão escrito da direção da revista.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Os artigos entregados para sua publicação em Arquivos de Ginecologia e Obstetria deverão ser adequados as seguintes normas. Lembrar respeitar e ater-se as mesmas para evitar atrasos na Edição de seus trabalhos.

Os trabalhos serão inéditos e originais. Uma vez entregos não poderão ser apresentados em outra publicação, salvo que tenham sido rejeitados

pelo Conselho Editorial. Não se aceitarão trabalhos com modificações parciais que não mudem substancialmente o conteúdo do mesmo, já apresentados ou publicados em outra revista. O manuscrito, redactado em espanhol, se apresentará escrito em computador PC compatível, usando MS Word®, em papel de formato padrão A4, de um lado só, a duplo interlinhado, com margem lateral de 4 cm, um original e uma cópia impressas além de um disquete ou CD contendo toda a informação.

As tabelas e as figuras se apresentarão em arquivos separados do texto, em processadores adequados ao seu fim, no disquete ou no CD, devidamente identificados e ordenados. As tabelas podem-se apresentar em arquivos de extensão original .xls ou .doc, sem desenhos ou texturas de fundo, em branco e preto. Os arquivos das figuras —sempre fora dos arquivos de textos e tabelas; nunca inseridas nos textos ou copiadas de publicações eletrônicas situadas na web—, devem-se apresentar em extensões .tif, em branco e preto ou escala de cinza, a uma resolução de 300 dpi.

O manuscrito deve ir acompanhado com uma carta de apresentação e a assinatura e autorização de todos os autores, aprovando os resultados do trabalho, declarando a não apresentação simultânea ou a publicação prévia do trabalho em outros livros ou revistas nacionais ou internacionais.

Os artigos serão vistos pelo Conselho Editorial quem valorarão a forma e o conteúdo e someterão os artigos a arbitragem por duplas, do que podem surgir as seguintes possibilidades: 1) acietados sem modificações; 2) publicados prévias modificações aceitadas pelos autores e 3) não aceitados. Os motivos da não aceitação e das correções propostas serão notificadas aos autores.

PRESENTAÇÃO DO TRABALHO.

Os trabalhos devem-se apresentar de acordo às seguintes normas:

As páginas devem-se numerar consecutivamente encima e a direita. Tabelas e figuras: devem-se sinalhar no texto o lugar onde referir-se a tabela ou a figura. (Não incluir nem tabelas nem figuras no texto). Cada tabela ou ilustração deve-se imprimir em papel por separado com o título e a legenda correspondente e deve-se guardar no disquete ou no CD em um arquivo separado.

Página do título. Deve incluir:

- Título do artigo redatado em forma concisa mas informativa, com subtítulos se corresponde.
- Nome completo de cada autor, com a menção do grau académico mais alto.
- Cargos docentes ou científicos que ocupa (n), nome do departamento, instituição ou dependência que actúa (n).
- Nome do departamento ou instituição responsável.
- Nome, direção, telefone, fax, ou e-mail

do autor responsável da correspondência vinculada ao manuscrito.

- A fonte ou apoio em forma de subvenções, equipos, fármacos ou todos eles.

Resúmos e palavras chaves:

A segunda página do manuscrito deve conter um resumo **em espanhol, português e inglês**, de no mais de 250 palavras ordenado da seguinte maneira: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Conclusões, onde se estabeleçam os objetivos do estudo ou investigação, os procedimentos básicos, os principais descobrimentos e as conclusões finais. Devem-se enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as observações.

Deve-se **usar a forma impessoal**, omitindo juízos críticos ou comentários sob o valor do artigo e evitarão-se as citas de autores e as referências a tabelas, quadros e ilustrações. Palavras chaves: se utilizará um máximo de 10, que se colocarão a continuação dos resúmens. Deverão descrever o conteúdo do artigo e facilitar sua inclusão em índices, dentro do possível de acordo aos descritores **MeSH**.

Texto.

Começará na página 3. Em geral, mas não necessariamente, constará das seguintes sessões: Introdução – Revisão da literatura – Material e Métodos – Resultados – Discussão – Conclusões. Em artigos muito extensos poderão ser necessitados mais subtítulos.

Introdução.

Expõe-se com clareza a natureza, os fundamentos e os objetivos do estudo, dando uma ideia de seu alcance e importância, assim como das limitações. Os objetivos devem figurar ao fim da introdução.

Revisão da literatura.

Deve-se basear em uma revisão do mais exhaustiva possível, que permita atualizar os conhecimentos nos assuntos que tenham relação direta e específica com o trabalho em questão. É conveniente evitar o excesso de citas, somentendo-as previamente a uma seleção que garanta coerência e unidade temática.

Material e método.

Descrivem-se os procedimentos utilizados, de forma que o leitor possa julgar sob a propriedade dos métodos e o grau de precisão das observações. Identificam-se os métodos, aparelhos (nome e endereço do fabricante entre parênteses) e procedimentos em forma detalhada, permitindo a reprodução dos resultados. Darão-se referências sob métodos estabelecidos, incluindo ainda, neste caso, uma breve descrição. Descreverão-se os métodos novos ou modificados substancialmente, explicando as razões do seu uso e avaliando suas limitações. Os processos químicos e fármacos utilizados mencionam-se por princípio ativo, incluindo dosis e forma de administração. Não devem-se mencionar nomes de pacientes, iniciais ou número de ingresso aos hospitais.

Normas éticas.

Quando se presentem experimentos sob seres humanos, se indicarão se os procedimentos

que seguiram estavam de acordo com as normas éticas do comitê responsável (institucional ou regional) ou com a declaração de Helsinki na versão revisada de 1996.

Estadística.

Descrivem os métodos estadísticos com suficiente detalhe como para permitir ao leitor preparado, o acesso aos dados originais que verifique os resultados que apresentam. Quantificar as descobertas, sempre que seja possível e presentá-las com os indicadores apropriados de medição de erro ou de dúvidas (como os intervalos de confiança). Deve-se evitar o confiar exclusivamente de comprovações de hipóteses estadísticas, como o uso de valores de p, que não permitem transmitir uma informação quantitativa importante. Deve-se discutir a elegeribilidade dos sujeitos de experimentação. Devem-se dar detalhes sob a aleatorização. Descrever-se-ão os métodos, e o êxito de qualquer tipo de técnica para ver a cegas. Informar sob complicações de tratamento. Definir o número de observações. Citar os casos perdidos da observação (como os abandonos em um ensaio clínico). As referências para o desenho do estudo e os métodos estadísticos deverão-se remitir, quando seja possível, a trabalhos padrão (com páginas consignadas), em lugar de remitir aos trabalhos onde os desenhos ou métodos foram originalmente publicados. Especificar qualquer programa de computador de uso geral utilizado.

Resultados.

É o informe riguroso da observação experimental. Deve-se apresentar em forma clara, concisa e lógica, utilizando quadros, estadísticas gráficas e outras ilustrações que permitam uma melhor interpretação dos fatos que queram-se demonstrar. Devem-se ajustar aos objetivos planejados na introdução.

Discussão.

Abre-se juízo sob os resultados obtidos, explica-se, discute e pontualiza sua idoneidade e suas limitações, comparando-os com os de outros autores. Deve-se mostrar cómo os dados obtidos nos resultados podem levar ao planeio inicial.

Conclusões.

Destacam-se os descobrimentos ou aportes importantes do trabalho os que devem estar íntegramente respaldados pelos resultados e ser uma resposta os objetivos da investigação.

Agradecimentos.

Dirigem-se somente a aquelas pessoas que tenham contribuído substancialmente ao estudo.

Bibliografia.

As referências bibliográficas numeram-se consecutivamente, em ordem em que aparecem mencionadas no texto. As referências que só citam-se em tabelas ou figuras devem-se numerar segundo a aparição das mesmas no texto. Redactarão-se de acordo com a forma adotada pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EE.UU., empregado no Index Medicus. Os títu-

los das revistas abreviar-se-ão, de acordo com o estilo adotado pelo Index Medicus, para o que devem-se consultar as publicadas anualmente, no número de janeiro. Para as revistas latino-americanas, utilizarão as abreviaturas do Index Medicus Latinoamericano. Deve-se evitar o uso de observações não publicadas. O autor deve verificar as referências nas publicações originais.

Artigos de publicações periódicas. Autor ou autores do artigo. Título do mesmo. Título abreviado da revista, ano de publicação; volume: páginas. Mencionar-se-ão até seis autores. Quanto o artigo tenha sete ou mais, mencionar-se-ão os seis primeiros, seguidos da expressão latina *et al.*

Livros e outras monografias. Os dados bibliográficos ordenam-se, em geral, da seguinte maneira: Autor. Título. Subtítulo. Edição. Lugar de publicação (cidade): editorial. Ano; páginas ou volume.

Autor pessoal. Mencionar-se o sobrenome do autor e a inicial do nome, tudo em maiúsculas. No caso de varios autores, mencionam-se todos separados por uma vírgula. A inicial do nome não leva ponto.

Autor corporativo. É a entidade responsável do trabalho. Mencionar-se em seu idioma original, em forma desenrolada.

Título e subtítulo. Anotam-se tal como aparecem na publicação.

Edição. Indica-se em números arábicos, seguida da abreviatura ed. Exemplos: 5^a ed. 6th ed. 5^{eme} ed. Se é a primeira edição, não deve anotar-se.

Pé de imprensa. Lugar de publicação (cidade): editor (mencionar-se o principal, eliminando as palavras como Companhia, Limitada, e Fi-

lhos, etc.) e ano de publicação. Exemplo: México: Interamericana, 1976.

Páginas. Mencionar-se com números arábicos e podem compreender: número total de páginas: 729 p., Páginas consultadas: 724-729 (724-9). Volume: v.5.

Parte ou capítulo de um livro.

A ordenação dos dados bibliográficos é a seguinte: Autor. Título. Edição. (Se é a primeira edição, não deve-se anotar). Lugar de publicação: editor, data: páginas. A entrada principal se faz pelo autor do capítulo, seguido do título e a continuação da referência completa do livro, precedida da expressão latina *in*.

Congressos, Conferências, Reuniões.

Entram-se pelo título do congresso, seguido do número, lugar de realização e data.

Tabelas.

Devem-se fazer em folha à parte, respeitando o dobro espaço, numeradas consecutivamente com números arábicos e com um título breve. Cada coluna deve levar um cabeçalho curto ou abreviado. As notas explicativas irão ao pé da página, o mesmo que a explicação das abreviaturas não conhecidas utilizadas em cada tabela. As tabelas citarão-se no texto em ordem consecutivo. Empleam-se dados de outras fontes, deve ser mençoado o agradecimento e o permissão.

Fotografias.

Serão bem nítidas, impressas em branco e preto ou escalas de cinza, adjuntando um arquivo correspondente em disquete ou CD, com uma resolução de saída de 300 dpi, em um tamanho maior ao de uma foto de 14 x 21 cm, em extensão .tif. As letras, números ou símbolos serão o suficientemente grandes (corpo 10) para que

sejam legíveis após da redução. Os títulos e as explicações detalhadas irão à parte, nas legendas para ilustrações. Todas as ilustrações deverão ir numeradas e referidas no texto. Quando trate-se de microfotografias, senhalará-se a técnica utilizada, assim como a escala. Os símbolos ou letras devem-se contrastar com o fundo. No caso de enviar ilustrações ou fotografias em cores, os gastos de publicação irão por conta do autor, salvo que a revista considere imprescindível a inclusão das mesmas em cores.

Legendas das ilustrações.

As legendas devem-se escrever em dobro espaço, cada uma em página separada, com o número correspondente à ilustração. Quando utilizem-se símbolos, números ou letras para identificar parte da ilustração deve-se explicar claramente na legenda.

Unidades de medida.

As medidas de longitude, peso e volume devem-se informar em unidades métricas (metro, quilograma, litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem-se referir em graus centígrados. A pressão arterial deve-se dar em milímetros de mercúrio. Nas medições hematológicas e bioquímicas há de emplear-se o sistema métrico segundo o sistema internacional de unidades (SI). Os editores podem solicitar que as unidades alternativas ou que não sejam do SI sejam acrescentadas pelo autor antes da publicação.

Abreviaturas e siglas.

Utilizar só a abreviatura padrão. Evitar as abreviaturas no título e no resumo. O término completo que está representado por uma abreviatura ou sigla deve proceder a seu primer uso no texto, a menos que seja uma unidade padrão de medida.

