

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Año LXVIII
706

Septiembre-Octubre 2009

REVISIÓN DE CONJUNTO

La matrona en el México prehispánico: una revisión histórica.

Izquierdo JF, Buil ON, Laviña AB, Campos I, Carreras V.

Mercado laboral y depresión postparto.

Laviña AB, Carreras V, Campos I, Buil N, Sanchez-Molina P.

Déficit moderado de Yodo en la Gestación. Las tres negaciones.

Haya J, Escribano JJ, Calvo A.

ARTÍCULO ORIGINAL

Frecuencia de complicaciones intra y postoperatorias en la cirugía del cáncer de endometrio en estadios iniciales: vía laparoscópico-vaginal versus vía laparotómica.

Sánchez-Hidalgo L, Haya J^a, López de la Manzanara C, Sánchez- Hipólito L, Adsuar E, Guixeres M^a.

El hospital como escuela de salud

Haya J, Espinosa B, Pérez M, Anaya MA, Luengo A, Vitzu AM.

CASO CLÍNICO

Quiste de ovario y muerte neuronal

Guixeres-Esteve M, González-López A, Aguilar V.

Carcinoma primario de trompa de falopio.

¿Incidencia infraestimada?

González-López A, Aguilar VE, Alpuente A, Sánchez-Hipólito L, E. Adsuar E y Haya J.

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Presencia femenina en el Quijote

Martínez Falero J.

NOTICIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Haya J.





Gama GineCanesgel®

La salud más íntima tiene sus secretos: precisamente dos

Nueva gama GineCanesgel® para
la **PROTECCIÓN** e **HIGIENE ÍNTIMA**



EFICACIA DEMOSTRADA EN ESTUDIOS CLÍNICOS

RECOMENDADOS POR GINECÓLOGOS

GineCanesgel® Higiene Íntima Diaria con extracto de nenúfar blanco, ácido láctico y aceite de semillas de albaricoque proporciona un cuidado agradable y previene de irritaciones y molestias, con una sensación de frescor y limpieza durante todo el día. Adecuado para la higiene diaria de todas las mujeres.

Y para un cuidado más específico de la zona vaginal, **GineCanesgel® Calm**; calma el picor, el enrojecimiento y la irritación.

www.ginecanesgel.com





Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:

Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

INDEXADA EN:

IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alert, Biosis, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA Y CRÍTICA DE LIBROS:

Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ O'Donnell, 89
28009 Madrid

Correo electrónico:

tokoginecologia@gmail.com

Periodicidad:

6 números al año

Disponible en Internet:

www.tokoginecologia.org

EDICIÓN

icm

IMAGEN Y COMUNICACIÓN MULTIMEDIA

www.grupoicm.net

Avda. San Luis, 47 - 28033 Madrid

Tel: 91 766 99 34

Fax: 91 766 32 65

PUBLICIDAD

660 80 87 29

ignacio@grupoicm.net

SUSCRIPCIONES

91 766 99 34

suscripciones@grupoicm.net

TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

PUBLICACIÓN AUTORIZADA

como soporte válido:

Ref. SVR núm. 117-R-CM

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958



TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

CONSEJERO DE REDACCIÓN

F. J. Haya

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

A. González López y A. Mora

COMITÉ CIENTÍFICO

P. Acién Álvarez
J. I. Álvarez
L. Balagueró Lladó
J. Balasch Cortina
P.N. Barri Ragué
P. del Barrio Fernández
C. Becerro de Bengoa
F. Bonilla Musoles
I. Bruna
C. Castelo-Branco
S. Carrasco Rico
E. Carreras
A. Caverro Roura
R. Comino Delgado
J. Cortés
F. Criado
I. Cristóbal
J.L. Cuadros López
J. Díaz Recasens
M. Ezcurdia Gurpegui
M. Espuña
J. Ferrer Barriendos
J. Florido Navío
P. de la Fuente Pérez
P. de la Fuente Ciruela
J. A. García Hernández
A. González González
J. J. Hernández

M. A. Huertas Fernández
J. Iglesias Guili
J. M Laila Vicens
J.L Lanchares Pérez
R. Lanzón Lacruz
G. López García
E. López de la Osa
A. López Salvá
G. Manzanera Bueno
O. Martínez Pérez
T. Martínez Astorquiza
L. T. Mercè Alberto
J. R. De Miguel Sesmero
L. Montoya
A. Novo Domínguez
S. Palacios Gil
F. R. Pérez-López
T. Pérez-Medina
R. Sabatel López
R. Sánchez Borrego
L. Sanfrutos
L.C. Tejerizo López
J. Troyanno Luque
M. Usandizaga Calpasoro
R. Usandizaga Elio
J. A. Vidar Aragón
J. Xercavins Montosa
J. Zamarriego Crespo

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

L. Abad Martínez
J. Berzosa González
L. Cabero Roura
J.M. Dexeus Trias de Bes

S. Dexeus Trias de Bes
M. Escudero
E. Fabre González
E. Fernández Villoria

J. M. Garzón Sánchez
F. González Gómez
J. J. Pamilla Paricio
J. A. Usandizaga Beguinistain

Tratamiento de elección en las micosis vulvovaginales

- Sin efectos adversos sistémicos
- Con la seguridad de un tratamiento tópico, incluso durante el embarazo⁽¹⁾



Gine-Canestén crema 2%:

- Vaginitis por levaduras en vagina seca y poca secreción (post-menopausia)
- Vulvitis candidiásica
- Infección perineal-perianal y balanitis candidiásica del pene

Gine-Canestén 100 mg:

- Tratamiento de 6 días
- Infecciones moderadas
- Infecciones crónicas recurrentes

Gine-Canestén 10%:

CON APLICADOR PRE-RELLENADO

- Tratamiento de 1 día 1 aplicación
- Tratamiento de la vaginitis por Cándida

Gine-Canestén 500 mg:

- Tratamiento de 1 día
- Infecciones esporádicas
- Profilaxis de la vulvovaginitis vaginal recurrente
- Descontaminación del canal del parto
- Profilaxis de la infección neonatal



Bayer HealthCare
Química Farmacéutica Bayer, S.L.

NOMBRE DE LAS ESPECIALIDADES: GINE-CANESTEN® 2%, GINE-CANESTEN® 100, GINE-CANESTEN® 500, GINE-CANESTEN® 10%. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** GINE-CANESTEN® 2%: cada gramo de crema vaginal contiene 20 mg de clotrimazol. GINE-CANESTEN® 100: cada comprimido vaginal contiene 100 mg de clotrimazol. GINE-CANESTEN® 500: cada comprimido vaginal contiene 500 mg de clotrimazol. GINE-CANESTEN® 10%: cada gramo de crema vaginal contiene 100 mg de clotrimazol. **FORMA FARMACÉUTICA:** Crema vaginal. Comprimidos vaginales. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Tratamiento de las infecciones vaginales simples o de etiología mixta, causadas por especies de *Candida* (*C. albicans*, etc.), *Torulopsis glabrata*, gérmenes gram-positivos (*estreptococos*, *estafilococos*) y gram-negativos (*bacteroides*, *Haemophilus vaginalis*), constituyendo además una valiosa terapéutica coadyuvante del tratamiento oral de las tricomoniasis, tanto por su acción tricomonocida local como por evitar sobreinfecciones fúngicas y bacterianas. Crema vaginal: También puede utilizarse en el tratamiento de balanitis de origen candidiásico y como tratamiento complementario del cónyuge de mujeres infectadas. **POSOLÓGIA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Comprimidos vaginales 100 mg: Por lo general es suficiente un comprimido vaginal por la noche durante 6 días consecutivos. En caso necesario, puede aumentarse la posología sin el menor inconveniente a 2 comprimidos vaginales diarios durante 6-12 días. Comprimidos vaginales 500 mg: Un comprimido vaginal aplicado preferentemente por la noche. En caso necesario puede realizarse otro tratamiento adicional. Crema vaginal 2%: Una carga del aplicador intravaginal (5 g aprox.), una vez al día durante tres días consecutivos, preferentemente por la noche. En caso necesario puede realizarse otro tratamiento adicional. Crema vaginal 10%: Aplicar la dosis única de 5 g de crema mediante el aplicador intravaginal pre-rellenado. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida al clotrimazol, a imidazoles en general o a cualquiera de los componentes de la especialidad. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** No es aconsejable realizar el tratamiento por vía vaginal (comprimidos vaginales y crema vaginal) durante la menstruación. Debe evitarse el contacto de la crema vaginal con los ojos. Los comprimidos vaginales y la crema vaginal pueden reducir la protección proporcionada por preservativos y diafragmas (productos que contienen látex). Este efecto es temporal y sólo ocurre durante el tratamiento. **INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** No se han descrito. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** Las investigaciones experimentales y clínicas no indican que deban esperarse efectos nocivos en la madre y el niño si se usa este preparado durante el embarazo; sin embargo, durante los 3 primeros meses de embarazo se evaluará el beneficio de la utilización del preparado antes de ser administrado. En el tratamiento con los comprimidos vaginales en las últimas 4-6 semanas del embarazo, para el saneamiento de las vías de parto cuando exista una infección por los microorganismos indicados, se recomienda prescindir del empleo del aplicador introduciéndose el comprimido directamente con el dedo, previo lavado cuidadoso de las manos. **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN Y EL USO DE MAQUINARIA:** No se han descrito. **REACCIONES ADVERSAS:** En casos aislados pueden presentarse reacciones locales pasajeras, como por ejemplo irritación, sensación de quemazón y picor, que no suelen determinar la supresión del tratamiento y son más frecuentes durante los primeros días del mismo. **SOBREDOSIFICACIÓN:** Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación no es posible la intoxicación ni en el caso de ingestión accidental. Si se desarrollase alguna reacción de hipersensibilidad durante su utilización, deberá suspenderse el tratamiento e instaurarse la terapia adecuada. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE:** GINE-CANESTEN® 100: 6 comprimidos vaginales en blister de aluminio y un aplicador. GINE-CANESTEN® 2%: Tubo de aluminio con 20 g de crema y 3 aplicadores vaginales desechables. GINE-CANESTEN® 500: 1 comprimido vaginal en blister de aluminio y un aplicador. GINE-CANESTEN® 10%: Aplicador pre-rellenado con 5 g de crema. **INSTRUCCIONES DE USO:** Comprimidos vaginales: El comprimido debe ser introducido profundamente en la vagina (ver instrucciones para el uso de aplicador), estando la paciente acostada de espaldas y con las piernas ligeramente dobladas. Aplicar preferentemente por la noche. Crema vaginal: Es recomendable realizar la aplicación al acostarse en posición decúbito supino (sobre la espalda), con las piernas ligeramente dobladas. Cada aplicador del Gine-Canestén 2% se usa una sola vez. **NOMBRE Y DOMICILIO DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S.L., Av. Baix Llobregat, 3-5 08970 Sant Joan Despí (Barcelona). P.V.P. con IVA: Gine-Canestén 2%: 5,95€; Gine-Canestén 100: 5,95€; Gine-Canestén 500: 5,95€. Medicamentos sujetos a prescripción médica. No financiados por el SNS. Gine-Canestén 10%: 3,12€. Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado por el SNS. **FECHA DE REVISIÓN:** Junio 2004.

(1) Mendling, Efficacy of clotrimazol in vaginal mycosis during pregnancy and prophylaxis of yeast infection of neonate. *Maternal and Child Health*, 1996.

Nueva imagen nuevas secciones y el mismo rigor científico



**Pídela ya
en tu kiosco**
Asesorada por la **SEGO**

MG **Sólo por 1,95€**
Mi Ginecólogo

EDITA: GRUPO ICM Avenida San Luis, 47,
28033 Madrid.
• Tel.: 91766 99 34 • Fax: 91766 32 65
E-mail: mg@grupoicm.net • www.grupoicm.net



SUMARIO

AÑO LXVIII ♦ SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2009 ♦ NÚMERO 706

REVISIÓN DE CONJUNTO

- La matrona en el México prehispánico: una revisión histórica.**
Izquierdo JF, Buil ON, Laviña AB, Campos I, Carreras V..... 141
- Mercado laboral y depresión postparto.**
Laviña AB, Carreras V, Campos I, Buil N, Sanchez-Molina P..... 145
- Déficit moderado de yodo en la gestación. Las tres negaciones.**
Haya J, Escribano JJ, Calvo A..... 152

ARTÍCULO ORIGINAL

- Frecuencia de complicaciones intra y postoperatorias en la cirugía del cáncer de endometrio en estadios iniciales: vía laparoscópico-vaginal versus vía laparotómica.**
Sánchez-Hidalgo L, Haya J^a, López de la Manzanara C, Sánchez- Hipólito L, Adsuar E, Guixeres M^a..... 154
- El hospital como escuela de salud.**
Haya J, Espinosa B, Pérez M, Anaya MA, Luengo A, Vitzu AM..... 160

CASO CLÍNICO

- Quiste de ovario y muerte neuronal.**
Guixeres-Esteve M, González-López A, Aguilar V..... 163
- Carcinoma primario de trompa de falopio. ¿Incidencia infraestimada?**
González-López A, Aguilar VE, Alpuente A, Sánchez-Hipólito L, E. Adsuar E y Haya J..... 167

TRIBUNA HUMANÍSTICA

- Presencia femenina en el Quijote.**
Martínez Falero J..... 173

NOTICIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

- Haya J..... 176



CONTENTS

LXVIII YEARS ♦ SEPTEMBER - OCTOBER 2009 ♦ NUMBER 706

GENERAL REVIEW

- The midwife in pre-hispanic Mexico: historical review**
Izquierdo JF, Buil ON, Laviña AB, Campos I, Carreras V..... 141
- Labor market and postpartum depression.**
Laviña AB, Carreras V, Campos I, Buil N, Sanchez-Molina P..... 145
- Moderate iodine deficiency in pregnancy. The three denials.**
Haya J, Escribano JJ, Calvo A..... 152

ORIGINAL ARTICLES

- Frequency of intraoperative and postoperative complications in surgery for endometrial cancer in early stages: laparoscopic-vaginal way versus laparotomy way.**
Sánchez-Hidalgo L, Haya J^a, López de la Manzanara C, Sánchez- Hipólito L, Adsuar E, Guixeres M^a..... 154
- Hospital as health school.**
Haya J, Espinosa B, Pérez M, Anaya MA, Luengo A, Vitzu AM..... 160

CLINICAL CASES

- Ovarian cyst and neuronal death.**
Guixeres-Esteve M, González-López A, Aguilar V. 163
- Primary carcinoma of the fallopian tube. Impact underestimates?**
González-López A, Aguilar VE, Alpuente A, Sánchez-Hipólito L, E. Adsuar E y Haya J..... 167

HUMANISTIC TRIBUNE

- The feminine presence in Don Quixote**
Martínez Falero J..... 173

OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY NEWS

- Haya J..... 176

DIU de cobre



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

local

anillo

dosis

píldora

olvidos

dudas

hormonas

comodidad

discreto

parche



 **Mirena**[®]

La elección inteligente

● ● ● **Anticoncepción:**

- Tasa de embarazo 0,1 por 100 mujeres/año.¹
- Mínimos efectos hormonales sistémicos por su efecto local.
- Puede emplearse como anticonceptivo durante la lactancia.²

● ● ● **Tratamiento del sangrado menstrual excesivo:**

- Reduce la cantidad y duración del sangrado hasta en un 97%, mejorando la anemia.¹⁻⁴

1. Prager et al. Can the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena®) be used in nulliparous women? *Gynaecology Forum* 2006; 11(2): 7-9. 2. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third Edition. 2004. WHO. 3. Luukkainen T et al. Contraceptive efficacy and safety of levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena®). *Gynaecology Forum* 2006; 11(2): 4-6. 4. Backman T. Benefit-risk assessment of the levonorgestrel intrauterine system in contraception. *Drug Safety* 2004; 27(15): 1185-1204.

 **Mirena**[®]
Levonorgestrel
Anticoncepción Hormonal Local

01-09-0003-ES
29-01-09

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Mirena 20 microgramos / 24h, sistema de liberación intrauterino. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada sistema de liberación intrauterino (SLI) contiene 52 mg de levonorgestrel (LNG). La tasa inicial de liberación es de 20µg/24h. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA:** El SLI de LNG está formado por un núcleo blanco o casi blanco, recubierto por una membrana opaca, situado sobre la parte vertical de un cuerpo en forma de T. El cuerpo en forma de T presenta un asa en uno de los extremos de la parte vertical y dos brazos horizontales en el otro extremo. Los hilos de extracción se encuentran unidos al asa. La parte vertical del SLI se introduce en el tubo de inserción, en el extremo del insertor. El SLI y el insertor se encuentran libres esencialmente de impurezas visibles. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Anticoncepción. Menorragia idiopática. **Posología y forma de administración:** Mirena se inserta en la cavidad uterina, siendo eficaz durante 5 años. La tasa de disolución in vivo es de aproximadamente 20µg/24h, reduciéndose a aproximadamente 11µg/24 horas después de 5 años. La tasa media de disolución de LNG es de aproximadamente 14µg/24h hasta los 5 años. Inserción y retirada/sustitución: En mujeres en edad fértil, Mirena tiene que insertarse en la cavidad uterina en un plazo de 7 días a partir del inicio de la menstruación. Mirena puede reemplazarse por un sistema nuevo en cualquier momento del ciclo menstrual. También puede ser insertado inmediatamente después de un aborto producido durante el primer trimestre. Las inserciones postparto deben posponerse hasta que el útero haya involucionado completamente, pero no antes de transcurridas 6 semanas del parto. Si la involución se retrasa considerablemente habría que valorar el esperar hasta las 12 semanas postparto. En caso de una inserción complicada y/o dolor o sangrado excepcional durante o después de la inserción, se deberá realizar inmediatamente un reconocimiento médico y una ecografía para excluir la perforación. Mirena se retira tirando suavemente de los hilos de extracción con un forceps. Si los hilos no fueran visibles y el sistema estuviera en la cavidad uterina, este podría retirarse mediante unas pinzas de tenáculo estrechas pudiendo requerir la dilatación del canal cervical. El SLI debe retirarse transcurridos 5 años. Si la usuaria deseara continuar usando Mirena, se podría insertar en ese momento uno nuevo. Si no se desea un embarazo, en mujeres en edad fértil, el sistema se retirará durante la menstruación, correspondiente a un ciclo menstrual. Si se retirase durante los días centrales del ciclo y la usuaria hubiese mantenido relaciones sexuales durante la semana anterior, se debe considerar el riesgo de embarazo a no ser que se inserte un nuevo SLI inmediatamente. **Contraindicaciones:** Embarazo o sospecha del mismo. Enfermedad inflamatoria pélvica actual o recurrente. Infección del tracto genital inferior. Endometritis postparto. Aborto séptico en los últimos 3 meses. Cervicitis. Displasia cervical. Tumor maligno uterino o cervical. Tumores dependientes de progestágenos. Hemorragias uterinas anormales no diagnosticadas. Anomalías uterinas congénitas o adquiridas, como miomas si deforman la cavidad uterina. Situaciones en las que exista una mayor susceptibilidad a contraer infecciones. Enfermedad hepática aguda o tumor hepático. Hipersensibilidad a LNG o a alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Mirena debe emplearse con precaución y se debe considerar la retirada del sistema en caso de existencia o aparición de: Migraña, migraña focal con pérdida asimétrica de visión u otras alteraciones que indiquen isquemia cerebral transitoria. Cefaleas de intensidad excepcionalmente grave. Ictericia. Marcado incremento de la presión sanguínea. Enfermedades arteriales graves como ictus o infarto de miocardio. Estudios epidemiológicos mostraron que, en mujeres que utilizan anticonceptivos orales con solo gestágeno, puede existir un ligero incremento del riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos. Si se produjesen síntomas o signos de trombosis se deberán instaurar de forma inmediata medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas. No existe consenso sobre el papel de las venas varicosas y la tromboflebitis superficial en el TEV. Mirena debe ser usado con precaución en mujeres que presenten enfermedad cardíaca congénita o enfermedad valvular cardíaca y riesgo de endocarditis infecciosa. Cuando se inserte o se retire el SLI a estas pacientes debe administrarse profilaxis antibiótica. Dosis bajas de LNG pueden afectar la tolerancia a la glucosa. En usuarias de Mirena diabéticas se debe controlar la glucemia, aunque en general no es necesario alterar la pauta terapéutica. Las hemorragias irregulares pueden enmascarar signos y síntomas de poliposis endometrial o cáncer de endometrio. En estos casos deben establecerse las medidas diagnósticas apropiadas. Mirena no es de primera elección para mujeres nuligrávidas. Estudios epidemiológicos han asociado un aumento del riesgo de cáncer mama a la toma de anticonceptivos combinados orales (AOC). El riesgo en usuarias de minipíldoras es posiblemente de la misma magnitud que el asociado con AOCs. No obstante, para los preparados a base de progestágenos exclusivamente, la evidencia está basada en poblaciones mucho menores de usuarias y por ello es menos concluyente que para los AOCs. Exploración / consulta médica: Previa inserción, debe informarse a la usuaria de la eficacia, riesgos y efectos secundarios de Mirena y realizar una exploración física (tacto vaginal, exploración de las mamas y citología cervical). Debe descartarse la existencia de embarazo y la presencia de enfermedades de transmisión sexual. Se deberán determinar el tamaño de la cavidad uterina y la posición del útero. Es importante el situar Mirena en fundus para asegurar una exposición homogénea del endometrio a LNG, prevenir la expulsión y obtener la máxima eficacia. Seguir atentamente las instrucciones de inserción. La inserción y la retirada pueden asociarse a la aparición de dolor y sangrado y/o precipitar una reacción vasovagal o la aparición de una crisis en pacientes epilépticas. Debería efectuarse una revisión a las 4 - 12 semanas de la inserción y una vez al año, o con mayor frecuencia si estuviera indicado. Mirena no debe emplearse como anticonceptivo postcoital. Se recomienda descartar la existencia de patología endometrial antes de la inserción. Si la mujer continúa con el uso de Mirena, insertado previamente para anticoncepción, debe excluirse la patología endometrial si aparecen sangrados irregulares tras el comienzo de la terapia de sustitución estrogénica. Si aparecieran sangrados irregulares durante un tratamiento prolongado, deberán instaurarse las medidas diagnósticas apropiadas. Oligo/amenorrea: Aproximadamente un 20% de las usuarias en edad fértil desarrollan oligomenorrea o amenorrea. De no producirse menstruación en el plazo de 6 semanas tras el comienzo de la menstruación previa, debe considerarse la posibilidad de embarazo. No es necesaria la repetición de la prueba de embarazo en usuarias amenorreicas a no ser que aparezcan otros síntomas de embarazo. Infección pélvica: El tubo de inserción ayuda a prevenir la contaminación del SLI por microorganismos durante la inserción. Estudios sugieren que el índice de infecciones pélvicas en las usuarias de Mirena es menor que el observado con los DIU de cobre. Retirar Mirena si la mujer experimenta endometritis recurrente, infecciones pélvicas, infección aguda grave o que no responde al tratamiento. Se recomienda realizar exámenes bacteriológicos y monitorización incluso cuando los síntomas sean discretos. Expulsión: Dolor y sangrado pueden ser síntomas de la expulsión, sin embargo, puede ser asintomática. La expulsión parcial puede disminuir la eficacia de Mirena. Dado que Mirena disminuye el volumen del flujo menstrual, un incremento puede ser indicativo de expulsión. Un Mirena desplazado debe retirarse. La usuaria debe conocer cómo verificar la situación de los hilos de extracción. Perforación: En raras ocasiones, puede producirse perforación o penetración del cuerpo o cérvix uterinos por un DIU. En esos casos debe retirarse. El riesgo de perforación puede aumentar con las inserciones postparto (ver sección "Posología y forma de administración"), en mujeres lactantes y en mujeres con el útero en retroversión. Embarazo ectópico: El riesgo de embarazo ectópico es mayor en mujeres con antecedentes de este tipo de embarazo, cirugías tubáricas o infección pélvica. La tasa de embarazo ectópico en usuarias de Mirena es bajo (0,06 por 100 mujeres-año). Pérdida de los hilos de extracción: Si los hilos de extracción no se visualizan, debe excluirse la existencia de embarazo. Estos podrían haberse introducido en el canal cervical o útero, pudiendo reaparecer en la siguiente menstruación. Una vez descartado el embarazo, se pueden localizar los hilos con el instrumental adecuado. Si no se localizan, el SLI puede haber sido expulsado. Para verificar la posición puede emplearse la ecografía u otras técnicas radiográficas. Atresia folicular retardada: Se pueden producir ciclos ovulatorios con rotura folicular. Ocasionalmente la atresia del folículo se retrasa y la folículoogénesis puede continuar. Los folículos aumentados se han diagnosticado en un 12% de las usuarias de Mirena, siendo la mayoría asintomáticos, aunque pueden acompañarse de dolor pélvico o dispareunia. Generalmente desaparecen espontáneamente en 2-3 meses. De lo contrario, se recomienda hacer un seguimiento ecográfico. En raras ocasiones es necesaria intervención quirúrgica. Información relevante sobre algunos de los componentes de Mirena: La estructura en forma de T de Mirena contiene sulfato de bario, que lo hace visible por rayos X. **Para mayor información sobre las Advertencias y precauciones especiales de empleo, consulte la ficha técnica completa. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Consultar las fichas técnicas de los medicamentos concomitantes. El metabolismo de los progestágenos puede verse aumentado por el uso concomitante de sustancias inductoras de las enzimas del citocromo P450. No se conoce la influencia de estos fármacos sobre la eficacia anticonceptiva de Mirena, por ser el mecanismo de acción principalmente local. **Para mayor información sobre las interacciones con otros medicamentos, consulte la ficha técnica completa. Embarazo y lactancia:** *Embarazo: Mirena está contraindicado en caso de embarazo o sospecha del mismo. En caso de embarazo se recomienda la retirada del sistema, pues la permanencia in situ de cualquier DIU puede incrementar el riesgo de aborto y de parto prematuro. La retirada de Mirena o la exploración del útero pueden dar lugar a un aborto espontáneo. Si no puede retirarse con suavidad debe considerarse la interrupción del embarazo. Si la mujer deseara continuar la gestación y el SLI no pudiera ser retirado, debe informarse sobre los riesgos para el neonato de un parto prematuro e instruirse para que informe de síntomas que indiquen complicaciones. No puede excluirse la posibilidad de teratogenicidad (especialmente virilización). Hasta la fecha, no hay evidencia de defectos congénitos en los casos en que la gestación se ha llevado a término con Mirena in situ. *Lactancia: La dosis diaria de LNG y las concentraciones en sangre son menores que con cualquier otro anticonceptivo hormonal, aunque se ha encontrado LNG en la leche materna. No parecen existir efectos deletéreos sobre el crecimiento y desarrollo infantil cuando se emplea un método basado exclusivamente en progestágenos tras seis semanas postparto y no parece afectar a la cantidad ni a la calidad de la leche materna. **Para mayor información sobre embarazo y lactancia, consulte la ficha técnica completa. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se desconocen. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas son más frecuentes durante los primeros meses de uso. En usuarias de Mirena, además de las reacciones adversas enumeradas en la sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo", se han notificado las siguientes: Reacciones adversas muy frecuentes (>1/10): sangrado uterino/vaginal, que incluye manchado, oligomenorrea, amenorrea y quistes benignos de ovario. En mujeres fértiles, el número medio de días de manchado/mes disminuye gradualmente de nueve a cuatro días durante los seis primeros meses de uso. El porcentaje de mujeres con sangrado prolongado (más de ocho días) disminuye de un 20% a un 3% durante los tres primeros meses de uso. En ensayos clínicos, durante el primer año de empleo, un 17% de las mujeres experimentó amenorrea de al menos tres meses de duración. La frecuencia de quistes benignos de ovario depende del método diagnóstico usado. En ensayos clínicos se han diagnosticado folículos aumentados de tamaño en el 12% de las usuarias de Mirena. La mayoría de estos folículos son asintomáticos y desaparecen en tres meses. Reacciones adversas frecuentes (>1/100, 1/10): ánimo depresivo, nerviosismo, disminución de la libido, dolor abdominal, náuseas, acné, dolor de espalda, dolor pélvico, dismenorrea, flujo vaginal, vulvovaginitis, tensión mamaria, mastalgia, expulsión del SLI y aumento de peso. Reacciones adversas poco frecuentes (>1/1.000, 1/100): labilidad emocional, migraña, distensión abdominal, alopecia, hirsutismo, prurito, eczema, enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis, cervicitis/frotis de Papanicolaou normal, clase II y edema. Reacciones adversas raras (1/10.000, <1/1.000): rash, urticaria y perforación uterina. Cuando una mujer se queda embarazada con Mirena in situ, aumenta el riesgo relativo de embarazo ectópico. Se han comunicado casos de cáncer de mama (frecuencia desconocida, ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Sobredosis:** No aplicable. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Elastómero de polidimetilsiloxano. Sílice coloidal anhidra. Polietileno. Sulfato de bario. Óxido de hierro. **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Naturaleza y contenido del envase:** Empaquetado de forma individual, en un envase blíster termoformado con una cubierta despegable. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Mirena se presenta en un envase esterilizado que no debe abrirse hasta el momento de la inserción. El producto, una vez expuesto, debe ser manejado en condiciones de asepsia. Si el sellado del envase estéril estuviera roto, el SLI deberá desecharse. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con las normativas locales. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Química Farmacéutica Bayer, S.L. Av. Baix Llobregat 3-5, 08970-Sant Joan Despí (Barcelona) - España. Con receta médica. Producto de Diagnóstico Hospitalario. Financiado por el Sistema Nacional de Salud, a través de Servicios Farmacéuticos autorizados. P.V.L.: 112,85. P.V.P. (IVA 4): 164,06. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Abril 2008. **Para mayor información, consulte la ficha técnica completa.**



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer, S.L.
Av. Baix Llobregat 3-5.08970. Sant
Joan Despí. Barcelona-España.
www.bayerscheringpharma.es

NORMAS DE VANCOUVER

Requisitos para la remisión de manuscritos presentados a revistas biomédicas 5ª edición 1997

1-Resumen de los Requisitos técnicos

- El artículo se mecanografiará a doble espacio en su totalidad.
- Se iniciará una nueva página para cada apartado.
- Se seguirá el siguiente orden: página del título, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, bibliografía, tablas (cada una en una página distinta), y leyendas.
- Las figuras no serán superiores a 203 x 254 mm (8 x 10 pulgadas).
- Se incluirán los permisos para reproducir material que haya sido anteriormente publicado o para hacer uso de figuras que pudieran servir para identificar a personas.
- Se enviará el documento de cesión de los derechos de autor y otros documentos que sean necesarios para la publicación.
- Se enviará el número requerido de copias del trabajo.

2-Preparación del manuscrito

Los artículos se imprimirán o mecanografiarán en papel blanco de calidad, de A4 (210 x 297 mm), con márgenes de al menos 25 mm (1 pulgada). El papel se imprimirá o mecanografiará sólo por una cara, escribiendo a doble espacio todo el artículo, incluida la página del título, el resumen, el texto, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas, y las leyendas. Las páginas se numerarán en orden correlativo, comenzando por la página del título. Se escribirá el número de página en el ángulo superior o inferior derecho.

3-Manuscritos en disquete

Cuando se envíe el disquete los autores deberán: nombrar el fichero de forma clara, etiquetar el disquete haciendo constar el nombre y formato del fichero, suministrar información acerca del ordenador y programa utilizados.

4-Página del título

Constará lo siguiente: a) el título del artículo, que deberá ser conciso pero informativo; b) el nombre de cada autor y autora, con su rango académico más elevado y su centro de trabajo; c) el nombre del departamento o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renuncias si las hubiera; e) nombre y dirección del autor responsable de la correspondencia sobre el manuscrito; f) el nombre y la dirección del autor al que se debe dirigir cualquier solicitud para nuevas impresiones, o una declaración de que las reimpresiones no se podrán obtener de los autores; g) apoyos recibidos para la realización del estudio en forma de becas, equipos, fármacos, o todos ellos; y h) un breve encabezamiento o pie en cursiva de no más de 40 caracteres (contando letras y espacios) al pie de la página del título.

5-Autoría

Todas las personas que figuren como autores deberán estar cualificadas para ello. Cada autor deberá haber tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido.

La autoría deberá basarse únicamente en: a) concepción y diseño, o análisis e interpretación de los datos; b) redacción o elaboración del borrador del artículo, o revisión crítica del contenido intelectual relevante; c) visto bueno definitivo de la versión a publicar. Deben cumplirse todas las condiciones anteriores.

El orden en el que aparecen los autores deberá ser una decisión conjunta de los coautores.

6-Resumen y Palabras Clave

La segunda página deberá constar de un resumen (no más de 250 palabras). En el resumen se harán constar los propósitos del estudio o investigación, procedimientos básicos, hallazgos más importantes y las conclusiones principales. Deberán destacarse las observaciones y aspectos más novedosos y relevantes del estudio.

Tras el resumen, de 3 a 10 palabras clave o frases cortas que ayudarán a la hora de indexar el artículo en las bases de datos. Se deberán utilizar los términos del Index Medicus.

7-Introducción

Debe contener el propósito del trabajo para la realización del mismo. Sólo se darán las referencias estrictamente oportunas y no incluirá datos o conclusiones del trabajo que se está publicando.

8-Métodos

Se hará una clara descripción de la selección de los sujetos que intervienen en la investigación (pacientes o animales de laboratorio, incluyendo los controles). Se identificarán la edad, sexo, y otras características relevantes de las personas que sean objeto de investigación. La definición y relevancia de la raza y la etnia son ambiguas. Los autores deberán ser especialmente cuidadosos a la hora de usar estas categorías.

Se identificarán los métodos, aparatos y los procedimientos utilizados con detalle suficiente como para permitir a otros profesionales reproducir la investigación. Se facilitarán las referencias de los métodos, incluidos los métodos estadísticos y se suministrarán referencias y breves descripciones de los métodos que aunque ya estén publicados no sean muy conocidos; se describirán los métodos nuevos o sustancialmente modificados y se darán las razones para utilizarlos, evaluando sus limitaciones. Se identificarán con precisión todos los fármacos y productos químicos utilizados.

Los informes sobre ensayos clínicos realizados de forma aleatoria deberán presentar información referente a los principales elementos del estudio, incluyendo el protocolo, asignación de las intervenciones y el sistema de enmascaramiento empleado (ciego).

Los autores que envíen revisiones deberán incluir una sección que describa los métodos empleados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar la información.

9-Ética

Según los criterios éticos del comité responsable de experimentación humana y la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983, no se incluirán los nombres de los pacientes, iniciales o números que les hayan sido asignados en los hospitales, especialmente si se trata de material ilustrativo.

10-Estadísticas

Se describirán los métodos estadísticos con detalle suficiente como para permitir a los lectores entendidos en el objeto de estudio con acceso a la información original, verificar los

resultados. Hay que evitar apoyarse únicamente en las pruebas de hipótesis estadísticas, como el uso de valores "p" puesto que omite información cuantitativa importante. Hay que justificar la elección de los sujetos que participan en la investigación, detallar la aleatorización, informar sobre las posibles complicaciones de la intervención, número de observaciones, pérdida de sujetos, (tales como las bajas en un ensayo clínico).

11-Resultados

En el texto, las tablas y las figuras, los resultados se presentarán en un orden lógico. No se debe repetir en el texto la información de las tablas o figuras; se destacarán o resumirán sólo las observaciones relevantes.

12-Discusión

Se destacarán los aspectos nuevos y relevantes del estudio, así como las conclusiones que de ellos se derivan. Hay que evitar repetir de forma detallada información u otro material ya facilitado en la introducción o en el apartado de Resultados.

Las conclusiones se vincularán a los objetivos del estudio y se evitará realizar afirmaciones no cualificadas y conclusiones que no estén plenamente respaldadas por los datos. Cuando sea conveniente se incluirán recomendaciones.

13-Agradecimientos

En un lugar adecuado del artículo (en una nota al pie de la página del título o en un apéndice; consultar las normas de cada revista) se podrán incluir una o varias declaraciones especificando: a) las colaboraciones de personas que merezcan reconocimiento pero que no justifican su aparición como autor, como puede ser el apoyo general de un jefe de departamento; b) los agradecimientos a la ayuda técnica; c) los agradecimientos al apoyo económico y material, especificando la naturaleza del apoyo; d) las relaciones que pudieran plantear un conflicto de intereses.

14-Referencias bibliográficas

Las referencias se numerarán de manera correlativa según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, tablas y leyendas mediante números arábigos entre paréntesis.

Es conveniente evitar citar como referencia los resúmenes presentados en congresos u otras reuniones. Las citaciones a trabajos admitidos para su publicación pero aún no publicados deberán aparecer como "en prensa" o "de próxima aparición".

El autor deberá comprobar las referencias cotejándolas con los documentos originales.

Artículos de Revistas

(1) Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir el sí (Nota: la NLM incluye un máximo de 25 autores; si hay más de 25 la NLM anota los 24 primeros, luego el último, y finalmente el sí.)

15-Tablas

Imprimir o mecanografiar cada tabla a doble espacio y en hojas diferentes. No enviar las tablas en fotografía. Se numerarán correlativamente según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto y se asignará un título breve a cada una. Cada columna llevará un título escueto o abreviado. Las explicaciones irán en notas a pie de página, no en los títulos. Todas las abreviaturas no estándar que se usen en las tablas serán explicadas en notas a pie de página. Cada tabla deberá ser mencionada en el texto.

16-Figuras (ilustraciones)

Se enviarán el número necesario de juegos completos de figuras. Estas deberán estar dibujadas y fotografiadas de manera profesional, no se admite la rotulación a mano alzada o mecanografiada. En lugar de dibujos originales, películas de rayos X, y otro tipo de materiales, es necesario enviar fotografías nítidas, en blanco y negro y reveladas en papel satinado, normalmente de 127 x 178 mm (5 x 7 pulgadas), pero nunca mayores de 203 x 254 mm (8 x 10 pulgadas). Las letras, números, y símbolos deberán ser claros y uniformes a lo largo de todo el trabajo; y los títulos y explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las figuras y no en las propias figuras.

Cada figura deberá llevar una etiqueta pegada en el reverso que indique el número de la misma en el texto, el nombre del autor y cuál es la parte superior de la misma.

Las fotografías tomadas a través de un microscopio deberán tener indicadores internos de escala.

Para las figuras en color, hay que informarse de si la revista pide negativos en color, diapositivas o copias en papel. Podría resultar de utilidad para el director recibir dibujos suplementarios que indiquen la zona a reproducir de las figuras. Algunas revistas sólo publican figuras en color si el autor se hace cargo del coste extra que ello supone.

17-Epígrafes o pies de las figuras

Mecanografiar o imprimir los epígrafes y pies de las figuras a doble espacio, en una página a parte, con la numeración arábiga que corresponda a la figura.

18-Unidades de medida

Las medidas de longitud, altura, peso, y volumen serán expresadas en unidades métricas (metros, kilogramos o litros, o sus múltiplos decimales).

Las temperaturas se indicarán en grados Celsius. La presión sanguínea se indicará en milímetros de mercurio. Todos los valores hematológicos o bioquímicos se presentarán en unidades del sistema métrico decimal de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI).

19-Abreviaturas y símbolos

Se utilizarán sólo abreviaturas estándar, evitando su uso en el título y en el resumen. Cuando se emplee por primera vez una abreviatura irá precedida del término completo al que corresponde, salvo si se trata de unidades de medida común.

20-Remisión del trabajo a la revista

Enviar el número pertinente de copias del trabajo en un sobre resistente, protegiendo, si fuera necesario, las fotografías y figuras con una cartulina, para evitar que se doblen. Se acompañarán los trabajos con una carta de presentación firmada por todos los autores.



NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- Los trabajos se enviarán por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com en formato word. Las tablas podrán ir incluidas en el texto. Las imágenes deberán ir independientes del texto, teniendo cuidado de que éstas tengan suficiente calidad. Los pies de las imágenes irán en el texto, a continuación de la bibliografía. Versarán, fundamentalmente, sobre aspectos de anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica y terapéutica), epidemiología, estadística y revisiones de conjunto; todo ello de indole obstétrico-ginecológica.
 - **Presentación del trabajo.** – Han de enviarse imprescindiblemente por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, y comprenderá los siguientes apartados:
 - 1) página frontal, 2) resumen, 3) texto, 4) bibliografía, 5) pies de figura, 6) figuras. Escribir en formato Word (Mac o PC) y adjuntar las imágenes (jpg,tif o eps) que haya que reproducir. Todos los trabajos deberán ser ORIGINALES, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquéllos que, aun habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, simposios, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista.La página frontal incluirá: a) título completo, b) nombre de autores, c) centro de procedencia, y d) señas completas del autor para correspondencia y envío de separatas.

Resumen: Máximo de 150 palabras. Será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas. Es aconsejable mandar una traducción del mismo en inglés, así como el título del trabajo.

Se indicarán las <<palabras clave>> más significativas del texto original.

Texto: Constará de los siguientes apartados: a) introducción, b) material y métodos, c) resultados, d) discusión y conclusiones.

Bibliografía: las referencias se enumerarán por orden de aparición en el texto, siguiendo estrictamente las características de los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:
De María AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Herat myxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de las revistas seguirán las características del Index Medicus

b) Libros:
Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Pies de figuras: se confeccionarán en página aparte. Se identificarán las abreviaturas empleadas por orden alfabético.

Figuras: Se enviarán DOS copias de cada fotografía o dibujo. Todas las reproducciones deben ser de alto contraste. Al dorso se señalará la posición mediante una flecha y el número de la figura. En un juego de figuras se indicará el nombre del primer autor.
 - **Revisiones de conjunto.** – Serán libres en la manera de presentación. El objeto de la misma será siempre la PUESTA AL DÍA de un tema concreto. Tendrá carácter didáctico. Se enviará un resumen conciso de 150 palabras y su traducción al inglés. No deberán ser firmadas por más de tres autores.
 - **Casos clínicos.** – Incluirá dos o tres ilustraciones de un caso problema con un comentario clínico de 200 palabras.
 - En la sección <<Tribuna humanística>> se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropo lógico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, en la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la Revista.
 - En la sección <<Crítica de libros>> se efectúan recensiones de aquellos libros que, por su interés y calidad científica y formativa, merezcan oportuno comentario, en orden a una mejor información a los lectores, de la actualidad bibliófila nacional y extranjera.
 - TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA acusará recibo de los trabajos enviados, expresando su total aceptación, propuesta de modificación si así se considerase necesario, o rechazo del mismo.
 - Aquellos autores cuyos trabajos hayan sido aceptados y estén pendientes de publicación, podrán solicitar a la Revista una certificación de tal circunstancia. Todo ello se efectuará mediante correo electrónico, por lo que es de especial importancia que el autor indique una dirección de contacto.
 - Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se imprimen en color, una vez aceptados los mismos, deberán ponerse en contacto con la Secretaria de Redacción de la Revista, para presupuestar el cargo que pueda suponer este tipo de reproducción.
- Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e informáticas, cualquiera que sea su soporte, hoy existentes y que puedan crearse en el futuro.

Revisión de conjunto

La matrona en el México prehispánico: una revisión histórica

The midwife in pre-hispanic Mexico: historical review

Izquierdo JF¹, Buil ON¹, Laviña AB¹, Campos I¹, Carreras V²

Hospital Universitario Miguel Servet¹, y Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Zaragoza².

RESUMEN

La cultura náhuatl o azteca se desarrolló en la cuenca del Texcoco (Méjico), gozando de su máximo florecimiento entre los siglos XIII y XVI. En este contexto la matrona azteca gozaba de un amplio reconocimiento social, desarrollando funciones asistenciales, docentes, jurídico-legales y religiosas. En este artículo se señalan las funciones esenciales que han sido una constante en la labor de las matronas a lo largo de la historia, tal como se puede observar en culturas tan dispares a la judeocristiana, como es la azteca. La difusión de la historia de la partería permite conocer muchas de las circunstancias que han contribuido a conformar la profesión como hoy la conocemos y a tomar conciencia de que el destino de ella depende no sólo de los acontecimientos externos a la profesión, sino del esfuerzo y el ánimo de las propias matronas.

PALABRAS CLAVE

Azteca, náhuatl, matrona, historia de la matrona.

SUMMARY

The Nahuatl or Aztec culture was developed in the basin of the Texcoco (Mexico), enjoying his maximum bloom during the XIIIth to XVIth century. In this context the aztec midwife was enjoying a wide social recognition, developing welfare, educational, juridical - legal and religious functions. In this article are distinguished the essential functions that have been a constant in the labor of the midwives along the history, as it is possible to observe in so unlike cultures to the Judeo-Christian, as it is the Aztec. The diffusion of the history of the midwifery allow to know many of the circumstances that have helped to shape the profession

as today it is known and to being aware that its destiny depends not only on the external events to the profession, but on the effort and the spirit of the proper midwives.

KEY WORDS

Aztec, Nahuatl, midwife, midwifery history.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la historia y desarrollo de la profesión de matrona en otros periodos históricos y diferentes culturas, proporciona un enriquecimiento al desarrollo de nuestro trabajo, favoreciendo la creación de una identidad profesional.

El objetivo central de este trabajo es describir la situación de la matrona azteca durante el periodo que abarca los siglos XIV al XVI. Como objetivos específicos marcados diferenciamos:

- 1- Conocer el contexto en el que la comadrona desarrollaba su profesión.
- 2- Identificar las funciones de la matrona azteca y su sistemática de trabajo.
- 3- Valorar convergencias/ divergencias entre las comadronas aztecas y las europeas de dicho periodo.
- 4- Enriquecer nuestro patrimonio profesional con las enseñanzas de las que nos precedieron.

METODOLOGÍA

Para la realización del estudio se han utilizado técnicas descriptivas basadas en la revisión bibliográfica. Como fuente principal para la investigación se ha recurrido entre otros, a los escritos del monje franciscano Fray Bernardino Sahagún (1499?-1590), conservados en el Códice Florentino.

LA SOCIEDAD NÁHUATL: ASPECTOS GENERALES

Los aztecas llegaron del norte de México, asentándose en la cuenca del Texcoco a mediados del siglo XII. Desarrollaron una rápida expansión por el área central y sur del actual México entre los siglos XIV y XVI. Con la muerte de Moctezuma II en el 1520, se produce el declive de este gran imperio, culminando en 1521 con su conquista por Hernán Cortés a la cabeza de los españoles. La llegada de la religión católica, y la posterior aparición de los médicos europeos generaron

CORRESPONDENCIA:

Juan Francisco Izquierdo Villarroya
Hospital Universitario Miguel Servet.
Paseo Isabel La Católica 1,
50009 Zaragoza

gran hostilidad hacia la medicina nativa, tanto por razones religiosas como por el etnocentrismo de los colonialistas.

La sociedad mexicana estaba fuertemente jerarquizada y se estructuraba en castas, formando la cúpula de la misma las autoridades religiosas y militares.

La vida y la cultura mexicana estaban determinadas por unas marcadas creencias religiosas. Los sacrificios, humanos y de animales, eran parte integrante del culto náhuatl. Los guerreros consideraban el honor máximo morir durante la batalla u ofrecerse voluntariamente para el sacrificio en las ceremonias rituales. El sentido de la ofrenda de sangre humana era alimentar a las deidades solares para garantizar la continuidad de su aparición cada día y con ella la permanencia de la vida humana, animal y vegetal sobre la Tierra.

CONTEXTO DE LA MUJER Y LA COMADRONA EN LA SOCIEDAD NÁHUATL

La mujer estaba generalmente determinada a permanecer en el hogar, recibiendo desde pequeña una rígida educación moral, sin embargo podía desempeñar determinadas profesiones, relacionadas principalmente con el comercio y la medicina. Su misión de esposa y fundamentalmente la de madre, así como el oficio que desempeñara eran bien reconocidos y valorados. Refiere el cronista franciscano Fray Bernardino de Sahagún¹ que entre los aztecas el matrimonio acontecía a edad temprana, entre los 14 y los 16 años. La esterilidad femenina (tetzacott) era mal vista y podía ser causa de separación. Existía la poligamia, teniendo la primera mujer prioridad sobre las otras.

El divorcio era aceptado: un hombre podía repudiar a su mujer en caso de esterilidad o si descuidaba sus deberes, del mismo modo que la mujer podía hacerlo de su marido cuando éste no podía sostener la familia o cuando la maltratará físicamente. Una divorciada podía casarse con cualquiera, pero una viuda tenía que hacerlo con un hermano de su difunto marido. La fertilidad se consideraba como la función capital de los dioses, por lo que la mujer al convertirse en madre era la continuadora del trabajo de los dioses, mereciéndose el máximo respeto social.

Disponían de un extenso panteón de dioses y diosas, entre las divinidades relacionadas directamente con la reproducción destacan: Xoxhiquetzal, diosa de la fecundidad, Tlazolteotl, del parto, Cihuacoatl, de las primíparas, Metlacueyey, del puerperio o Xoloti, de los gemelos, abortos y malformaciones².

Los gemelos y los neonatos con malformaciones eran sacrificados, puesto que se consideraba que eran portadores de mala suerte.

Las mujeres fallecidas durante el parto equiparaban su honor al de los guerreros caídos en batalla. Los guerreros custodiaban al Sol desde su nacimiento por el oriente hasta el mediodía, en tanto que las mujeres lo hacían desde el mediodía hasta el atardecer y cada mañana intervenían como parteras en el nacimiento del sol.

La partera: TLAMATQUITICITL

La matrona se denominaba en lengua náhuatl como tlamatquicitl. Su función era relevante, contando con un prestigio específico entre las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud.

Como funciones propias de su profesión se pueden identificar y asimilar a las actuales funciones: asistencial, jurídico-legal, docente e investigadora, además de una importante función religiosa.

Función asistencial

La partera desarrollaba una labor en la que hoy en día se hace gran hincapié; la educación para la salud, que comprendía desde consejos y divulgación de conocimientos para la prevención de posibles enfermedades, hasta orientaciones para la interrupción de embarazo. Aunque el aborto estaba fuertemente penalizado, la matrona era quien lo llevaba a cabo de forma secreta; la mujer que abortaba era denominada cihuapectlin. La educación sanitaria a la embarazada se incrementaba durante los últimos tres meses de gestación. Abarcaba una serie de normas higiénico-dietéticas vigentes en la actualidad; entre otras, mantener una adecuada alimentación, evitar el ayuno, disminuir el esfuerzo físico y cargas pesadas o evitar las relaciones sexuales en caso de amenaza de aborto. Los tabúes también formaban parte de la vida de la gestante, por ejemplo no debían observar eclipses, puesto que se creía que el neonato nacería con labio leporino, tampoco podían presenciar ejecuciones, pues nacería con una soga de carne anudada a la garganta³.

En caso de familias pudientes, en el octavo mes de gestación se reunían los padres y familiares de la gestante y acodaban contratar a la matrona. La abuela se encargaba de presentar a la gestante y la familia a la comadrona, quien desde ese momento se encargaría de la casa y de la comida de la gestante, así como del inicio de prácticas obstétricas, tales como la valoración de la colocación del feto (*Figura 1*), versiones externas en situaciones en las que la presentación fetal no era cefálica etc.



Figura 1: Partera mexicana comprobando posición fetal. Códice Florentino lib. VI. f 130v. Biblioteca Medicea Laureniana. Florencia (Italia).

Cuando la parturienta comenzaba con los primeros dolores de parto, hacía uso del temazcal; un baño de vapor con fines medicinales, similar al baño finlandés, pero en lugar de verter exclusivamente agua sobre piedras calientes, se vertían hierbas medicinales y aromáticas, como el tepozan, (*buddleia cordata*), la hierbabuena o alcanfor. Era de uso habitual como oxiótico el zoapatle o cihuapatli (Montanoa tomen-

tosa), cuya traducción es “medicina de la mujer”, un arbusto cuyas hojas se utilizaban como infusión, gracias a su contenido en ácidos kaurenico, grandiflorénico y monoginoico que actúan como oxitócico. En caso de resultar ineficaz el cihuapatli recurrían a una dilución de cola de zarigüeya, un tipo de roedor, en agua. En otras ocasiones utilizaban una pluma de guajolote, que se introducía en la garganta de la parturienta para provocar náuseas con efecto de pujo, una práctica similar era habitual en la Europa del medievo y renacimiento, que consistía en la introducción por parte de la comadrona de su trenza del pelo en la garganta de la parturienta con el mismo fin.

El expulsivo se llevaba a cabo siempre en cuclillas, facilitando la acción de la gravedad. Tras el nacimiento se realizaba la sección del cordón umbilical y se esperaba un alumbramiento espontáneo, aunque a veces para facilitararlo se recurría a la preparación de té de Zoapatle, agregándole las hojas o ramas de ruda bretónica y epazote y endulzándolo con chocolate; en caso de no producirse, la comadrona recurría a la extracción manual de la placenta.

Cuando el neonato era varón, el cordón umbilical se entregaba a los guerreros, que salían a enterrarlo al campo de batalla. Si el recién nacido era mujer, el cordón era enterrado en el interior de la casa, bajo las cenizas del hogar, en señal de que sería la encargada del cuidado del mismo⁴. Posteriormente se lavaba al recién nacido y se llevaban a cabo los rituales religiosos.

Referente a la crianza, la mujer azteca daba el pecho a sus hijos durante los dos o tres primeros años de su vida, cualquiera que fuera su status social, debido a la falta de mamíferos domésticos en la cultura azteca. En caso de dificultades con la lactancia materna, tales como demora en la subida de la leche o dificultad en la adaptación madre-hijo, la puérpera recurría a la matrona para la solución de los mismos.

En caso de exitus fetal, la partera tras solicitar el consentimiento de la familia, cortaba el cuerpo del niño con un agudo cuchillo de obsidiana y sacaba los pedazos, para evitar que la madre pereciera. Cuando la familia no accedía, la comadrona cerraba la puerta de la habitación y dejaba sola a la madre, para que así falleciera. La parturienta muerta recibía el nombre de “Mociua-quequi” es decir “Mujer Valiente” y era divinizada, tal como se desprende de la oración que se ofrecía por la mujer fallecida en el parto, recogida en la obra de Bernardino Sahagún, *“Oh mujer, fuerte y belicosa, hija mía muy amada. Valiente mujer, hermosa y tierna palomita, Señora mía. Habéis hecho como vuestra madre, la Señora Ciocóatl o Quilaztli: habéis peleado valientemente, habéis usado de la rodela y de la espada como valiente y esforzada... Pues despertad y levantaos, hija mía, que ya es de día: ya ha amanecido: ya han salido los árboles de la mañana: ya las golondrinas andan cantando y todas las otras aves. Levantaos, hija mía, y componeos. Id a aquel buen lugar que es la casa de vuestro Padre y Madre el sol, que allí todos están regocijados y contento y gozosos. Id, hija mía, para vuestro Padre el sol, y que os llevan sus hermanas, las mujeres celestiales, las cuales siempre están contentas y regocijadas y llenas de gozos con el mismo sol a quien ellas regocijan y dan placer, el cual es Madre y Padre nuestro... Habéis ganado con vuestra muerte la vida eterna gozosa y deleitosa con las diosas celestiales. Pues idos agora, hija mía muy amada, poco a poco para ellas y sed una de ellas”*.

Morir al dar a luz, se asimilaba a la muerte de un guerrero en batalla o en sacrificio⁵. Después de muerte lavaban su cuerpo y sus cabellos y la vestían con ropas nuevas para sepultarla en el patio del templo (eran de los pocos casos que recurrían a la sepultura, puesto que la práctica habitual era la incineración). Se juntaban todas las comadronas y ancianas, quienes acompañaban al cuerpo, que era llevado por el marido, a su última morada. Éstas llevaban espadas y rodelas, y gritando, como acostumbraban los soldados para atacar al enemigo, les salían al encuentro unos jóvenes llamados telpopochtlin y peleaban contra ellas para obtener el cuerpo de la mujer; si ellos ganaban, le cortaban un dedo de la mano y algunos de sus cabellos los cuales los utilizarían como talismán durante la lucha.

Función jurídico-legal y religiosa

La matrona era la testigo directa que garantizaba la filiación del recién nacido, de gran importancia en las castas superiores. Del mismo modo era la encargada de proceder al bautismo del recién nacido. Lo realizaba a través de los cuatro ritos del agua, primero depositaba unas gotas de agua en la boca del neonato, seguido del pecho, la cabeza y finalmente lavaba todo el cuerpo para alejar de él todos los males. Refiere Castelazo que “después del nacimiento, la partera lavaba el recién nacido, cortaba el cordón umbilical y le lavaba los ojos con conocimiento de xocopati. Si el recién nacido era del sexo femenino, enterraba el cordón umbilical cerca del hogar, y si era varón era entregado a los guerreros que salían para que lo enterraran en el campo de batalla⁶. El cronista Francisco J. Clavijero reseña con detalles el rito del nacimiento entre los aborígenes mexicanos. Dice así: “Cuando salía a luz el niño, la partera, después de haberle cortado el cordón umbilical y enterrado las secundinas, le lavaba el cuerpo, diciéndole estas palabras *“Recibe el agua, pues tu madre es la diosa Chalehiuhcuye. Este baño te lavará las manchas que sacaste del vientre de tu madre, te limpiará el corazón y te dará una vida buena y perfecta”*. Después, volviéndose a la diosa le pedía la misma gracia: tomando otra vez el agua con la mano derecha y soplando en ella, humedecía la boca, la cabeza y el pecho del niño. Seguía a esto un baño general, durante el cual decía la partera: *“Descienda el dios invisible a esta agua y te borre todos los pecados y todas las inmundicias y te libre de la mala fortuna”*, y dirigiendo la palabra al niño, continuaba: *“Niño gracioso, los dioses Ometeuctli y Omecihuatl te criaron en el lugar más alto del cielo para enviarte al mundo; pero ten presente que la vida que empiezas es triste, dolorosa, llena de males y de miserias; no podrás comer pan sin trabajar. Dios te ayude en las muchas adversidades que te aguardan”*; y acaban la ceremonia dando la enhorabuena a los padres y parientes del recién nacido. Si éste era hijo de rey o de algún señor, visitaban a los padres sus principales súbditos para felicitarlos y vaticinar buena suerte al niño⁷.

Tras ello se presentaba el niño al cielo invocando al sol y a las divinidades astrales para su protección. Finalmente se le ponía el nombre al niño, habitualmente haciendo referencia a algún antepasado.

Función docente e investigadora

La propia partera era quien se encargaba de la formación de sus sucesoras; se formaban acompañando a otra mujer de más edad y

experiencia que venía cumpliendo con tal menester, normalmente el oficio de partera se ejercía por tradición familiar o por relaciones de proximidad. Del mismo modo investigaban de forma empírica el perfeccionamiento y desarrollo de nuevas técnicas y productos.

DISCUSIÓN

La profesión de matrona ha sido reconocida a lo largo de toda la historia, independientemente del patrón cultural. Las funciones esenciales de la matrona reconocidas en la actualidad (asistencial, jurídica, docente e investigadora) ya estaban establecidas, como hemos observado desde la antigüedad, y en esquemas culturales tan dispares al nuestro como la cultura azteca, por lo que debemos conservar y garantizar el desarrollo de las mismas. El conocimiento y la difusión de la historia de la matrona deben estar vigentes entre las cuestiones de reflexión del colectivo, de ahí que la investigación y la transmisión de su historia permita comprender muchas de las circunstancias que han intervenido en la conformación de la profesión en el día de hoy.

De ningún modo se debe obviar la perspectiva histórica de la profesión, ni desterrar por completo el conocimiento de las que nos precedieron, pues ello nos permitirá el desarrollo y reconocimiento social adecuado para nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sahagún B. Historia General de las Cosas de Nueva España. México: Cien de México, 2000.p. 599-607.
2. Pérez de Salazar J.L. Ginec obstetricia prehispánica. México DF: Ediciones Sandoz de México, S.A., 1963.
3. Serna J. Tratado de las supersticiones, idolatrias, hechicerías y otras costumbres de las razas aborígenes de México. México: Fuente Cultural de la Librería Navarro, 1953.
4. Tarazona S. La mujer mesoamericana. México: Planeta Mexicana, 1991.p. 104.
5. León Portilla M. La filosofía náhuatl estudiada en sus fuentes. 4ª Ed. México: Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, 1974.p.300.
6. Castelazo J.A, Calderón J. Historia de la obstetricia y la ginecología en Latinoamérica. Bogotá: Distrital, 1979.p.283.
7. Clavijero F.J. Historia antigua de México. México D.F: Editorial Delfin, 1944.p.336.
8. Rodríguez M. J. La mujer azteca. México: Universidad Autónoma del Estado de México, 1991.
9. Martínez-Falero J. La medicina en América antes y después del descubrimiento: La medicina de los aztecas. Fascículos II y III. Madrid: ALTER, 1985.
10. Anzures M.C. La Medicina Tradicional en México. México: UNAM, 1989. p.157.
11. Soustelle J. La Vida Cotidiana de los aztecas. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.
12. Porter R. Breve historia de la Medicina. De la antigüedad hasta nuestros días. Bogotá: Taurus, 2004.
13. Inglis B. Historia de la Medicina. Barcelona: Grijalbo, 1969.
14. López JM. La Medicina en la Historia. Barcelona: Aula Abierta Salvat, Colección T.C. Nº 17. Reimpresión 1984.
15. Donahue M. Historia de la enfermería. Barcelona: Doyma, 1987.
16. Riera J. Historia, medicina y sociedad. Madrid: Pirámide, 1985.
17. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat, 1982.

Revisión de conjunto

Mercado laboral y depresión postparto

Labor market and postpartum depression

Laviña AB¹, Carreras V², Campos I¹, Buil N¹, Sanchez-Molina P³

Hopital Miguel Servet, Zaragoza¹; Hospital Clínico Zaragoza²; Atención Primaria Y Hospital De Jaca, Huesca³.

RESUMEN

La depresión posparto es una patología relativamente prevalente entre las puérperas. La incorporación de la mujer al ámbito laboral ha supuesto la presentación de un nuevo panorama, ya que implica una posible causa de baja laboral. El presente artículo analiza la situación actual, de manera que podamos interpretar adecuadamente las vivencias de la mujer trabajadora con depresión puerperal.

PALABRAS CLAVE

Depresión posparto. Mujer trabajadora.

SUMMARY

Postpartum depression is a relatively prevalent disease among postpartum women. The incorporation of women into the workplace has led to the introduction of a new landscape, as it implies a possible cause of sick leave. This article analyzes the current situation so that we can properly interpret the experiences of working women with postpartum depression.

KEY WORDS

Postpartum Depression. Working Women.

INTRODUCCIÓN

Con esta revisión lo que pretendemos no es tanto el determinar ni enumerar los factores causales de una depresión puerperal ni pretender llegar a saber de memoria todos los criterios diagnósticos de depresión o de ansiedad, sino recalcar la importancia de tener en

cuenta la realidad emocional, en este caso, de esas mujeres que tras el nacimiento de un hijo deben reincorporarse a su vida laboral con todas las dificultades que ello puede suponer. Y, sobretodo, no obviar que la salud mental es una parte de la salud global.

La OMS en su carta fundacional, en 1948, definió la salud como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

La salud mental se define como un componente de la salud general de la persona y, por tanto, para comprender la magnitud del término hay que hacer referencia al concepto global de salud.

La salud mental no es un concepto monolítico y se debe definir teniendo en cuenta una serie de parámetros tales como:

1. Autonomía funcional
2. Percepción correcta de la realidad
3. Adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno
4. Relaciones interpersonales adecuadas
5. Percepción de autoeficacia (autoestima)
6. Buen autoconcepto
7. Estrategias adecuadas de afrontamiento al estrés

Para poder entender los fenómenos de interacción que acontecen en el proceso salud-enfermedad es necesario traspasar el marco de lo individual y conocer también los determinantes psicosociales que influyen en aquellos comportamientos que persiguen la recuperación de la salud desde la enfermedad o bien el mantenimiento de la misma o prevención de la patología. Por tanto, dentro del proceso salud-enfermedad podemos hablar tanto de comportamientos de salud como de conductas de enfermar.

La conducta de enfermar quedaría referida a todos aquellos comportamientos que exhibe una persona cuando percibe una serie de síntomas, cómo reacciona ante ellos, cómo los expresa, los evalúa, los atribuye a determinadas causas y cómo decide enfrentarse o actuar sobre ellos.

Podemos observar como es obligado traspasar la mera objetividad o "fachada" de los mensajes que encierran los síntomas e intentar descubrir su trasfondo subjetivo para poder llegar a un diagnóstico correcto y realizar un tratamiento global en el cual queden integradas todas las facetas del individuo.

CORRESPONDENCIA:

Ana Belén Laviña AB Castan

Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

C/ Domingo Miral s/n. 50.009 - ZARAGOZA.

Tlfno. 976 76 14 47

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizados una amplia revisión de la literatura publicada sobre trastornos psicológicos, maternidad y aspectos psicosociales del trabajo. Hemos consultado bases de datos (medline), artículos de revistas relacionadas con las palabras clave.

RESULTADOS

La medicina occidental está bajo el influjo de un reduccionismo biológico que asume como principio fundamental que la enfermedad se produce por la existencia de una alteración o anomalía genética o bioquímica y que, por tanto, el tratamiento de la misma debe encaminarse hacia la corrección de dichas anomalías. Se centra mayoritariamente en la prevención terciaria y minimiza a nivel primario la importancia de los factores psicosociales. Suele tratarse al ser humano como pasivo, individual y físico no perteneciente a una cultura y a una sociedad.

Como dice Góleman "El personal sanitario se ocupa de las dolencias físicas pero suele descuidar las reacciones emocionales de sus pacientes"¹. Este es un aspecto fundamental a tener en cuenta no sólo por sí mismo (es decir, por la posibilidad de que una persona pueda padecer una depresión, un trastorno de ansiedad generalizada, en trastorno somatoforme o una enfermedad psicosomática por poner algunos ejemplos) sino por la influencia que el estado emocional tiene en la vulnerabilidad a la enfermedad y en la prontitud de los procesos de recuperación. No se trata tan sólo de ser conscientes de esta realidad sino de aplicarlo en nuestra labor profesional diaria. El trato dispensado hacia las personas puede favorecer positivamente el curso de un determinado proceso, o por el contrario, negativamente. Los profesionales sanitarios deberían ejercer lo que Rodin y Janis denominan un "poder referente"², es decir una asistencia que promueve el diálogo, facilita la responsabilidad en el autocuidado, proporciona retroalimentación y promueve el cumplimiento terapéutico.

Por tanto, si tenemos en cuenta:

- Lo anteriormente comentado.
- La existencia de pocos estudios que relacionen plenamente la vida laboral con los trastornos emocionales tras el nacimiento de un hijo.
- Que la prevalencia de depresión postparto no psicótica se ha estimado en alrededor del 10-15 % en las primeras semanas tras el parto.
- La creciente incorporación de la mujer al mercado laboral y la falta de conciliación entre la vida familiar y la laboral a pesar de las recientes ayudas sociales.

Cabe preguntarnos la repercusión que podría tener sobre la dimensión psicológica de la mujer el hecho de que deba reincorporarse de una manera temprana a la vida laboral.

Durante el embarazo y el puerperio pueden producirse todos los trastornos psiquiátricos y de ellos el más frecuente es el síndrome depresivo-ansioso.

Debe diferenciarse de la melancolía puerperal o "maternity blues" definida como aquel "trastorno del humor experimentado aproximadamente por un 50% de las mujeres a los 3-6 días tras el parto (Kennedy y cols, 1987)³ aunque sea algo frecuente y considerado normal en

esta etapa es importante detectar aquellos casos que se intensifican o prolongan en el tiempo dado que pueden derivar hacia una depresión puerperal.

Los criterios diagnósticos de depresión puerperal no difieren de los del Trastorno depresivo mayor. La prevalencia de depresión no psicótica durante el año posterior al postparto no difiere estadísticamente de la prevalencia en la población general. Además las mujeres con depresión postparto parecen no tener más riesgo de depresión que la población general, fuera del embarazo.

El DSM-IV define la depresión puerperal como todo episodio depresivo mayor que se presenta dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. Deben cumplirse los siguientes requisitos:

A/ Durante al menos dos semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) necesariamente:

- 1) Estado de ánimo deprimido
- 2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad
- 3) Aumento o disminución de peso/apetito
- 4) Insomnio o hipersomnia
- 5) Agitación o entecimiento psicomotor
- 6) Fatiga o pérdida de energía
- 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa
- 8) Problemas de concentración o toma de decisiones
- 9) Ideas recurrentes de muerte o de suicidio

B/ Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

C/ No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.

D/ No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de dos meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).

También es importante tener en cuenta que los síntomas expresados no pueden ser definidos claramente como una depresión sino como un estado en el cual se entremezclan muchos sentimientos y que parecen englobarse mejor bajo un síndrome mixto de ansiedad-depresión. El síntoma fundamental es que la angustia es vivida psíquica y somáticamente. Aparece inquietud, nerviosismo, temor y preocupación excesiva con tendencia a anticipar desgracias. Además se presenta sintomatología en dos o más categorías de las siguientes:

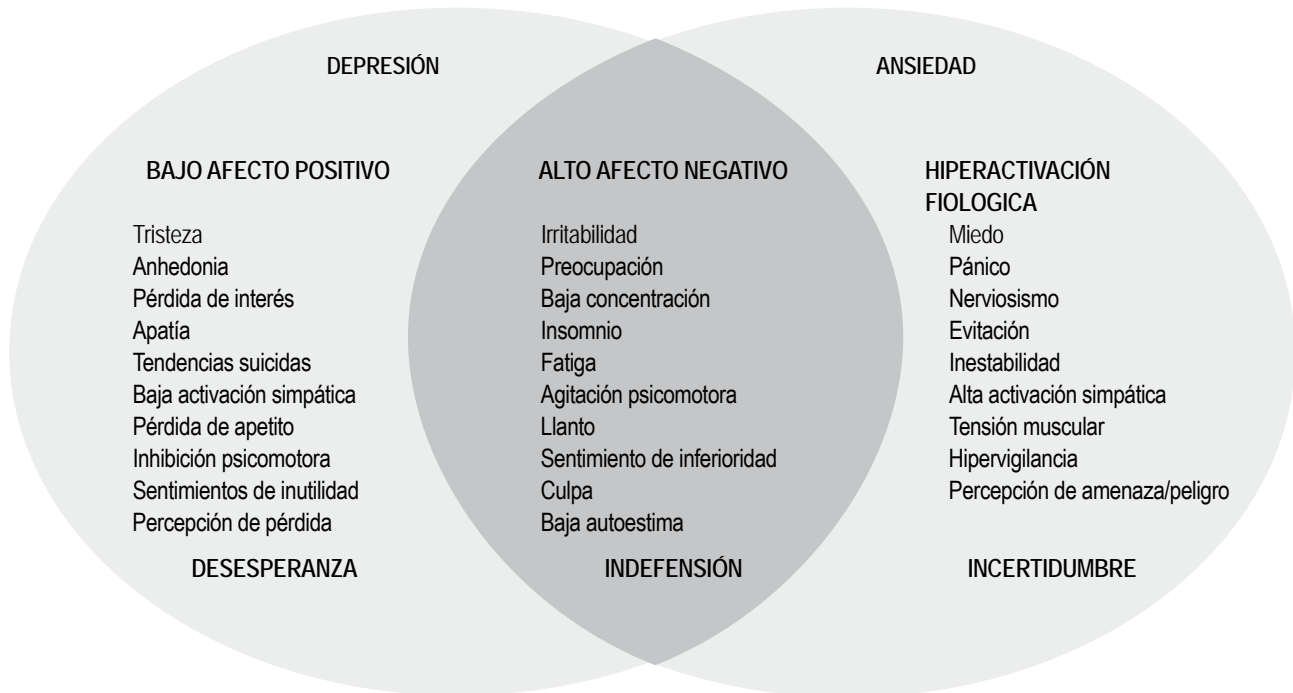
- **Tensión motora:** Incapacidad para relajarse, inquietud/agitación psicomotriz, temblor, fatiga.

- **Hiperactividad vegetativa:** Palpitaciones, taquipnea, sudoración, mareos, molestias epigástricas, sequedad de boca, diarrea.

- **Hipervigilancia:** Insomnio inicial, sobresaltos, irritabilidad, distraibilidad. (Ver tabla 1)⁴

En cuanto a la etiología existe actualmente poca evidencia científica con relación a factores biológicos implicados. Parecen cobrar mayor importancia factores tales como la presencia de complicaciones obstétricas, concurrencia de acontecimientos vitales estresantes (desempleo, problemas maritales, falta de conciliación entre la vida familiar y laboral, bajo soporte familiar...), elevada paridad e historia positiva de enfermedad mental. Además factores tales como maternidad no deseada o motivaciones inadecuadas de maternidad (fomentar la unión conyugal, evitar o sustituir un duelo...) no sólo incrementan la

TABLA 1



Ansiedad y depresión: aspectos comunes y específicos. Elaborado basándonos en Clark y Watson, 1981, y Alloy et al., 1990.

posibilidad de aparición de trastornos psiquiátricos sino también de problemas precoces en la vinculación madre-hijo.

En la asistencia a la mujer puerpera es de gran capacidad predictiva realizar la pregunta "¿Cómo están los ánimos?" o cualquier otra pregunta abierta similar y que conlleve siempre un refuerzo positivo. Ante todos aquellos casos en los que se describa un estado de ánimo bajo, triste, abatido, falto de vitalidad, irritable y que además se presenta casi todos los días, es poco influenciado externamente e incluso se presenta afectación somática se deberían vigilar más estrechamente. Además es importante señalar que la persona deprimida no es la que llora sino la que no lo hace, debido a que los estímulos externos no transmiten nada y está bajo un estado de total anhedonia.

Por otra parte es muy posible que puesto a la existencia de un cierto "racismo" hacia algunas enfermedades pueda presentarse lo que Olza denomina "depresión sonriente"⁵. Con esta expresión se describe la apariencia normal de algunas madres deprimidas, que a pesar de padecer un verdadero sufrimiento interno se muestran satisfechas de cara al exterior temerosas de verbalizar sus pensamientos y de ser percibidas como "malas madres". La depresión sonriente es la ocultación consciente o no de esta dolencia psicológica para evitar ser etiquetadas bajo ciertas denominaciones marginadoras que separan de forma radical lo que es normal de lo que no lo es o la falsa atribución a "fallos o debilidades" del carácter o bien a ciertos rasgos de una personalidad "desequilibrada".

También es importante destacar que a la hora de diagnosticar una depresión postparto, los signos y síntomas deben ser minuciosamente diferenciados de los cambios de sueño, anemia, disfunción tiroidea teniendo en cuenta que la coexistencia de éstos con la depresión también es posible.

Al igual que hemos definido una serie de conceptos en torno a la salud mental vamos a tratar de describir alguno de los aspectos psicosociales que tiene el trabajo.

La sociedad occidental actual está bajo el influjo de las consecuencias del supuesto estado de bienestar que hace que incluso nuestros valores no sean los que necesitamos sino los que nos han impuesto o como dice Wright "lo que es socialmente esperado y aceptado se hace individualmente necesitado".

La consecución de un estado de bienestar ha ido pareja a la evolución histórica de la sociedad. Según Tezanos la industrialización supuso la implantación de nuevos valores sociales y económicos que afectaron tanto a las pautas comportamentales como a los sistemas económicos. Surgió una estructura basada en la economía de servicios.

En nuestra revisión pretendemos hacer hincapié en el concepto de satisfacción laboral entendido como actitud hacia el trabajo, es decir, "como un conjunto de sentimientos y de emociones favorables o desfavorables con las que los empleados ven su trabajo, Newstron y Davis, 1993⁶

El concepto de satisfacción laboral esta íntimamente ligado a la calidad de vida laboral.

Definido por González, "Conjunto de compensaciones que la persona obtiene de su trabajo para poder atender las necesidades materiales, psicológicas y sociales en el propio trabajo y en otros ámbitos de la vida⁷.

En dependencia de cómo conciba la mujer su trabajo=obligación, castigo, oportunidad para la autorrealización, le va a generar más estrés o, por el contrario beneficios.

Las mujeres que compaginan trabajo asalariado con trabajo doméstico e hijos pequeños presentan más síntomas psiquiátricos.

El estrés laboral se produce a raíz de los desajustes existentes entre las características de la persona y su ambiente laboral⁶.

Para valorar el estado psicológico de la mujer en el embarazo y postparto existen una serie de escalas como son: test de Langner⁸ (ver tabla 2), Escala de Edimburgo⁹ (ver tabla 3), Escala de Beck¹⁰ (ver tabla 4).

DISCUSIÓN

En España durante los últimos 20 años se ha pasado de un modelo familiar y laboral en el que la división de los roles de género era dominante, a un nuevo modelo en que tanto mujeres como hombres participan directamente en el mundo del trabajo remunerado, manteniendo la mujer las labores propias de la vida doméstica y crianza de los hijos, esto supone una doble carga que puede influir en una mayor tendencia a la depresión. Además se ve modulado por el tipo de trabajo que desempeñe la mujer, puesto, horario, responsabilidad.

La principal razón de las madres de continuar con su trabajo es de carácter económico, pero también la seguridad, autonomía, independencia, son otras razones, para algunas puede constituir un soporte básico que ayuda a mantener la autoestima, pues trabajar puede significar abrirse a la relación social más allá del cerrado ámbito del hogar.

Las formas que encuentran las mujeres de compaginar la vida

TABLA 2
TEST DE LANGNER

A la pregunta: "Durante la semana pasada ha notado usted" responda, por favor con una cruz en el cuadro adecuado. Por favor: ponga una sola cruz por pregunta y responda a todas las preguntas. Gracias				
Preguntas	Nunca 0	Algunas veces 1	Frecuentemente 1	Siempre 1
1 Falta de apetito				
2 Ardor de estómago				
3 Dolor de cabeza				
4 Dificultad para dormirse				
5 Mala memoria				
6 Nerviosismo e irritabilidad				
7 Sofocaciones				
8 Ahogos				
9 Cabeza pesada o embotada				
10 Cansancio general				
11 Palpitaciones				
12 Desvanecimientos o mareos				
13 Sudores fríos				
14 Temblores de manos				
15 Decaimiento y tristeza				
16 Escrupulos				
17 Agitación (no poderse estar quieto)				
18 Sin concentrarse en lo que hace				
19 Con preocupaciones que le ponen enfermo				
20 Sentimiento de estar solo/a o alejado/a de los demás				
21 Como si todo le fuera mal				
22 Impresión que nada vale la pena				
23 Total				
Edad gestacional al realizar el test: _____ Puntuación: _____ Nivel: A - B - C				

Tabla 2. Nivel A: de 0 a 4 puntos. Salud psíquica aparentemente buena o media. Nivel B: de 5 a 8 puntos. Salud psíquica frágil. Nivel C: mayor de 8 puntos. Salud psíquica mala.

TABLA 3

Spanish versión of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

INSTRUCCIONES	
Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría conocer cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada a cómo se ha sentido durante la semana pasada.	
EN LOS PASADOS 7 DÍAS:	
<p>1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas. Igual que siempre. Ahora, no tanto como siempre. Ahora, mucho menos. No, nada en absoluto.</p> <p>2) He mirado las cosas con ilusión. Igual que siempre. Algo menos de lo que es habitual en mí. Bastante menos de lo que es habitual en mí. Mucho menos que antes.</p> <p>3) Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal. Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces. No muy a menudo. No, en ningún momento.</p> <p>4) Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo. No, en ningún momento. Casi nunca. Sí, algunas veces. Sí con mucha frecuencia.</p> <p>5) He sentido miedo o he estado asustada sin motivo. Sí, bastante Sí, a veces. No, no mucho. No, en absoluto.</p>	<p>6) Las cosas me han agobiado. Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas. Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre. No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien. No, he afrontado las cosas tan bien como siempre.</p> <p>7) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir. Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces. No muy a menudo. No, en ningún momento.</p> <p>8) Me he sentido triste o desgraciada. Sí, la mayor parte del tiempo. Sí, bastante a menudo. No con mucha frecuencia No, en ningún momento.</p> <p>9) Me he sentido tan infeliz que he estado llorando. Sí, la mayor parte del tiempo. Sí, bastante a menudo. Sólo en alguna ocasión. No, en ningún momento.</p> <p>10) He tenido pensamientos de hacerme daño. Sí, bastante a menudo. A veces. Casi nunca. En ningún momento.</p>

TABLA 4
ESCALA DE BECK

- Analiza el estado de la mujer gestante y puérpera
- Consta de trece ítems con varios apartados de cada uno:
<ul style="list-style-type: none"> ● Estado civil ● Nivel socioeconómico ● Autoestima ● Depresión prenatal ● Ansiedad prenatal ● Deseo de gestación ● Historia personal ● Apoyo social ● Satisfacción de pareja ● Estrés vital ● Estrés en el cuidado del bebé ● Temperamento del bebé ● Tristeza postparto

doméstica con la laboral son consideradas por ellas como soluciones provisionales, contando principalmente con ayuda familiar.

Algunas de las estrategias de las empresas para responder a las necesidades familiares de las mujeres deberían ir encaminadas a la adopción de beneficios en el cuidado de los niños como subvenciones para financiar el cuidado de los niños e implantación de sistemas que permitan una mayor flexibilidad: horarios flexibles, trabajo a tiempo parcial. Todo ello depende de las características de la organización en que trabaje la mujer.

La Legislación española intenta conciliar la vida familiar y laboral con la ley 39/99 de 5 noviembre de 1999 se reconoce el derecho excedencia por cuidado de hijos, permiso por maternidad y con la Ley Orgánica 3/2002¹¹ para la igualdad efectiva de mujeres y hombres presta atención a corregir desigualdad en las relaciones laborales. Fomenta una mayor corresponsabilidad entre hombres y mujeres en la asunción de obligaciones familiares, siendo la medida más innovadora el permiso de paternidad de 13 días de duración.

Pero todas estas medidas resultan insuficientes. Es necesario adaptar la organización social a la nueva situación, empezando en la escuela por una educación no diferencial entre sexos, para que los hombres se incorporen al mundo doméstico en la misma medida en que las mujeres lo han hecho al mundo laboral.

CONCLUSIONES

En España existe una baja tasa de natalidad relacionada con razones primordialmente laborales y económicas, según la encuesta de fecundidad del INE, una de cada 4 españolas tiene menos hijos de lo que desearía, es lo que algunos autores denominan "huelga de vientres".

Existe una alta prevalencia de depresión postparto y trastornos emocionales, siendo un importante factor relacionado es la sobrecarga que supone atender al trabajo, tareas domésticas y cuidado de los hijos.

Viendo la importancia del tema los legisladores y empresarios deberían revisar la situación actual de la mujer en el mercado laboral, tomando medidas de mejora que colaboren en la prevención del desarrollo de trastornos emocionales.

Los educadores para la salud debemos:

- Conocer los antecedentes personales de la mujer gestante.
- Interesarnos por su vida laboral para ayudarla a planificarse previamente.
- Tener en cuenta su realidad emocional.
- Conocer su red de apoyo familiar y social.

Todos los agentes de salud debemos concienciarnos de la necesidad de realizar un cribado sistemático que detecte precozmente el deterioro de la salud mental, proporcionar asesoramiento a la gestante en grupos de educación materna y en grupos postparto.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo de la coordinadora de la Unidad Docente de Matronas de Aragón, Benita Alonso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Góleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1996. P:248
2. Moya M, Gaviria E, Lopez Saez M, Nouvilas E. Psicología social. Madrid: McGraw-hill, 2000. p:288
3. Cunningham F.G, Gant N, Leveno K.J, Gilstrap L.P, Hauth. J.C, Wensstrom K.D. Williams Obstetricia. Madrid: Panamericana, 2002. p. 1188-1207
4. Sandín B, Chorot P. Capítulo 2. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Volumen 2. Madrid: McGraw Hill, 1996.p. 54-78
5. Olza Fernández I, Gainza Tejedor I. Tratamiento psicossocial de madres lactantes con depresión postparto en atención primaria. Revista de trabajo social y salud 2003 Julio; 45: 231-243
6. Peiró J, Prieto F. Tratado de psicología en el trabajo. Volumen I. Madrid: Síntesis psicología, 1996. P. 15-393
7. Peiró J, Prieto F.. Tratado de Psicología del trabajo. Volumen II. Madrid: Síntesis Psicología, 1996.p.19-206
8. Robert Torres J et al. .Acompañamiento afectivo haptónico desde la concepción hasta la muerte. Haptonomía ciencia de la afectividad". Zaragoza: Reproimsa. Noviembre 2003. p.165
9. García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P.Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers.Journal of Affective Disorders 75 (2003) 71-76
10. Centro Formación en técnicas de evaluación psicológica. www.geocieties.com
11. Ley 39/99 de 5 de noviembre. Conciliación vida familiar y laboral. Ley orgánica 3/2002, de 22 marzo , para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
12. Mosteiro Díaz M.P, Fernández Feito A, Morán Ordóñez D, Pellico López A, Díaz Fernández E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización postparto en la lactancia materna. Enfermería Clínica 2001; 11 (4): 155-159
13. Machado Ramírez F, García Serrano T, Moya Rügge N, Bernabeu Sáez N, Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores relacionados. Atención primaria 1997 Septiembre; 20 (4): 161-166
14. Mosteiro Díaz P, Villaverde Fernández S. Transtornos psicopatológicos en el puerperio. Toko-Ginecología 1991; 51 (10): 491-494
15. Ciurana Misol R, Tizón García J.I. Atención primaria y prevención de los transtornos de la salud mental. Atención primaria 1993 Junio; 12 (1): 9-10
16. Mosteiro Díaz P, Lemos Giráldez S, Villaverde Fernández S. La psicosis puerperal. Papel de enfermería. Enfermería científica 1989; 87: 37-39
17. Kasanetz G. La depresión. Matronas hoy 1998; 11:15-16
18. Almiron P, Fatjo A, Fernández M, Fernández de Sanmamed M.J, Gómez M.A, Martí M, Relat V. Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. Atención primaria 1996 Mayo; 17 (8) : 501
19. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. Gaceta sanitaria 1989 Enero-Febrero; 3 (10) : 320-326
20. Sánchez Fernández M, Giribet Rubiol E. Estrés de la mujer enfermera. Doble rol. Enfermería científica 1997 Septiembre-Octubre; 186-187: 4
21. Escrivá Agüir, Más Pons R, Saurel Cubizolles M.J. Reincorporación al trabajo de las madres durante el primer año de vida de su hijo. Gaceta sanitaria 1997 Julio-Agosto; 11 (4): 157-163
22. Manzano García G. El síndrome de Burnout. Una enfermedad laboral. Rol 2003 Noviembre; 26 (11): 783-786
23. Machado Ramírez F, Berbeu Saez N, Moya Rüeegg N, García Serrano T, Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores relacionados. Matronas hoy 1996 4º trimestre; 8: 4-6
24. Ballester Ferrando D, Burjalés Martí D, Doltra Centellas J, Moyá Gómez M. Actuación de enfermería en la depresión. Enfermería científica 1997 Enero-Febrero 178-179: 64-67
25. Jiménez Notario L, Fernández Mérida D, Domínguez Losada C. Diagnósticos de enfermería en el área de maternidad. Enfermería científica 1997 Septiembre-Octubre 186-187: 46-50
26. Kumar R, Robson K.M. A prospective study of emoyional disorders in chilbearing women. Br J. Psychiartry 1984; 144: 35-47
27. Cirera A, Belloch J.V, Subirá S, Canet J, Riera M. Depresión postparto:

- concepto, epidemiología y variables asociadas. *Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona* 1988; 15 (1): 40-45
28. Rohlfis I, De Andrés J, Atracos L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin* 1997; 108: 566-571
29. Belinguer G. Conflictos y orientaciones éticos en la relación entre salud y trabajo. *Revista española de salud pública* 1996; Julio-Agosto 4 (70): 380-383
30. Arillo Crespo A, Aguinaga Ontoso I, Guillén Grima F. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atención primaria* 1998 Marzo; 21 (5) : 265-269
31. Informe Mujeres en Europa. Editado por el Instituto europeo para la salud de la mujer. La depresión en la mujer nociva para su salud. *Impulso* 1998 Abril 88: 17-21
32. Olza Fernández I. Repercusiones psicológicas y sociales del nacimiento por cesárea. *Revista de trabajo social y salud* 2003 Julio; 45: 222-229
33. Sandín B, Chorot P. Capítulo 3. Síndromes clínicos de la ansiedad. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología. Volumen 2.* Madrid: McGraw Hill, 1996.p. 83-106
34. Sandín B. Capítulo 1. El estrés. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología. Volumen 2.* Madrid: McGraw 1996.p. 4-52
35. Vazquez C, Sanz J. Capítulo 9. Trastornos del estado de ánimo :aspectos clínicos. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología. Volumen 2.* Madrid: McGraw 1996.p. 300-337
36. Fernández-Abascal E.G. *Psicología general. Motivación y emoción.* Madrid: Centro de estudios Ramón Areces; 1998. p.253-283
37. Martínez J, Díaz C, Corredera F, López M, Tejerizo L.C. Capítulo 37. Melancolía y depresión puerperal. En: Fabre González E. *Manual de asistencia al parto y puerperio patológico.* Zaragoza: INO, 1999. p.671-684
38. Martínez J, Tejerizo L.C. Capítulo 38. Psicosis puerperal. En: Fabre González E. *Manual de asistencia al parto y puerperio patológico.* Zaragoza: INO, 1999. p.685-706
39. Kennedy H, Beck C, Driscoll J. Una luz en la niebla: Cuidados en las mujeres con depresión postparto. *Revista Matronas Profesión* 2003; Septiembre 4 (13):4-18
40. De la Cámara C, Campayo A, Gracia R. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Curso para Enfermeras Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Problemas mentales en el embarazo y postparto. Zaragoza 1996, 14-16 Noviembre
41. Alberdi R.M. La percepción de enfermar. *Revista ROL de Enfermería.* 1998.nº 113.
42. Ostigüín H.M. Perspectivas en el proceso de enfermar. *Revista INDEX de Enfermería.* 2002. Primavera-verano.

Revisión de conjunto

Déficit moderado de yodo en la gestación. Las tres negaciones

Moderate iodine deficiency in pregnancy. The three denials

Haya J¹, Escribano JJ², Calvo A³

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Ciudad Real¹. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital del Henares. Madrid². Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Manacor. Mallorca³.

RESUMEN

El déficit moderado de yodo durante la gestación es un problema frecuentemente infravalorado, y que sin embargo puede tener importantes consecuencias para el futuro del neonato. En el presente artículo analizamos tres de los errores más frecuentes en relación con este tema.

PALABRAS CLAVE

Déficit de yodo. Gestación.

SUMMARY

Moderate iodine deficiency during pregnancy is a problem frequently underestimated and yet may have important implications for the future of the infant. This article discusses three common errors regarding this topic.

KEY WORDS

Iodine deficiency. Gestation.

INTRODUCCIÓN

No es objeto de este artículo, repetir una vez más qué son los trastornos (TDY) en el recién nacido causados por el déficit moderado de yodo existente en todas las mujeres embarazadas españolas debido a la pobreza de nuestro suelo y a otras razones, ya que suponemos conocimientos suficientes sobre el tema y en todo caso aportamos referencias bibliográficas abundantes, antes bien queremos referirnos a algunas confusiones, que no deberían serlo, por ser aspectos suficientemente claros y avalados a día de hoy, tanto científica como normativamente, hasta el punto de que la ignorancia de los mismos puede hacernos incurrir en responsabilidad legal y en una incorrecta atención a la salud de la mujer embarazada que es sin duda nuestro primer objetivo.

CORRESPONDENCIA:

Dr. J. Haya

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

C/ Obispo Rafael Torija, S/N

13005- Ciudad Real

DISCUSIÓN

1. El déficit moderado de yodo o hipotiroxinemia NO es lo mismo que el hipotiroidismo, esta afirmación repetida por los grandes expertos en la materia (Gabriela Morreale, Federico Soriguer, A. Puertas, E. Delgado, J. Arena...) no parece evitar la confusión habitual, de ambos conceptos en muchas ocasiones.

Los programas de detección precoz del hipotiroidismo congénito tienen en este momento una cobertura universal en todas las CCAA que realizan las pruebas de detección a todos los recién nacidos para instaurar el tratamiento lo antes posible, y también "hemos superado aquella catastrófica historias de grandes bocios y cretinismos" en palabras del propio Federico C. Soriguer.

El déficit moderado de Yodo o los trastornos por déficits moderados de Yodo, conocidos como TDY son un conjunto de alteraciones que causan deficiencias neurológicas y sensoriales en el recién nacido, procesos distintos del hipotiroidismo congénito al que nos referíamos.

2. La solución NO es la nutrición, adecuada por supuesto, las necesidades diarias, ya que el yodo no se deposita y el que no se utiliza se excreta por orina, de una mujer embarazada no pueden cubrirse con la ingesta de alimentos ricos en Yodo, primero porque hay pocos alimentos ricos en Yodo, y después porque se necesitarían cantidades de estos alimentos muy grandes y por tanto no recomendables.

Debemos detenernos especialmente en la sal yodada, si bien en el siglo pasado fue de una utilidad indiscutible hoy no puede decirse lo mismo.

En el siglo pasado, hubo épocas en las que el hambre afectaba a gran parte de la población, posteriormente la mejora del nivel de vida mejoró los hábitos nutricionales, pero la oferta calórica estaba lejos de alcanzar los niveles actuales en muchos casos peligrosos.

La sal siempre ha sido un factor de riesgo para la salud pero en la situación que describimos del pasado siglo no se asociaba a otros factores que sin duda existen hoy.

Los trastornos del uso abusivo de sal se conocen desde principios de siglo cuando se investigaron las causas de los edemas, la cirrosis y de las enfermedades renales, posteriormente se comprobó que agravaba la hipertensión arterial y, actualmente, nuevos estudios la relacionan cada día más con la obesidad, verdadera epidemia del siglo XXI en nuestro país y con el metabolismo del calcio agravando la

osteoporosis, primera causa de discapacidades en la mujer española de más de 65 años.

No puede extrañar que diferentes organismos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión Europea, tengan el objetivo de reducir la cantidad de sal consumida en la dieta por la población.

La mayoría de los alimentos procesados tienen un exceso de sal, y las tres cuartas partes de los alimentos que tomamos son procesados. Nuestra sociedad consume demasiada sal, los expertos afirman que el doble de las dosis máximas recomendadas.

Las agencias e instituciones europeas están trabajando juntas para armonizar la normativa europea relativa al etiquetado de los alimentos, en concreto, en cuanto a los niveles de ingredientes como la sal, estableciendo unos niveles máximos. Al mismo tiempo, se buscan mecanismos de información al ciudadano sobre la sal que consume a diario en los alimentos para que no agrave la situación añadiendo además "sal de mesa".

El Reglamento Europeo "relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos", en vigor en España desde julio de 2007, define la información que ha de llegar a los ciudadanos a fin de garantizar la veracidad de las declaraciones efectuadas por la industria alimentaria. La nueva regulación impone la necesidad de que las sustancias sobre las que se efectúa la declaración hayan demostrado poseer un efecto nutricional o fisiológico beneficioso, y que la sustancia objeto de la declaración esté presente en el producto final en cantidades que sean suficientes, o que esté ausente o presente en cantidades reducidas adecuadas para producir el efecto nutricional o fisiológico declarado. De la misma forma, la sustancia debe ser asimilable por el organismo. Además, la cantidad de alimento que sea razonable esperar que se consuma debe proporcionar una cantidad significativa de la sustancia que produce el efecto nutricional o fisiológico declarado¹.

Aquellos alimentos que superen una cantidad establecida de sal en su composición NO pueden optar a solicitar la declaración de alimento saludable.

En esta línea y en línea con el resto de Europa, el Consejo de Ministros español aprobó el 23 de mayo de 2008 la "Estrategia en salud alimentaria 2008-2011" que incluye el "Plan de reducción de consumo de sal".

Así las cosas, las recomendaciones de consumo diario de sal están disminuyendo a medida que se analiza con más profundidad el problema.

La primera causa de muerte en España es la patología cardiovascular, la primera recomendación que ha de hacerse a la población general es disminuir el consumo de sal y especialmente a la mujer embarazada ha de informársele de los riesgos de añadir sal a la comida.

Es incuestionable que la poca sal que podemos tomar debería ser yodada, pero en las escasas cantidades diarias de sal que debemos recomendar no es posible que se contengan las dosis necesarias para subvenir las necesidades de la mujer embarazada ni de colectivos de riesgo en cuanto al déficit de yodo.

3. Los complejos polivitamínicos NO contienen la dosis suficiente para prevenir las deficiencias causadas por los TDY

Es necesario diferenciar el término "medicamento" de otras sustancias, tales como algunos complementos alimenticios a base de vitaminas y minerales que conteniendo yodo en su composición no alcanzan las dosis adecuadas del mismo para el fin perseguido. No alcanzan las dosis porque la Normativa Comunitaria impide expresamente a dichos complementos alimenticios alcanzarlas en su composición. Así, todos los que a día de hoy existen en el mercado deben tener dosis menores de 200 mcg de yoduro potásico. Además, la normativa comunitaria prohíbe expresamente atribuir a un complemento alimenticio propiedades de prevención, tratamiento o curación de una enfermedad humana, o cualquier referencia a estas propiedades².

La actual Ley del Medicamento también prohíbe expresamente la prescripción "fuera de indicación", es decir, un medicamento sólo se puede prescribir en aquella indicación que esté recogida en la Ficha Técnica y el Prospecto del mismo. Por tanto, es necesario contar con la autorización administrativa que permite incluir tal indicación en el prospecto y ficha técnica, por haber probado su eficacia y seguridad³.

Los complementos polivitamínicos no han probado su eficacia y seguridad porque no son fármacos y no sirven para prevenir deficiencias en el recién nacido ni causadas por el déficit de Yodo, ni causadas por el déficit de ácido Fólico.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en el que están representadas todas las Comunidades Autónomas, en el año 2003, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) en 2004, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) en diciembre de 2005, el Consejo de Ministros de 16 de junio de 2006 en el PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2006-2009, nuevamente la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) en 2007, la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), UNICEF, la Asociación Nacional de Matronas y las Asociaciones de Espina Bífida y de Genética, en la "Guía de prevención de defectos congénitos", publicada en 2007 por el Ministerio de Sanidad, todas estas entidades han asumido la siguiente recomendación :

"La mujer gestante debe recibir un suplemento farmacológico diario de al menos 200 microg. de Yoduro Potásico, a ser posible antes del embarazo, durante toda la gestación y mientras dure la lactancia materna". ¿A qué esperamos?

¹ Reglamento (CE) número 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. (Diario Oficial de la Unión Europea número L 404 de 30 de diciembre de 2006)1.

² a) Real Decreto 1275/2003, de 10 de octubre, relativo a los complementos alimenticios².

b) DIRECTIVA 2008/100/CE DE LA COMISIÓN de 28 de octubre de 2008 relativa al etiquetado sobre propiedades nutritivas de los productos alimenticios, en lo que respecta a las cantidades diarias recomendadas.

ANEXO I. Vitaminas y sales minerales que pueden declararse y sus cantidades diarias recomendadas (CDR) Yodo (μg) 150.

³ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Artículo original

Frecuencia de complicaciones intra y postoperatorias en la cirugía del cáncer de endometrio en estadios iniciales: vía laparoscópico-vaginal versus vía laparotómica.

Frequency of intraoperative and postoperative complications in surgery for endometrial cancer in early stages: laparoscopic-vaginal way versus laparotomy way.

Sánchez-Hidalgo L, Haya J, López de la Manzanara C, Sánchez- Hipólito L, Adsuar E, Guixeres M^a.

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Ciudad Real

RESUMEN

Objetivos: Demostrar un menor número de complicaciones intra y postoperatorias en las pacientes con cáncer de endometrio en estadios iniciales sometidas a la cirugía laparoscópico-vaginal al compararlas con la vía laparotómica.

Diseño: Estudio analítico, observacional y retrospectivo, de 34 pacientes con cáncer de endometrio en estadios iniciales (I y II) intervenidas por ambas vías quirúrgicas. Las variables de comparación fueron: tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias y estancia media hospitalaria.

Resultados: La vía laparoscópico-vaginal presentó un 11,8 % de complicaciones postoperatorias frente al 52,9 % de la vía laparotómica ($p=0,03$). No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de complicaciones intraoperatorias ni en la pérdida sanguínea. El tiempo medio quirúrgico fue de 185,9 minutos \pm 24,2 para la vía laparotómica y de 227,65 minutos \pm 39,3 para la vía laparoscópico-vaginal ($p=0,001$). La estancia media hospitalaria fue de 11,41 días \pm 5,8 para la vía laparotómica, y de 4,71 días \pm 1,8 para la vía laparoscópico-vaginal.

Conclusiones: La vía laparoscópico-vaginal presenta una menor frecuencia de complicaciones intraoperatorias, un mayor tiempo quirúrgico y una menor estancia media hospitalaria.

PALABRAS CLAVE

Cáncer endometrio, histerectomía, laparoscopia, complicaciones postoperatorias, laparotomía, linfadenectomía.

SUMMARY

Objective: To demonstrate fewer intra and postoperative complications in patients with endometrial cancer in initial stages (I and II) undergoing laparoscopic-vaginal surgery when compared with laparotomy.

Design: Analytical observational retrospective study of 34 patients with early stage endometrial cancer (I and II) treated by both surgeries. The variables of comparison were: duration of surgery, blood loss, intraoperative complications, early postoperative complications and mean hospital stay.

Results: The laparoscopic-vaginal surgery presented 11.8% of postoperative complications compared with 52.9% of laparotomy surgery ($p = 0.03$). There were no significant differences in the frequency of intraoperative complications or blood loss. The mean time of surgery was 185.9 minutes \pm 24.2 for the laparotomy surgery and 227.65 minutes \pm 39.3 for laparoscopic-vaginal surgery ($p = 0.001$). The mean hospital stay was 11.41 days \pm 5.8 for laparotomy, and 4.71 days \pm 1.8 for the laparoscopic-vaginal surgery.

Conclusions: The laparoscopic-vaginal surgery has a lower frequency of intraoperative complications, increased operative time and lower mean hospital stay.

KEYWORDS

Endometrial cancer, hysterectomy, laparoscopic, postoperative complications, laparotomy, lymphadenectomy.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 25 años, el cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente en países desarrollados¹⁻⁹. Es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres norteamericanas².

CORRESPONDENCIA:

Dra. Lucía Sánchez Hidalgo

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Hospital General de Ciudad Real

Avda/ Rafael Torija s/n, torre administrativa 3^a planta

Teléfono: 926-278000 (extensión 79781)

E-mail: lhucia@hotmail.com

En el mundo occidental, la incidencia aproximada del cáncer de endometrio es de 17/100.000 habitantes/año, con una mortalidad de 7/100.000 habitantes/año. La incidencia de la enfermedad varía geográficamente: es más alta en Estados Unidos y en Canadá, y más baja en China e India¹.

En el momento del diagnóstico, en el 75% de los casos la enfermedad se encuentra localizada en el cuerpo del útero (estadio I de la FIGO), y el 10 % con afectación del cérvix (estadio II de la FIGO), correspondiendo a estadios iniciales^{1, 2, 3, 5, 7}.

Los principales factores de riesgo de padecer cáncer de endometrio son: Obesidad (Índice de masa corporal ≥ 25 Kg./m²), edad avanzada (en un 90% de los casos, la edad de las pacientes sobrepasa los 50 años), menarquia temprana, menopausia tardía (por encima de los 55 años) nuliparidad, infertilidad, diabetes mellitus, HTA, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y toma de Tamoxifeno y consumo exógeno de estrógenos^{1, 4, 7, 8}. El tabaquismo, la gestación y la toma de anticonceptivos hormonales combinados (estrógenos más progesterona) son factores protectores frente al cáncer de endometrio⁸.

En un 80-90% de los casos, la enfermedad se manifiesta clínicamente en forma de metrorragia postmenopáusica. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma endometriode¹.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio en estadios iniciales ha experimentado notables cambios en las dos últimas décadas. Desde 1988, se lleva realizando el estadiaje quirúrgico del cáncer de endometrio. El tratamiento quirúrgico convencional para los estadios iniciales ha sido siempre una laparotomía (mediante incisión media), con histerectomía abdominal total, anexectomía bilateral, lavado peritoneal (para análisis citológico) y, en pacientes de alto riesgo, linfadenectomía pélvica y/o paraaórtica^{2-6, 9, 10}.

Sin embargo, hay un alto número de pacientes con alta comorbilidad (HTA, obesidad, diabetes) en las que la cirugía abdominal incrementa el riesgo de complicaciones. En estas pacientes de riesgo, la histerectomía vaginal puede ser la alternativa al abordaje quirúrgico abdominal, con los inconvenientes de no poder realizar linfadenectomía, dificultad para realizar la anexectomía e imposibilidad de obtener una buena exploración de la cavidad abdominal²⁻⁵.

En los últimos años, ha habido un interés creciente por el empleo de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas en el tratamiento del cáncer de endometrio en estadios iniciales, como es la cirugía laparoscópica²⁻¹⁹. La primera histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en el cáncer de endometrio fue descrita por Childers y Surwit en los años 90^{13, 14, 20, 21}. Posteriormente, la linfadenectomía por vía laparoscópica se introdujo como parte del tratamiento y estadiaje quirúrgicos del cáncer de endometrio.

La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, con o sin linfadenectomía, permite obviar las limitaciones que presenta la vía vaginal aislada, y se muestra como una técnica fiable y segura para el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio en estadios iniciales (estadio I de la FIGO).

Numerosos estudios han demostrado las múltiples ventajas que ofrece la vía laparoscópica: menor número de complicaciones quirúrgicas, menor dolor postoperatorio y menor pérdida sanguínea durante la intervención^{6, 8, 10, 12-16}.

Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Técnica quirúrgica.

Se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg. Se realiza una primera incisión infraumbilical de 1,5 a 2cm. Se introduce a su través trocar de Hasson (12mm) para conseguir pneumoperitoneo e introducción de óptica. Se colocan 2 trocares accesorios de 5 mm, a nivel de ambas fosas iliacas, y un tercer trocar de 11 mm a nivel suprapúbico (para manipulación y extracción de los ganglios iliacos). Previa inspección de la cavidad peritoneal, se realiza lavado peritoneal. Se procede a la coagulación, sección y corte de ambos ligamentos redondos, infundibulopélvicos y ligamento ancho. Se continúa con la disección de la plica vesicouterina. El resto de la histerectomía se completa por vía vaginal.

La linfadenectomía pélvica se realiza extrayendo todas las adenopatías del territorio de la iliaca común y de ambos vasos iliacos externos, así como de la fosa obturatriz. Es obligatoria la comprobación detenida de la hemostasia. Se procede al cierre de la incisión infraumbilical con material reabsorbible. Se colocan ágrafes en el resto de incisiones^{5, 10}.

El papel de la linfadenectomía pélvica en estadios iniciales (I y II) del cáncer de endometrio continúa siendo controvertido. A pesar de que la linfadenectomía no parece tener efecto en la supervivencia de estas pacientes, puede identificar a otras con estado avanzado de la enfermedad y facilitar así el tratamiento adyuvante. La ACOG recomienda realizar el estadiaje quirúrgico mediante linfadenectomía pélvica y/o paraaórtica en todas aquellas mujeres que sean candidatas a la cirugía²⁰.

Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia versus laparotomía.

Múltiples estudios han comparado los resultados obtenidos en la cirugía realizada vía laparoscópico-vaginal y los obtenidos vía laparotómica. En ellos, se afirma que la vía laparoscópico-vaginal proporciona el mismo estadiaje y la misma efectividad en el tratamiento del cáncer de endometrio en estadios iniciales que la vía laparotómica, ofreciendo ventajas como una estancia hospitalaria más corta, un menor número de complicaciones intra y postoperatorias, una recuperación más rápida y mejor calidad de vida para la paciente, aunque con una mayor duración media de la intervención²⁻¹⁹. Algunos estudios incluso afirman que la laparoscopia es una técnica segura y efectiva para pacientes obesas (IMC 25-30)²¹ y de edad avanzada (por encima de 65 años)²² diagnosticadas de cáncer de endometrio en estadios iniciales.

Por todo ello, se puede concluir que la cirugía por vía laparoscópica en el cáncer de endometrio es un método tan fiable y seguro como la cirugía abdominal, aportando numerosas ventajas adicionales.

Este estudio fue diseñado para demostrar la menor frecuencia de complicaciones quirúrgicas acontecidas en las pacientes intervenidas por vía laparoscópico-vaginal al compararlas con las pacientes intervenidas por vía laparotómica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Se ha realizado un estudio piloto observacional, analítico y retrospectivo. En él se compara la frecuencia de complicaciones intra

y postoperatorias entre dos vías de abordaje quirúrgico del cáncer de endometrio en estadios iniciales (vía laparotómica versus vía laparoscópico-vaginal).

Se incluyó a 34 pacientes diagnosticadas de cáncer de endometrio en estadios iniciales (I y II) que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital General de Ciudad Real, desde el 1 de Enero de 2007 al 31 de Marzo de 2009. De ellas, 17 fueron intervenidas entre el 1 de Enero de 2007 y 31 de marzo de 2008, momento en el que la única cirugía empleada era la laparotómica. Las otras 17 fueron intervenidas entre el 1 de abril de 2008 y el 31 de marzo de 2009, periodo en el que se adoptó únicamente la vía laparoscópico-vaginal.

La recogida de datos se realizó a partir de la revisión de las historias clínicas de las pacientes incluidas en el estudio.

Variables de estudio

Para establecer la similitud entre las pacientes estudiadas, se analizaron las siguientes variables: edad (años), paridad (nulípara, primípara, múltipara), obesidad ($IMC \geq a 25 \text{ Kg. /m}^2$), Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, dislipemia, clínica inicial (metrorragia postmenopáusica) y hallazgos ecográficos (endometrio engrosado $> 15 \text{ mm}$).

Para poder evaluar las complicaciones intra y postoperatorias, se compararon las siguientes variables: tiempo quirúrgico (minutos), complicaciones intraoperatorias; complicaciones postoperatorias tempranas (fiebre, necesidad de transfusión sanguínea, dehiscencia de herida quirúrgica, infección de herida quirúrgica, formación de seroma) y días de estancia media hospitalaria. Para evaluar la pérdida sanguínea durante la intervención, se analizaron las siguientes variables: hemoglobina precirugía (gr/dl); hematocrito precirugía (%); hemoglobina postcirugía (gr/dl); hematocrito postcirugía (%); diferencia de hemoglobina (hemoglobina precirugía - hemoglobina postcirugía) y diferencia de hematocrito (hematocrito precirugía-hematocrito postcirugía). Todas las determinaciones analíticas postcirugía corresponden al primer día del postoperatorio.

Tamaño muestral

Se realizó un estudio piloto con 34 pacientes. Tomamos como variable principal la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas. Basándonos en los resultados obtenidos, para dicha variable, en estudios previos^{2,4} y empleando el programa EPIDAT versión 3.1, se estimó que el tamaño de muestra necesario para asumir un error alfa del 5% y una potencia estadística del 80% sería de 140 pacientes (70 en cada grupo de comparación).

Análisis estadístico

Los resultados se expresaron como media aritmética (desviación estándar) para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas (porcentajes) para las variables cualitativas. Se llevó a cabo un estudio de comparación de medias para dos grupos independientes, siendo la variable definitoria de ambos grupos el tipo de técnica quirúrgica. Se aplicó la prueba T de Student para las variables cuantitativas que siguieron una distribución normal, y la prueba U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas no normales y para las variables ordinales. En el caso de las variables cualitativas, se realizó una comparación de proporciones para dos grupos independientes, mediante la prueba de Ji-cuadrado para tablas 2x2 y la prueba exacta de Fisher. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 15.0).

En todos los análisis estadísticos, se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

De acuerdo con el objetivo del estudio, se describen los resultados de las 34 pacientes diagnosticadas de cáncer de endometrio en estadios iniciales, intervenidas mediante histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) y mediante histerectomía abdominal total vía laparotómica (HAT).

Características basales de la población de estudio

La edad media (desviación estándar) fue de 63,88 (10,6) años en el grupo de pacientes sometidas a HAT, frente a 61,35 (12,3) años en las pacientes intervenidas mediante HVAL. Las 17 pacientes (100%) intervenidas por HAT eran multiparas, y sólo 14 (82,4%) de las intervenidas mediante HVAL lo fueron. En cuanto a los factores de riesgo de cáncer de endometrio, la hipertensión arterial y la obesidad se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de pacientes intervenidas por laparotomía, mientras que la dislipemia y la diabetes fueron más frecuentes en las pacientes intervenidas por HVAL. Presentaron clínica inicial en forma de metrorragia postmenopáusica 15 (88,2%) de las 17 pacientes intervenidas mediante HAT, y 13 (76,5%) de las intervenidas por vía HVAL. Como hallazgo ecográfico, se describió endometrio engrosado ($> 15 \text{ mm}$) en 13 pacientes (76,5%) de cada uno de los grupos. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para ninguna de las variables analizadas (tabla 1).

TABLA 1
Características basales de la población de estudio

	HAT (n=17)	HVAL (n= 17)	p
Edad (años)			
Media \pm DE	63,88 \pm 10,6	61,35 \pm 12,3	0,53
Paridad			0,07
Nulípara, n° (%)	0	2 (11,8%)	
Primípara, n° (%)	0	1(5,9%)	
Múltipara, n° (%)	17(100%)	14 (82,4%)	
FR Ca. endometrio			
Obesidad , n° (%)	7 (41,2%)	5 (29,4%)	0,72
HTA, n° (%)	13 (76,5%)	9 (52,9%)	0,23
Dislipemia, n° (%)	3 (17,6%)	5 (29,4%)	0,67
DM, n° (%)	4 (23,5%)	5 (29,4%)	1
Metrorragia postmneopáusica			
n° (%)	15 (88,2%)	13 (76,5%)	0,65
Endometrio engrosado (eco)			
n° (%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	1

DE: desviación estándar; HVAL: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia; HAT: histerectomía abdominal total laparotómica; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; Eco: ecográfico; Datos analizados con el test de Student y la prueba exacta de Fisher.

TABLA 2
Comparación de la frecuencia de complicaciones intra y postoperatorias

	HAT (n=17)	HVAL (n=17)	p	E.C.
Complicaciones intraoperatorias; n° (%)	1 (5,9%)	0	1	F
Complicaciones postoperatorias; n° (%)	9 (52,9%)	2 (11,8%)	0,03	tp=6,6
- Fiebre; n° (%)	2 (11,8%)	0	0,48	F
- Transfusión sanguínea; n° (%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	1	F
- Dehiscencia herida; n° (%)	0	0	-	-
- Infección herida; n° (%)	0	0	-	-
- Seroma herida; n° (%)	7 (41,2%)	0	0,007	F
Pérdida sanguínea:				
- Hb precirugía (gr/dl)				
Media ± D	13,7 ± 1,4	13,1 ± 1,1	0,71	tp=-0,3
- Hto precirugía (%)				
Media ± DE	39,7 ± 3,8	41,24 ± 3,2	0,25	tp=-0,1
- Hb postcirugía (gr/dl)				
Media ± DE	10,1 ± 1,6	11,2 ± 1,3	0,005	Up=64
- Hto postcirugía (%)				
Media ± DE	30,3 ± 4,9	33,7 ± 4,3	0,02	Up=78
- Diferencia Hb (gr/dl)				
Media ± DE	3,6 ± 1,6	2,6 ± 1,3	0,12	Up=99
- Diferencia Hto (%)				
Media ± DE	9,4 ± 5,3	7,6 ± 4,1	0,30	tp=1,08

HVAL: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia; HAT: histerectomía abdominal total laparotómica; EC: estadístico de contraste; Hb: hemoglobina; Hto: hematocrito; DE: desviación estándar; F: prueba exacta de Fisher; tp: t de Student; Up: estadístico U de Mann-Whitney.

Complicaciones intraoperatorias

Sólo 1 (5,9%) de las pacientes sometidas a HAT presentó complicaciones durante la intervención, debidas a problemas respiratorios, no describiéndose ningún caso entre las pacientes intervenidas por HVAL (p=1). (Tabla 2).

Complicaciones postoperatorias

Analizadas en su conjunto, el porcentaje de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a HAT fue del 52,9%, frente al 11,8% en las pacientes sometidas a HVAL (p= 0,03), por lo que se puede afirmar que el porcentaje de complicaciones postoperatorias difiere según la vía quirúrgica empleada (Tabla 2).

Pérdida sanguínea

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para los valores medios de hemoglobina y hematocrito previos a la cirugía. El valor medio de hemoglobina postcirugía fue superior en 1,1 gr/dl (estadístico Mann-Whitney=64, p=0,005) en las pacientes intervenidas vía HVAL (media=11,2 gr/dl, DE=1,3, n=17) que en las intervenidas por laparotomía (media=10,1 gr/dl, DE=1,6, n=17). El valor medio de hematocrito postcirugía fue superior en un 3,4% (estadístico de Mann-Whitney=78, p=0,023) en el grupo intervenido vía HVAL (media=33,7 %, DE=4,3, n=17) que en el grupo intervenido

por vía laparotómica (media=30,3%, DE=4,9, n=17). El valor medio de la diferencia de hemoglobina (precirugía – postcirugía) fue superior en 1gr/dl (estadístico de Mann-Whitney=99, p=0,12) en el grupo sometido a HAT (media=3,6 gr/dl, DE=1,6) que en el grupo intervenido mediante HVAL (media=2,6 gr/dl, DE= 1,3). El valor medio de la diferencia de hematocrito (precirugía-postcirugía) fue un 1,8% superior (estadístico t Student=1,08, p=0,3) en las pacientes intervenidas mediante HAT (media= 9,4%, DE= 5,3) que en las intervenidas mediante HVAL (media= 7,6%, DE=4,1). Todos los resultados se recogen en la tabla 2.

Fiebre

Sólo 2 pacientes (11,8%) de las que fueron intervenidas mediante HAT presentaron fiebre en el postoperatorio, y ninguna de las intervenidas vía HVAL (p=0,48) (tabla 2).

Necesidad de transfusión sanguínea

No fue necesario transfundir a ninguna de las pacientes intervenidas por vía HVAL, y sólo se requirió en 2 de las pacientes sometidas a HAT (p=1).

Herida quirúrgica

No se produjo dehiscencia ni infección de la herida quirúrgica en ninguna de las 34 pacientes estudiadas. 7 (41,2%) de las pacientes intervenidas mediante HAT presentaron seroma de la herida, no apareciendo en ninguna de las intervenidas vía HVAL (p=0,007) (tabla 2).

TABLA 3
Morbilidad quirúrgica

	HAT (n=17)	HVAL (n= 17)	p
Tiempo quirúrgico (minutos)			
Media ± DE	185,9 ± 24,2	227,6 ± 39,3	0,001
Estancia hospitalaria (días)			
Media ± DE	11,41 ± 5,8	4,71 ± 1,8	<0,001

HAT: Histerectomía abdominal total laparotómica; HVAL: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia; DE: desviación estándar. Datos analizados con la prueba U de Mann-Whitney.

Tiempo quirúrgico

El tiempo medio de la intervención fue superior en 41,75 minutos (estadístico Mann-Whitney =53, $p=0,001$) en el grupo de pacientes intervenidas por HVAL (media= 227,6 minutos, DE= 39,3, $n=17$) que en el grupo de pacientes intervenidas de HAT (media= 185,9 minutos, DE= 24,2, $n=17$) (tabla 3).

Estancia media hospitalaria

La estancia media hospitalaria fue 6,7 días superior (estadístico de Mann-Whitney=16, $p<0,001$) en las pacientes intervenidas vía HAT (media=11,41 días, DE=5,8, $n=17$) que en las intervenidas vía HVAL (media=4,71 días, DE= 1,8, $n=17$) (tabla 3).

DISCUSIÓN

La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) ha demostrado ser una técnica segura y fiable para el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio en estadios iniciales (I y II)^{6, 8, 10, 12-16}.

Numerosos estudios han comparado los resultados obtenidos en la cirugía vía HVAL y los obtenidos vía histerectomía abdominal total laparotómica (HAT)^{2,5, 7, 10, 11, 13, 16, 18, 19}.

En nuestro estudio, no encontramos diferencias significativas entre las características basales de las pacientes de ambos grupos de comparación.

Observamos un porcentaje de complicaciones postoperatorias tempranas significativamente menor en el grupo de pacientes intervenidas mediante HVAL (11,8%) al compararlo con la vía HAT (52,9%), en concordancia con estudios previos^{2, 10, 11, 18, 19}. Frigerio et al describieron un porcentaje de complicaciones postoperatorias en el grupo de pacientes intervenidas vía HVAL del 10,9% ($p<0,001$)². La tasa de complicaciones postoperatorias en el grupo tratado mediante HVAL observada por Germignani et al fue del 6%, frente al 39% en las pacientes tratadas con HAT¹⁰. Zullo et al, en un estudio prospectivo, randomizado y controlado de 84 pacientes, describieron una menor frecuencia de complicaciones postoperatorias en el grupo sometido a HVAL ($p<0,005$). Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en la frecuencia de complicaciones intraoperatorias¹¹. Kalogiannidis et al no encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de complicaciones postoperatorias en ambas vías quirúrgicas (7% en el grupo de HVAL y 8% en el grupo de HAT, $p=0,8$)⁵; al igual que Eltabakh et al¹⁶.

Sólo observamos complicaciones intraoperatorias en una de las pacientes sometidas a HAT, debido a problemas respiratorios relacionados con la intubación.

No se encontraron diferencias significativas para la pérdida sanguínea intraoperatoria en ninguno de los dos grupos de comparación. La diferencia de hemoglobina (precirugía -postcirugía) fue 1,1 gr/dl superior en el grupo sometido a HAT, sin que observáramos diferencias estadísticas entre ambos grupos.

Tampoco observamos diferencias estadísticas al analizar las diferencias de hematocrito (precirugía - postcirugía). Sin embargo, el valor medio de hematocrito en el primer día postoperatorio fue superior en un 3,4% en el grupo intervenido por vía HVAL ($p=0,02$), al igual que el valor medio de hemoglobina (superior en 1,2 gr/dl en el grupo intervenido vía HVAL, $p=0,005$). No se pudo cuantificar la pérdida sanguínea intraoperatoria (cm^3). Estudios previos mostraron una mayor pérdida sanguínea (medida en términos cuantitativos) en las pacientes intervenidas mediante HAT^{2,5,8,9}, mientras otros mostraron pérdidas similares en ambos grupos^{3, 10, 13, 16}.

En nuestro estudio, el tiempo quirúrgico fue superior en 42,8 minutos ($p=0,001$) en el grupo sometido a HVAL (media de 227,65 minutos $\pm 39,3$) al compararla con la duración de la HAT (media de 185,9 minutos $\pm 24,2$). Todos los estudios previos revisados aportaron datos similares^{2, 5, 10, 11, 16, 19} salvo Tollund et al, que describieron una duración similar en ambas técnicas quirúrgicas¹⁸.

Todos los estudios previos mostraron una estancia media hospitalaria significativamente menor en las pacientes intervenidas vía HVAL. En nuestro estudio, la estancia media hospitalaria fue de 4,7 días $\pm 1,8$ tras la cirugía vía HVAL, y de 11,4 días $\pm 5,8$ tras la cirugía vía HAT ($p<0,001$). Estudios europeos demostraron datos similares^{2, 3, 5, 19}, al igual que estudios americanos, en los que la estancia media fue aún menor para ambos grupos (entre 2,5 y 2,7 días para la cirugía vía HVAL y de 5,2 a 5,9 días para la cirugía vía HAT)^{10, 13}.

Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, se trata de un estudio retrospectivo y no randomizado. Además, se diseñó como estudio piloto con el objetivo de confirmar la menor frecuencia de complicaciones quirúrgicas derivadas de la cirugía laparoscópico-vaginal en pacientes con cáncer de endometrio en estadios iniciales. A pesar del pequeño tamaño muestral, se han observado diferencias significativas en la proporción de complicaciones postquirúrgicas obtenidas por dicha vía quirúrgica. Este resultado y el probable beneficio clínico de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia deben evaluarse en un grupo mayor de pacientes.

CONCLUSIONES

La vía laparoscópico-vaginal (histerectomía vaginal asistida por laparoscopia) es una técnica segura para el tratamiento del cáncer de endometrio en estadios iniciales, y presenta una menor frecuencia de complicaciones postoperatorias, un mayor tiempo quirúrgico y una menor estancia media hospitalaria.

BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía clínica del Adenocarcinoma de endometrio. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Enero 2007

2. Frigerio L, Gallo A, Ghezzi F, Trezzi G, Lussana M, Franchi M. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in endometrial cancer. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2006) 93, 209-213.
3. Zullo F, Palomba S, Russo T, et al. A prospective randomized comparison between laparoscopic and laparotomic approaches in women with early stage endometrial cancer: A focus on the quality of life. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 193, 1344-52.
4. Janda M, Gebiski V, Forder P, Jackson D, Williams G, Obermair A. Total laparoscopic versus open surgery for stage 1 endometrial cancer: The LACE randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials* 27 (2006) 353- 363.
5. Kalogiannidis I, Lambrechts S, Amant F, Neven P, Van Gorp T, Vergote I. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal hysterectomy in clinical stage I endometrial cancer: safety, recurrence, and long-term outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:248.e1-248.e8.
6. Granado de la Orden S, Reza M, Blasco Juan A, Andradás E, Callejo D, Pérez T. Laparoscopic Hysterectomy in the treatment of endometrial Cancer: A Systematic Review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, Vol 15, No4, July/August 2008.
7. Bijen C BM, Briët JM, de Böck GH, et al. Total laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy in the treatment of patients with early stage endometrial cancer: A randomized multi center study. *BMC Cancer* 2009, 9:23.
8. Bakkum-Gamez JN, Gonzalez-Bosquet J, Laack NN, Mariani A, Dowdy SC. Current Issues in the Management of Endometrial Cancer. *Mayo Clin Proc.* January 2008;83(1):97-112
9. Kitchener HC. Surgery for endometrial cancer: what type and by whom?. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Vol 15, No 3, pp 407-415, 2001.
10. Gemignani ML, Curtin JP, Zelmanovich J, Patel DA, Venkatraman E, Barakat RR. Laparoscopic-Assisted Vaginal Hysterectomy for Endometrial Cancer: Clinical Outcomes and Hospital Charges. *Gynecologic Oncology* 73, 5-11 (1999).
11. Zullo F, Palomba S, Falbo A, et al. Laparoscopic surgery vs laparotomy for early stage endometrial cancer: long-term data of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:296.e1-296.e9.
12. Humphrey MM, Apte SM. The Use of Minimally Invasive Surgery for Endometrial Cancer. *Cancer Control*. January 2009, Vol 16, No. 1.
13. Tay Eng-Hseon. Laparoscopic Pelvic Surgery for endometrial Cancer. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38:130-5.
14. Schlaerth AC, Abu-Rustum NR. Role of Minimally Invasive Surgery in Gynecologic Cancers. *The Oncologist* 2006; 11: 895-901.
15. Fowler JM. The Role of Laparoscopic Staging in the Management of Patients with Early Endometrial Cancer. *Gynecologic Oncology* 73, 1-3 (1999).
16. Eltabbakh G, Shamonki MI, Moody JM, Lee Garafano L. Laparoscopy as the Primary Modality for the Treatment of Women with Endometrial Carcinoma. *American Cancer Society. Cancer* January 15, 2001. Volume 91. Number 2.
17. Lee C-L, Huang K-G, Chen H-L, Yen C-F. The Roles of Endoscopy in Endometrial Cancer. *Taiwan J Obstet Gynecol*. December 2008. Vol 47. No 4.
18. Tollund, Lisbeth, Hansen, Birgit and Kjer, Jens Jorgen. Laparoscopic-assisted vaginal vs. abdominal surgery in patients with endometrial cancer stage 1. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (2006). 85: 9,1138-1141.
19. Kuoppala T, Tomás E, Heinonen P.K. Clinical outcome and complications of laparoscopic surgery compared with traditional surgery in women with endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet* (2004) 270: 25-30.
20. Neubauer NL, Havrilesky LJ, Calingaert B et al. The role of lymphadenectomy in the management of preoperative grade 1 endometrial carcinoma. *Gynecologic Oncology* 112 (2009) 511-516.
21. Eltabbakh G, Shamonki MI, Moody JM, Lee Garafano L. Hysterectomy for Obese Women with Endometrial Cancer: Laparoscopy or Laparotomy?. *Gynecologic Oncology* 78, 329-335 (2000).
22. Scribner DR, Walker JL, Johnson GA, McMeekin SC, Gold MA, Mannel RS. Surgical Management of Early-Stage Endometrial Cancer in the Elderly: Is Laparoscopy Feasible? *Gynecologic Oncology* 83, 563-568 (2001).

Artículo original

El hospital como escuela de salud

Hospital as health school

Haya J^{1,2}, Espinosa B¹, Pérez M¹, Anaya MA², Luengo A², Vitzu AM²

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real¹. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Ciudad Real²

RESUMEN

Los hospitales han cambiado mucho desde su fundación, allá desde la Edad Media, como refugio de peregrinos y moribundos, hasta la actualidad, en donde se desarrolla tecnología punta y se lucha contra la enfermedad de una manera muy efectiva en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, es de esperar que en los próximos años los hospitales den un paso más, y no sean únicamente un lugar en donde se acude en situación de enfermedad, sino que se conviertan en una fuente de formación de la población en cuestiones básicas de salud. El presente artículo desarrolla las líneas maestras por las cuales pensamos que deberían dirigirse los esfuerzos para convertir los hospitales en auténticas "Escuelas de Salud".

PALABRAS CLAVE

Hospital. Medicina preventiva. Educación sanitaria

SUMMARY

Hospitals have changed much since its foundation, there since the Middle Ages, as a refuge for pilgrims and dying, until today, where it develops technology and disease control in a very effective in most cases. However, it is hoped that in coming years hospitals take a step further, and not just a place where you go in situations of illness but become a source of training of people in basic health issues. This article develops the guidelines by which we think that efforts should be directed to turn hospitals into genuine "Schools Health".

KEY WORDS

Hospital. Preventive Medicine. Health education

CORRESPONDENCIA:

Dr. J. Haya

Hospital General de Tomelloso.

Vereda de Socuéllamos S/N Tomelloso. Ciudad Real

jhayap@sego.es

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha visto a los hospitales como centros a los que se acudía en situaciones de enfermedad, con el fin de recuperar la salud. Así pues, el hospital ha sido un lugar alejado de la población, que siempre ha relacionado a éste con el dolor y el sufrimiento.

Paralelamente, los profesionales que desarrollan su trabajo en el Hospital, especialmente los médicos, han sido figuras lejanas y distantes, con las que se tiene un breve contacto en la consulta, o bien en el área de hospitalización, por lo que la comunicación con ellos es escasa y de poca calidad.

Lógicamente, estos son aspectos perjudiciales a la hora de realizar una valoración del Hospital, y que incluso puede predisponer negativamente a los pacientes, que serán menos tolerantes con posibles errores, demoras u otros problemas que pudieran surgir en la atención sanitaria.

Por otro lado, en la actualidad, la enseñanza en la escuela incluye temas como la geometría, la historia, la literatura, etc. Pero por desgracia, apenas se dan conceptos sobre el mantenimiento de la salud, siendo probablemente esta materia mucho más importante que las anteriormente mencionadas. Por ello, la gran mayoría de la población adquiere conocimientos rudimentarios sobre medicina preventiva a través de los medios de comunicación, entre los cuales hay algunos serios y que realizan muy bien su trabajo. Pero junto con ellos, otros se dejan llevar más por el sensacionalismo que por el rigor científico. Todo ello hace que la gran mayoría de la gente común tenga conocimientos escasos, confusos, y muchas veces contradictorios en lo que respecta a su organismo y a cómo mantenerlo en adecuado estado.

En tanto no se asuma la "Salud" como una asignatura básica e imprescindible de cualquier plan de estudios básico en nuestro país, es probable que sean los hospitales, el lugar en donde se concentran la mayor parte de los especialistas médicos y quirúrgicos, junto con el apoyo de los centros de salud, el lugar desde el cual tenga que hacer "educación sanitaria". Curiosamente esta idea ya se publicó en Estado Unidos en 1925, sin que desafortunadamente fuera tenida en cuenta¹.

OBJETIVOS

El objetivo fundamental que persigue este ambicioso plan es transformar la imagen del hospital, integrándolo plenamente en la comuni-

dad, buscando una intensa cercanía con ésta. Se trata de que no sea visto como un lugar al cual sólo se acude en momentos de necesidad, cuando se pierde la salud, sino como un elemento transformador de la sociedad, que presta otros servicios independientes de la mera solución puntual de una enfermedad determinada.

En concreto la idea perseguida es que se vea al hospital como una fuente de la cual se irradia conocimiento y salud para la población en general.

Como objetivos secundarios, pero no por ello menos importantes, estarían los siguientes:

- Transmitir cultura sanitaria y conocimientos sobre cómo mantener la salud o del modo de convivir de la mejor manera con determinadas enfermedades crónicas. Múltiples estudios han demostrado la eficacia de los consejos que desde el hospital se dan a la población general^{2, 3}.

- Acercar la figura del médico a la población, de manera que lo vea no sólo cuando está enfermo, por corto espacio de tiempo y de una manera subordinada o dependiente, sino como una persona cercana, que se preocupa por sus pacientes incluso antes que lo sean.

- Eliminar el temor al hospital que muchas personas mantienen. Conviene recordar que aquello a lo que más miedo se tiene es lo desconocido. De ahí que el contacto con el hospital puede contribuir a conocerlo y a hacer desaparecer "fantasmas" en torno a éste⁴.

- Añadir alicientes a la tarea habitual de los clínicos, que gracias a estas Jornadas saldrían de la rutina habitual y tendrían además posibilidad de mantener un contacto diferente con los pacientes.

- Hacer patente a la población que el hospital funciona con unos altos parámetros de calidad. No debemos olvidar que tan importante es la "calidad objetiva", como la "calidad subjetiva" o percibida por la población usuaria⁵.

MATERIAL Y MÉTODO

La idea central en torno a la cual se construye el proyecto de "Hospital como Escuela de Salud" es la realización de jornadas periódicas sobre determinados temas monográficos que pueden interesar a la población: hipertensión, tabaquismo, obesidad, trastornos del sueño, embarazo, prevención de determinados cánceres, diabetes, etc.

Dichas jornadas se realizarían en el hospital, siendo impartidas por los miembros del servicio al cual compete la patología (por ejemplo, obesidad a endocrinología, control del embarazo a obstetricia, etc.). Como apoyo complemento sería interesante la presencia de algún invitado foráneo, que destaque dentro de la Especialidad o que tenga algún tipo de relevancia social (por ejemplo, algún personaje famoso de la vida social española, que padezca o haya padecido la patología considerar). Tampoco se debe descartar la presencia de algún miembro de Atención Primaria que quiera involucrarse en el proyecto, y que aportaría la visión desde otro punto de vista. Estas jornadas idealmente deberían realizarse el sábado por la mañana, de manera que no se entorpeciera el normal funcionamiento del hospital, y que tampoco se alterara la vida normal laboral de los que quieran asistir.

Las jornadas deberían constar de:

- Alguna charla, de un nivel sencillo, casi coloquial, sobre aspectos que los clínicos consideren interesante que la población conozca.

- De algún elemento audiovisual, tipo reportaje científico o divulgativo sobre el tema.

- Amplia mesa redonda, en la que los asistentes puedan participar con sus preguntas y opiniones sobre el tema.

- Por último, y cuando esto sea posible (en función del número de personas asistentes) y procedente (en función del tema a tratar), se podría invitar a visitar alguna parte de las instalaciones del Hospital, como el laboratorio, algún quirófano, el Servicio de Radiodiagnóstico, consultas, etc.

- Sería también interesante que los asistentes pudieran recibir algún tipo de documentación escrita, tipo folleto o pequeño manual, el cual posteriormente podría ser distribuido entre los centros de salud, o entre otros hospitales⁶.

Todo ello debería ser coordinado por un equipo formado por:

- Representantes del equipo directivo del hospital.

- Representantes del Comité de Calidad, siendo probablemente un miembro más que suficiente

- Representantes de Atención Primaria y/o de los Órganos Centrales de la Consejería de Salud (o similar) de cada Comunidad Autónoma, si se estimara oportuna su presencia.

- Comité permanente de clínicos, formado por un miembro de cada uno servicios más interesados en el proyecto (ginecología, traumatología, cirugía...), variables según el hospital en cuestión.

- Dos representantes del servicio al cual le incumbe directamente la realización de una determinada jornada. Por ejemplo, del Servicio de Neumología en la Jornada dedicada al tabaquismo.

- El periodista del hospital, pudiéndose adicionalmente invitar de manera puntual, especialmente cuando ya esté bien organizada la Jornada, a periodistas de los medios de comunicación locales y regionales, con el fin de garantizar la máxima difusión posible del evento. La colaboración de los medios de comunicación es fundamental para el éxito del proyecto, publicitando las jornadas previamente a su realización, e informando posteriormente del grado de participación, de las preguntas efectuadas, y de las principales conclusiones. No se deberían descartar tampoco a los medios de ámbito nacional o regional.

- Ocasionalmente, si procede, se valorará la presencia de algún representante de alguna asociación de afectados de la patología a tratar en la jornada.

- Se debería valorar la posibilidad de invitar a participar también a algún representante del Colegio de Médicos y del Colegio de Farmacéuticos, de manera que hubiera una involucración máxima de todos los sectores de la Sanidad. En este sentido no se debe despreciar la posibilidad de la publicidad que de las Jornadas se podría hacer desde las farmacias.

Aspectos complementarios a discutir en cada centro serían los siguientes:

- Periodicidad de las jornadas.

- Duración de cada una de ellas.

- Posibilidad de entregar a los asistentes un pequeño diploma, que acredite que ha participado en la jornada.

- Valorar si es posible y pertinente finalizar la jornada con un pequeño refrigerio y con una foto del conjunto de los asistentes, que posteriormente podrían recibir en su casa.

- Considerar la posibilidad de premiar a los Servicios que participan en el proyecto, y dentro de ellos especialmente a los facultativos que se involucren directamente en esta actividad.

Posibles temas a tratar:

1. Tabaquismo
2. Las revisiones ginecológicas
3. Obesidad
4. Dolores osteoarticulares
5. Cefaleas
6. Menopausia
7. Estreñimiento
8. Insomnio
9. Ansiedad y depresión
10. Problemas digestivos (fibrosis, reflujo, dispepsia, etc.)
11. Fitoterapia en el tratamiento de problemas menores
12. Hábitos de vida saludables durante el embarazo
13. El parto natural
14. Los cuidados del niño en el primer año de vida
15. Hipertensión
16. Hipercolesterolemia
17. Dolor de espalda
18. Cansancio crónico y fibromialgia
19. Problemas frecuentes de la piel
20. Trastornos de la sexualidad masculina y femenina
21. Prevención de determinados cánceres (mama, colon, etc.)
22. Convivir con la diabetes
23. Alcoholismo y otros hábitos adictivos
24. Problemas alimenticios: anorexia y bulimia
25. Problemas más frecuentes de la visión
26. Infecciones urinarias
27. Asma
28. Alergias
29. La vida tras un infarto de miocardio
30. Anticoncepción
31. Enfermedades de transmisión sexual
32. Cuidados en el anciano

33. Enfermedades reumáticas
34. El dolor crónico
35. ¿Cómo superar la muerte de un ser querido?

Como es lógico, este es un temario muy general, al cual se le pueden añadir nuevos temas, o bien quitar alguno por ser poco atractivo o innecesario, y que deberá ser elaborado por cada hospital.

CONCLUSIONES

El proyecto "Hospital como Escuela de Salud" es un programa realizable, que no supondría un esfuerzo considerable, salvo quizá en la organización de las primeras Jornadas, que puede suponer importantes beneficios para la población, para los facultativos y para la imagen del Hospital, que sería visto desde otra perspectiva por parte de los pacientes, mucho más cercana de lo que es en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Council on medical education and hospitals of the american medical association revises and extends its program. *Cal West Med.* 1925;23(8):1032-3.
- 2 Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, Nanda JP, Sharps PW, Spatz DL, Milligan RA. A Randomized Controlled Community-Based Trial to Improve Breastfeeding Rates Among Urban Low-Income Mothers. *Acad Pediatr.* 2009 Oct 22.
- 3 Dunlay SM, Witt BJ, Allison TG, Hayes SN, Weston SA, Koepsell E, Roger VL. Barriers to participation in cardiac rehabilitation. *Am Heart J.* 2009 Nov;158(5):852-9.
- 4 Kazandjian VA, Ogunbo S, Wicker KG, Vaida AJ, Pipes F. Enhancing medication use safety: benefits of learning from your peers. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(5):331-5.
- 5 Glasser M, Hunsaker M, Sweet K, MacDowell M, Meurer M. A comprehensive medical education program response to rural primary care needs. *Acad Med.* 2008 Oct;83(10):952-61.
- 6 Tooley MJ. A pathway for hospital librarians: why is it vital? *J Med Libr Assoc.* 2009 Oct;97(4):268-72.

Caso clínico**Quiste de ovario y muerte neuronal***Ovarian cyst and neuronal death***Guixeres-Esteve M, González-López A, Aguilar V.**

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Ciudad Real

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 33 años, que comienza con un cuadro, de inicio agudo, de alteraciones en la conducta y personalidad. A lo largo de las dos semanas siguientes, progresa a una situación de catatonía, presentando síntomas disautonómicos graves. Se le realizaron multitud de pruebas, sin poder establecer un diagnóstico. En un TAC abdominal, realizado tras un episodio de íleo paralítico, se sospecha la existencia de un teratoma ovárico, que se extirpa.

Se diagnostica de Encefalitis Límbica (EL) paraneoplásica asociada a anticuerpos anti-RNMDA; se trata de un síndrome poco frecuente y potencialmente curable, pero que puede ser fatal si no se realiza, de forma temprana, un diagnóstico y tratamiento correcto.

PALABRAS CLAVES

Encefalitis límbica, teratoma.

SUMMARY

We report a case of a 33-year-old woman who had an acute episode of psychiatric disturbances. Over the next two weeks, she developed catatonia and severe dysautonomia. Numerous work-up examinations were unable to come to the diagnosis. An abdominal CT, performed after an ileus, revealed an adnexal mass, which was removed.

The diagnosis was a paraneoplastic anti-NMDA-R encephalitis. This is a very rare and curable syndrome, that can be fatal without an early diagnosis and appropriate treatment.

CORRESPONDENCIA:

Marta Guixeres
Hospital General de Ciudad Real.
Torre Administrativa, 3ª planta.
C/Obispo Rafael Torija, S/N
13005- Ciudad Real

KEY WORDS

Limbic Encephalitis, teratoma.

INTRODUCCIÓN

Recientemente, se ha identificado una nueva entidad dentro de las encefalitis límbicas (EL). Se da en mujeres jóvenes. Éstas pueden presentar inicialmente síntomas prodrómicos, como cefalea, fiebre o síndrome pseudogripal, a continuación, presentan trastornos psiquiátricos y, de forma variable, alteración de la memoria a corto plazo, crisis comiciales, coreoatetosis y/o distonía y, en poco tiempo, experimentan un deterioro general con hipoventilación y disfunción autonómica.

Si no se lleva a cabo un correcto diagnóstico y tratamiento, tiene lugar un rápido deterioro neurológico, pudiendo llevar a alteraciones autonómicas graves e, incluso, a la muerte.

Se trata de una EL paraneoplásica asociada a teratomas de ovario (maduros e inmaduros) y a la producción excesiva de anticuerpos contra los receptores neuronales N-metil-D-aspartato (Anti-NMDAR), tras la exposición, al sistema inmune, del tejido neuronal ectópico contenido en el teratoma.

El diagnóstico diferencial incluye, entre otras patologías, enfermedades metabólicas, encefalitis autoinmune, síndrome neuroléptico maligno, infecciones, metástasis, desmielinización del sistema nervioso central¹, enfermedades producidas por tóxicos y enfermedades cerebrovasculares².

La evaluación inicial mediante la correcta anamnesis, examen físico, pruebas analíticas básicas, punción lumbar, resonancia magnética nuclear cerebral y electroencefalograma, afina el diagnóstico diferencial. Se deben incluir pruebas de imagen, como el TAC, en busca de un tumor oculto. Finalmente, a las pacientes en las que se sospecha esta patología, se debe solicitar la determinación de anticuerpos anti-NMDAR en suero y líquido cefalorraquídeo³.

El motivo del presente trabajo es dar a conocer esta entidad a aquellos ginecólogos que, como nosotros, desconocíamos que pudiera existir relación entre quiste ovárico y deterioro neuronal rápidamente progresivo.

CASO CLÍNICO

Paciente nuligesta, de 33 años, sin antecedente médico-quirúrgico de interés, salvo quistectomía por teratoma maduro de ovario derecho hacia 2 años.

Comienza con un cuadro de inicio agudo de alteraciones de la conducta y personalidad, con deterioro progresivo a lo largo de las dos semanas siguientes, llegando a una situación de catatonía y mutismo acinético. Inicialmente, ingresó en la servicio de Psiquiatría y fue tratada con neurolépticos a dosis altas. A lo largo de su ingreso, presenta síntomas disautónómicos, como retención aguda de orina, íleo paralítico, hiperhidrosis, hipertermia no explicada por cuadro infeccioso, episodios de taquicardia o bradicardia (incluso un episodio de asistolia transitoria), episodios de HTA e hipotensión arterial, hipoventilación con desaturación, por lo que ingresa a cargo del servicio de Neurología.

EXPLORACIÓN CLÍNICA. Destaca mutismo acinético, catatonía con rigidez oposicionista severa, afectando a extremidades y musculatura facial y discinesias oro-faciales, sin signo de Babinski.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. El TAC craneal no presentó hallazgos patológicos, mientras que, en la resonancia magnética cerebral, podría haber una sutil hiperintensidad del hipocampo izquierdo en comparación con el derecho (artefactos por la escasa colaboración de la paciente). Se le realizaron varios electroencefalogramas, observándose, en el primero de ellos, una lentificación difusa, siendo en los siguientes el ritmo de fondo normal.

Se le realizaron pruebas de serología para lúes, brucella, borrelia burgdorferi, VIH y hepatitis, siendo todas negativas. La bioquímica y el hemograma fueron normales, así como los niveles de vitamina B12 y ácido fólico. La paciente tampoco presentaba ninguna alteración en los niveles sanguíneos de: hormonas tiroideas, anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomales, valores de cobre y ceruloplasmina.

En el análisis del líquido cefalorraquídeo, lo único que se encontró fue una pleocitosis mínima de 5 células, siendo negativo para: proteína C reactiva para Whipple, proteína crónica 14-3-3, anticuerpos onconeuronales, enzima convertidora de angiotensina y bandas oligoclonales.

Con motivo de un episodio de íleo paralítico, se le solicitó un TAC tóraco-abdominal, en el que se detecta una masa compatible con teratoma. Los marcadores tumorales CEA, CA 19.9, CA 125 y CA 15.3 fueron normales. Se le realizó una ecografía ginecológica, hallándose una tumoración quística compleja, con tabiques gruesos, de 86 por 65 mm de diámetro, de probable origen ovárico, así como escasa cantidad de líquido libre en pelvis (*figura 1*).

Ante la sospecha de un proceso infeccioso-inflamatorio abdominopélvico, se realiza laparotomía exploradora, por parte del servicio de Ginecología. En ésta, se encuentra un importante síndrome adhesional que compromete asas intestinales y dificulta el acceso a la pelvis. Se evidencia presencia de líquido ascítico, en cantidad escasa, de aspecto seroso, por lo que se toma muestra para citología. En el ovario izquierdo se halla una tumoración, principalmente quística, de aproximadamente 8 cm, no adherida y sin signos de torsión, por lo que se realiza una ooforectomía izquierda. Existe una importante pérdida de sustancia a nivel de la serosa yeyunal, por lo que, en conjunto con el servicio de Cirugía General, se procede a resección intestinal, anastomosis laterolateral y adhesiolisis. El resultado de la anatomía patológica fue: teratoma inmaduro grado 3, que respeta la cápsula ovárica.

FIGURA 1



Como consecuencia de estos hallazgos y revisando la literatura, se sospecha una encefalitis límbica paraneoplásica producida por anticuerpos dirigidos contra el receptor de glutamato, secundario a teratoma inmaduro, por lo que se solicita su detección en líquido cefalorraquídeo, siendo el resultado positivo para anticuerpos anti-NMDAR.

Se realizan dos ciclos de plasmáferesis, tras lo cual tiene lugar una mejoría clínica progresiva, por lo que se decide someter a la paciente a una cirugía de extensión de la tumoración ovárica, por parte, conjuntamente, del servicio de Cirugía General y Ginecología. Se realiza lavado peritoneal, extirpación del resto de anejo izquierdo, salpinguectomía derecha, linfadenectomía pélvica bilateral, linfadenectomía aorto-cava, omentectomía y apendicectomía. El resultado de la anatomía patológica fue: «Líquido ascítico negativo para células tumorales. Ausencia de tumor residual. Abundante fibrosis y granulomas a cuerpo extraño (hilos de sutura). Se aislan 24 ganglios libres de metástasis» (*figuras 2 y 3*).

La paciente presenta una evolución favorable al alta, encontrándose mentalmente asintomática e iniciando rehabilitación en la marcha. Ha iniciado tratamiento quimioterápico con bleomicina, etopósido y cisplatino, por parte del servicio de Oncología, que tolera bien hasta el momento.

DISCUSIÓN

La encefalitis límbica (EL) fue descrita en 1960 por Brierley et al, que publicaron tres casos de encefalitis subaguda que afectaba principalmente la región límbica, en pacientes con edad avanzada. El año 1968 Corsellis et al acuñaron el nombre de EL en tres pacientes con cáncer de pulmón y una pérdida grave de memoria. Durante los 20 años siguientes, la EL se consideró un proceso muy infrecuente y, casi siempre, asociado a un cáncer. En las décadas de 1980 y 1990 se identificaron varios anticuerpos paraneoplásicos asociados a la EL³. Se cree, por tanto, que el tumor provoca una respuesta inmunológica cruzada contra las estructuras límbicas. Se han descrito casos asocia-

FIGURA 2

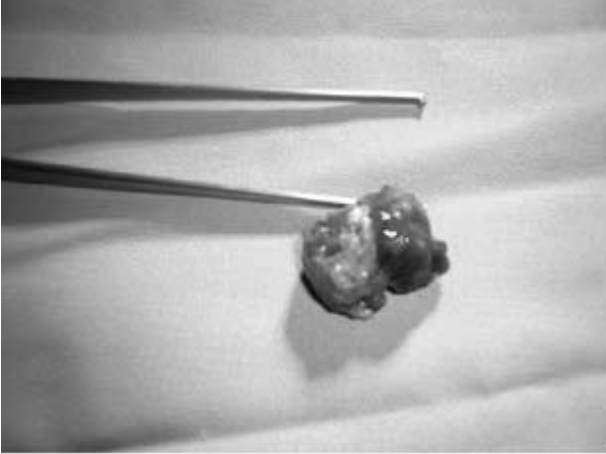
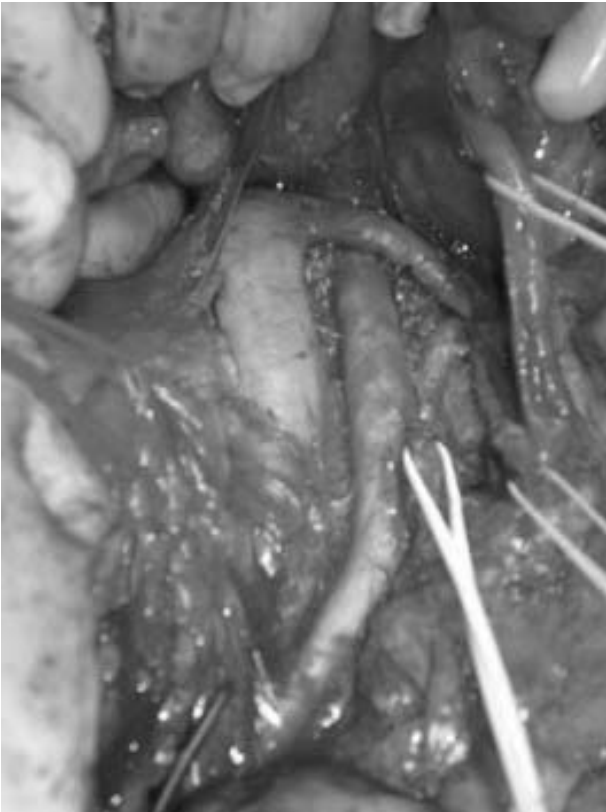


FIGURA 3



dos al carcinoma pulmonar de pequeñas células (predominantemente), neoplasia mamaria, testicular, renal, a linfoma/leucemias y a teratomas, entre otros. En sólo un 3-4% se asocia a teratoma de ovario^{4,5}.

Dalmau et al publicaron (2007) 12 casos de EL asociada a teratomas y son los primeros en demostrar la existencia de receptores RNMDA en el tejido nervioso contenido en los teratomas, así como la reacción, contra estos receptores, de los anticuerpos de las pacientes³.

El 82% de los pacientes con EL no vírica presentan anticuerpos contra proteínas del sistema nervioso. Los antígenos pueden ser intracelulares (paraneoplásicos clásicos) o de la membrana neuronal. Las encefalitis producidas por los primeros están mediadas por respuestas citotóxicas y responden poco al tratamiento³. En cambio, las EL producidas por anticuerpos contra antígenos de la membrana neuronal son mediadas por anticuerpos y suelen mejorar con el tratamiento. En este último grupo se encuentra la EL producida por anticuerpos frente a los heterómeros NR1/NR2B de los receptores de glutamato (NMDA)³, que son responsables de la transmisión sináptica y el remodelado de las neuronas del hipocampo¹.

En la revisión realizada por Dalmau et al³, se describe que la mayoría de las pacientes presentan alteraciones discretas y transitorias en la resonancia magnética cerebral, principalmente en regiones temporales, aunque también en el tronco del encéfalo⁶. En todos los casos, el líquido cefalorraquídeo mostró pleocitosis linfocitaria moderada, con bandas oligoclonales en la mitad de los casos y con frecuente aumento en la concentración de proteínas. Así mismo, en la autopsia de las tres pacientes en las que el tumor no se extirpó, se encuentra un predominio de afectación del hipocampo, aunque el tronco del encéfalo y la médula espinal también pueden verse afectados³.

Sólo un 5% de todos los tumores de ovario están compuestos de células germinales, de los cuales menos de un 1% son teratomas inmaduros, con un componente predominantemente de origen neuroepitelial⁴

Cuando se trata de un teratoma en el que todos sus elementos están bien diferenciados (teratoma maduro sólido), se denomina de grado 0. Los teratomas inmaduros se clasifican del grado 1 al 3. Los de grado 1 contienen focos inmaduros aislados, mientras que los de grado 3 están formados por grandes porciones de tejido embrionario con actividad mitótica y atipias⁷.

En los casos de encefalitis límbica asociada a un teratoma, la mayor parte de las mujeres no son conscientes de tener patología ginecológica⁴.

El pronóstico de esta enfermedad viene determinado por el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, el deterioro neurológico en el momento del diagnóstico y la identificación y pronta exéresis del tumor¹. Antes de que el síndrome se manifieste completamente, conviene considerar esta entidad y solicitar los anticuerpos contra el receptor NMDA, que son más fáciles de determinar en el líquido cefalorraquídeo que en el suero³.

No obstante, al igual que otros investigadores, pensamos que las decisiones diagnósticas y terapéuticas no deben esperar a los resultados de los anticuerpos³.

El manejo de las pacientes con este tipo de encefalitis es y debe ser multidisciplinario, ya que suele implicar a especialidades como psiquiatría, neurología, ginecología, cuidados intensivos y oncología.

Es la combinación de la exéresis tumoral e inmunoterapia lo que muestra mejores resultados en las series de casos publicadas¹. Frecuentemente surge el problema de que es necesario demorar la cirugía, debido al estado crítico de la paciente, por lo que se ha sugerido el tratamiento con metilprednisolona (1 g / día durante 5 días) e inmunoglobulinas endovenosas o plasmaféresis, para mejorar el cuadro clínico

y permitir la intervención quirúrgica³. La respuesta al tratamiento suele observarse en 10-15 días, aunque la recuperación completa puede requerir varios meses. Si, en los 15 días siguientes a la cirugía, la paciente no muestra mejoría, la administración de ciclofosfamida endovenosa (750 mg / m² en dosis única) ha dado buenos resultados³.

De 98 pacientes en las que se sospechó EL por anticuerpos contra el receptor RNMDA, 58 (59%) tenían un tumor identificable, mayoritariamente un teratoma de ovario. De éstas, el 72% de las pacientes a las que se les practicó una tumorectomía temprana (n = 36) presentaron una recuperación completa y una paciente falleció. En cambio, de aquellas a las que no se les realizó extirpación tumoral o ésta fue tardía (n = 22), se recuperaron completamente un 36% y murieron 3 mujeres¹.

En los casos de tumor de bajo grado y estadio I de la clasificación de la FIGO, parece suficiente la cirugía de estadiaje con ooforectomía unilateral. En cambio, aquéllos de grado 2 y 3 y un estadio más avanzado se deben, de forma adicional, con quimioterapia (bleomicina, etopósido y cisplatino)⁴.

Parece que el análisis seriado del descenso en los títulos de anticuerpos (principalmente en líquido cefalorraquídeo) frente al receptor de NMDA, tras la cirugía, puede correlacionarse con el pronóstico clínico⁸.

En conclusión, cuando una paciente debuta con un cuadro compatible con encefalitis límbica, la valoración por parte del ginecólogo, en busca de una tumoración anexial, debería formar parte de las pruebas diagnósticas iniciales.

La encefalitis límbica paraneoplásica asociada a los anticuerpos contra los receptores de glutamato (NMDAR) se trata de una patología que puede llegar a ser letal, pero que, con el debido tratamiento, las pacientes suelen recuperarse.

CONCLUSIÓN

La encefalitis límbica paraneoplásica es un síndrome potencialmente tratable, de evolución agresiva. Nuestro principal objetivo debe ser diagnosticar y tratar la neoplasia asociada. Su diagnóstico y tra-

tamiento tempranos pueden influir de forma favorable en la evolución de la enfermedad y en este sentido los ginecólogos debemos sospechar su relación con patología ovárica, especialmente en pacientes jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kort DH, Vallerie AM, DeMarco EF, Lobo RA. Paraneoplastic anti-N-methyl-d-aspartate-receptor encephalitis from mature cystic teratoma. *Obstet Gynecol.* 2009 Aug;114(2 Pt 1):373-6
2. Yang YW, Tsai CH, Chang FC, Lu MK, Chiu PY. Reversible paraneoplastic limbic encephalitis caused by a benign ovarian teratoma: report of a case and review of literaturas. *J Neurooncol.* 2006 Dec;80(3):309-12. Epub 2006 Aug 31.
3. Dalmau J, Bataller L. Encefalitis límbica : los nuevos antígenos de membrana y propuesta de una clasificación clínico-inmunológica con implicaciones terapéuticas. *Neurología* 2007; 22(8):526-537.
4. van Altena AM, Wijnberg GJ, Kolwijck E, de Hullu JA, Massuger LF. A patient with bilateral immature ovarian teratoma presenting with paraneoplastic encephalitis. *Gynecol Oncol.* 2008 Feb;108(2):445-8. Epub 2007 Nov 26.
5. Gultekin SH, Rosenfeld MR, Voltz R, Eichen J, Posner JB, Dalmau J. Paraneoplastic limbic encephalitis: neurological symptoms, immunological findings and tumour association in 50 patients. *Brain* 200;123(Pt7):1481-94.
6. Tonomura Y, Kataoka H, Hara Y, Takamura M, Naba I, Kitauti T, Saito K, Ueno S. Clinical analysis of paraneoplastic encephalitis associated with ovarian teratoma. *Jneurooncol.* 2007 Sept; 84(3):287-92. Epub 2007 Apr 13.
7. *Oncología Ginecológica Clínica*, 6ª Edición. Philip J, Di Saia, William T Creasman.
8. Seki M, Suzuki S, Iizuka T, Shimizu T, Nihei Y, Suzuki N, Dalmau J. Neurological response to early removal of ovarian teratoma in anti-NMDAR encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008 Mar;79(3):324-6. Epub 2007 Nov 21.

Caso clínico

Carcinoma primario de trompa de falopio. ¿Incidencia infraestimada?

Primary carcinoma of the fallopian tube. Impact underestimated?

González-López A, Aguilar VE, Alpuente A, Sánchez-Hipólito L, E. Adsuar E y Haya J.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Ciudad Real

RESUMEN

El carcinoma primario de trompa uterina representa el 1% o menos de todos los tumores malignos ginecológicos, siendo dos tercios de las pacientes postmenopáusicas. El estadiaje es quirúrgico como en el cáncer de ovario. Se origina en el epitelio de la mucosa, y debe definirse su extensión hacia las otras capas. El tipo más frecuente es el adenocarcinoma y su evolución es más agresiva que los carcinomas de ovario en el mismo estadio.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma de trompa de falopio.

SUMMARY

The primary fallopian tube carcinoma represents 1% or less of all gynecological malignancies, with two thirds of postmenopausal patients. Staging is surgical and in ovarian cancer. It originates in the epithelium of the mucosa, and should be defined as extended into the other layers. The most common type is adenocarcinoma and its evolution is more aggressive than ovarian carcinomas in the same stadium.

KEY WORDS

Carcinoma of the fallopian tube.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de trompa de Falopio es una de las enfermedades malignas más raras del aparato genital femenino. Hasta la

fecha sólo se han publicado 2 series retrospectivas con más de 100 pacientes y probablemente la verdadera incidencia ha sido infraestimada debido a que los casos de enfermedad avanzada son muchas veces atribuidos al cáncer de ovario.

La edad promedio de presentación al momento del diagnóstico es de 60 años. El síntoma de presentación más frecuente es la hemorragia vaginal, evidenciándose en más del 50 % de los casos. Otros síntomas asociados son el dolor abdominal inferior, distensión abdominal y sensación de presión. En muchos casos estos síntomas son vagos e inespecíficos.

El diagnóstico preoperatorio de esta patología es bastante raro, por lo general se establece durante la cirugía que se realiza en una mujer perimenopáusica o posmenopáusica por una masa pélvica o es el resultado del informe histopatológico definitivo.

Casi todos los carcinomas de la trompa son adenocarcinomas, en raros casos se han descrito tumores endometriodes, carcinomas de células claras, adenocarcinomas mucinosos, carcinomas adenoescamosos y raros casos de sarcomas.

En 1991, la FIGO estableció por primera vez una clasificación en estadios para el carcinoma tubárico. En estudios recientes se demuestra que más del 50 % de las pacientes presentan la enfermedad en estadio I o II 1-3.

Debido a la rareza de esta patología y a la limitada experiencia, no existe aún en la actualidad un consenso establecido para su tratamiento óptimo.

El objetivo de este trabajo es describir la presentación de un caso diagnosticado y tratado en nuestro Servicio de Ginecología y revisar la literatura de esta patología poco frecuente con el fin de recordar, conocer y sospechar esta enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 72 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, multípara y con menopausia a los 48 años, que acude a nuestras consultas por metrorragia postmenopáusica.

Se le realiza exploración física sin objetivar hallazgos patológicos, citología cervical que es negativa y ecografía ginecológica transvaginal que muestra un grosor endometrial de 6 mm y en región anexial derecha formación ecomixta bicameral de 50 x 20 mm cuyo tabique mide

CORRESPONDENCIA:

Marta Guixeres

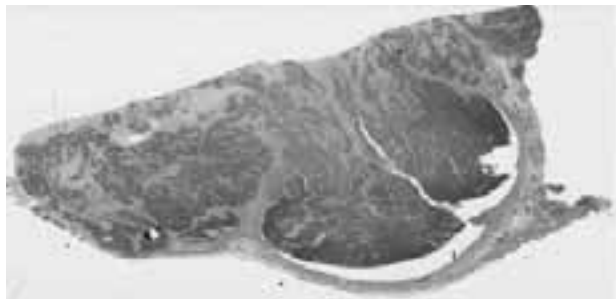
Hospital General de Ciudad Real.

Torre Administrativa. 3ª planta.

C/ Obispo Rafael Torija, S/N

13005 - Ciudad Real.

FIGURA 1



En esta figura se ven zonas de mucosa muscular y serosa infiltradas por un tumor de crecimiento difuso, que infiltra y expande a toda la pared tubárica, sin sobrepasarla, hasta un máximo de grosor de 2 cm. No hay evidencia de diferenciación escamosa, papilar ni glandular.

2,5 mm de grosor máximo y presenta una papila de 5 mm. El resto de hallazgos ecográficos son normales.

Se completa el estudio con histeroscopia donde se visualizan dos pólipos endometriales y uno endocervical de pequeño tamaño, siendo el resto normal, con exéresis de los mismos y resultado anatomopatológico sin malignidad.

Se solicita posteriormente tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica que informa imagen de apariencia quística a nivel de anejo derecho, de 4 cm de diámetro máximo, sin alteración de la grasa o estructuras adyacentes (Figura 1). Resto del estudio sin hallazgos de interés.

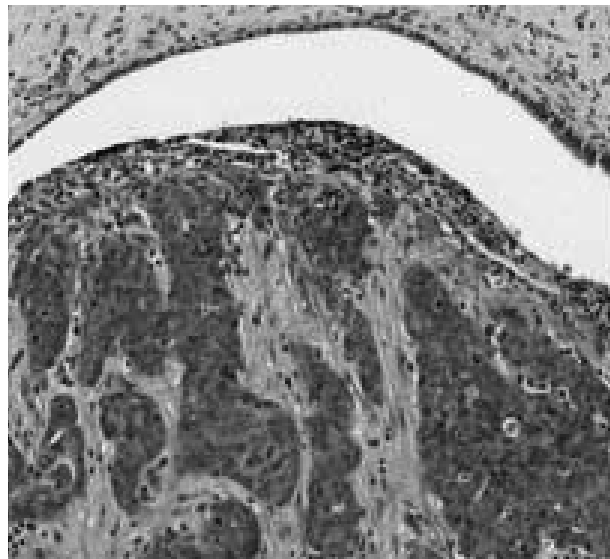
Los marcadores tumorales (MT) CA 125, CA 19.9 y CEA son negativos.

Al no presentar semiología maligna se decide control ecográfico y de MT al cabo de 8 semanas. En dicho control la paciente refiere continuar con sangrado genital intermitente sin acompañamiento de ningún otro síntoma. Los MT siguen siendo negativos y en la ecografía transvaginal de ese momento no se visualizan imágenes anexiales.

Ante estos hallazgos se opta por nuevo control en el mismo intervalo de tiempo, sin cambios en la clínica de la paciente, con estabilidad en los valores séricos de los MT y con visualización ecográfica de una formación en anejo derecho de aspecto sólido con vascularización aumentada en su interior e índice de resistencia de 0,64 (Figura 2), por lo que se decide realizar laparoscopia diagnóstica.

En la intervención se objetiva útero, anejo izquierdo y ovario derecho atroficos macroscópicamente normales; la trompa derecha se encuentra muy engrosada en su región ampular y fimbriada, con superficie irregular, y adherida a hoja posterior de ligamento ancho. El resto de cavidad peritoneal abdominopélvica se muestra sin hallazgos patológicos. Se hace biopsia intraoperatoria de trompa derecha que diagnóstica de carcinoma por lo que se realiza laparotomía con lavado y aspiración de cavidad peritoneal, histerectomía y doble anexectomía, linfadenectomía pélvica bilateral, exploración y exéresis de adenopatías palpables en región aortocava, apendicectomía y omentectomía

FIGURA 2



Detalle de la mucosa tubárica donde se aprecia mucosa respetada en la parte superior, la luz de la trompa y mucosa infiltrada en la parte inferior. Las células tumorales adoptan un patrón de crecimiento difuso. Se compone de núcleos de células de mediano y pequeño tamaño de núcleos redondeados con evidentes atipias, semejantes en algunas zonas a los carcinomas de células pequeñas de otras localizaciones.

infra y supramesocólica. El resultado histopatológico definitivo informa de carcinoma indiferenciado de trompa uterina, estadio IC de la FIGO.

DISCUSIÓN

El carcinoma primario de trompa uterina representa el 0,18 % al 1,8 % de todos los tumores malignos ginecológicos. La prevalencia establecida hasta ahora es de casi 3,6 por millón de mujeres por año. La edad de presentación más frecuente oscila entre la quinta y séptima década de la vida¹.

La etiología del cáncer de trompa uterina permanece desconocida. La nuliparidad está presente en casi el 30 -50% de las pacientes y está asociada con infertilidad en un 85 % sobre todo cuando se presenta de forma bilateral.

Se han sugerido factores predisponentes como la inflamación crónica y la salpingitis infecciosa y que la anticoncepción hormonal, la paridad y la lactancia materna, al igual que en el ovario, son factores de protección¹⁻³.

En un reciente estudio de la incidencia de cáncer de ovario, peritoneal y de trompa uterina en Estados Unidos se ha observado una disminución en el cáncer de ovario en las últimas 3 décadas y un aumento en el diagnóstico de carcinomas tubáricos y peritoneales. La incidencia de cáncer de trompa de Falopio aumentó en un 79 %. La incidencia de estos tres cánceres es mayor en mujeres de raza

blanca comparada con otras razas y grupos étnicos lo que sugiere una causa genética⁴.

Estudios de biología molecular han revelado que el carcinoma de la trompa de Falopio se caracteriza por un genotipo altamente inestable en el patrón de ploidia del DNA y frecuentes alteraciones del gen P 53 con sobreexpresión (80%).

Se ha propuesto que los carcinomas serosos primarios de la pelvis, incluidos el de ovario, el de la trompa de Falopio y el peritoneal, tienen una causa común, a raíz de la observación en pacientes con cáncer de mama y mutaciones BRCA1 y BRCA2, sometidas a anexectomías profilácticas, de que la fimbria es el sitio de origen del carcinoma tubárico intraepitelial (CTI) o carcinoma in situ, en el 93% de los casos. En la mayoría de estas pacientes se ha observado la coexistencia de mutaciones de p53 y todos los tumores fueron Ki-67 positivos, al igual que en otros carcinomas serosos de la pelvis y en mujeres con CTI concomitante con cáncer de ovario, que asimismo tienen mutaciones de p53^{4,9}.

Los criterios histológicos para el diagnóstico de CTI han sido bien establecidos⁷. El CTI se ha observado tanto en portadoras de mutaciones BRCA1 y BRCA2 como en pacientes de grupo control sometidas a otras cirugías ginecológicas de causa benigna. Esto lleva a pensar que el CTI es el origen de muchas supuestas carcinomatosis peritoneales primarias en pacientes de alto y bajo riesgo para cáncer de ovario, y sugiere la posibilidad de que, en un futuro inmediato, el diseño de medidas para un diagnóstico precoz de esta lesión, podría reducir la tasa de mortalidad por cáncer seroso peritoneal^{4,9}.

Clínicamente, el carcinoma primario de trompa de Falopio, se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, sangrado o secreción vaginal, encontrándose una masa pélvica o abdominal en el 80% de los casos.

El sangrado ocurre en un 50% de los casos, por lo cual es importante hacer el diagnóstico diferencial con otras neoplasias ginecológicas más comunes. La hemorragia vaginal es provocada por la sangre que se ha acumulado procedente de la lesión de la trompa que después pasa hacia la cavidad uterina y finalmente a la vagina.

La combinación de dolor tipo cólico seguido de una secreción vaginal acuosa e intensa recibe el nombre de *hydrops tubae profusus*. Se cree que es secundario al llenado y vaciado de una trompa bloqueada de modo parcial, correspondiendo el dolor al llenado de la trompa. Este proceso de vaciado y llenado por tanto justifica que se encuentren variaciones en el tamaño y ecogenicidad de la masa pélvica durante el estudio, como ocurrió en el caso que presentamos. La tríada de dolor, menorragia y leucorrea se considera patognomónico de carcinoma tubárico pero su incidencia es baja¹⁻³.

El diagnóstico generalmente se consigue durante la cirugía o tras el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica. Es frecuente un retraso en el diagnóstico desde la aparición de los síntomas en un promedio de 4 meses, como ocurrió en nuestro caso. El diagnóstico preoperatorio sólo se realiza en el 3% de los casos.

Ocasionalmente una citología positiva asociada con un legrado o biopsia endometrial negativa con cepillado endocervical también negativos puede sugerir la correcta localización de la neoplasia. Se ha publicado en estos casos entre un 10% a 23% de citologías cervicales

positivas para malignidad, indicativas de adenocarcinoma. La identificación de cuerpos de psamoma en la citología cervical hace aumentar la sospecha de la existencia de cáncer ovárico o tubárico¹⁻³.

Los estudios de imágenes de la pelvis habitualmente demuestran la existencia de una masa anexial de ecogenicidad heterogénea o sólida y flujo de baja resistencia. Habitualmente se interpreta como un tumor de ovario, que es más frecuente. La ecografía transvaginal de alta resolución es más útil que la tomografía axial computarizada en el diagnóstico de carcinoma de trompa de Falopio, cuando este se sospecha. La utilización del Doppler color o pulsado, puede mostrar áreas de neovascularización dentro de la trompa y el ultrasonido tridimensional puede detectar papilas dentro de la trompa al igual que cambios en la vascularización, y puede ser útil para demostrar que la masa en estudio y el ovario adyacente constituyen estructuras separadas¹⁰⁻¹².

La resonancia magnética nuclear puede ayudar también a precisar el verdadero origen y localización de la masa pélvica; además podría junto a la tomografía axial computarizada evaluar la extensión de la enfermedad a otras estructuras intraabdominales o retroperitoneales.

Pueden existir niveles aumentados del determinante antigénico (CA-125), tanto en pacientes con enfermedad primaria como en enfermedad recurrente que es donde tiene su utilidad principal, esto es, durante y después del tratamiento. En ocasiones también existe elevación de los niveles séricos de CA 19.9¹³.

Durante la cirugía, el aspecto macroscópico es el de una trompa uterina con una dilatación anormal, engrosada, con inflamación difusa y con oclusión de las fimbrias, debiendo realizarse el diagnóstico diferencial con enfermedades benignas, tales como, hidrosálpinx, hematosálpinx, piosálpinx, endometriosis, embarazo ectópico, etc. El tumor puede aparecer en cualquier porción de la trompa, pero se origina con más frecuencia en la porción ampular, como ocurre en nuestro caso. Se presenta con igual frecuencia en la trompa derecha o izquierda, siendo afectadas en forma bilateral en el 10% al 26% de los casos¹⁴⁻¹⁵.

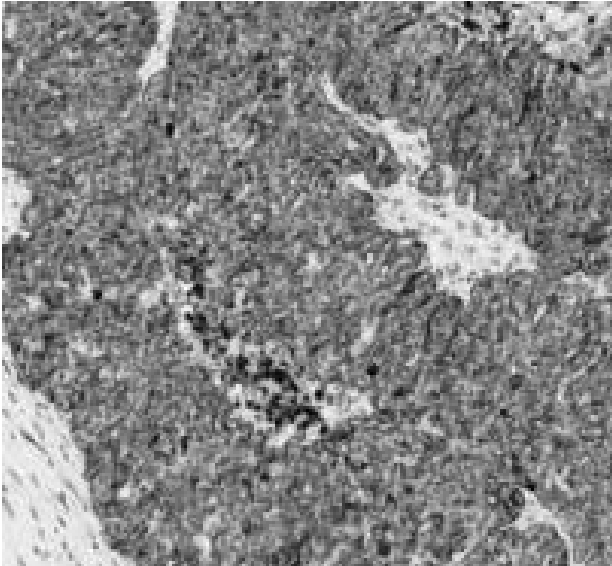
Desde el punto de vista anatomopatológico, es más frecuente encontrar a nivel de la trompa uterina tumores por metástasis (por cáncer de ovario, útero, endometrio, apéndice cecal). Cuando existe compromiso del ovario adyacente la diferenciación entre carcinoma primario de trompa y ovario es difícil. Hu y col. en 1950, propusieron algunos criterios de ayuda para lograr este diagnóstico y son: macroscópicamente el tumor principal debe estar en la trompa uterina, microscópicamente debe estar afectado principalmente el endosálpinx y si existe infiltración de la pared debe demostrarse la transición entre epitelio benigno a maligno en la trompa uterina. Cuando el cáncer ovárico se extiende hacia la trompa, la afectación serosa suele ser evidente y posiblemente el endosálpinx no esté afectado¹⁴⁻¹⁵.

No existen parámetros inmunohistoquímicos distintivos que diferencien el carcinoma de la trompa de Falopio de los tumores primarios de ovario. Cuando no se logra determinar el origen primario de la lesión se clasifican como carcinomas tuboováricos.

El tipo histológico de nuestra paciente, carcinoma indiferenciado (*Figura 3*) no corresponde con la variedad histológica más frecuente que es el adenocarcinoma papilar.

Además del adenocarcinoma seroso, la OMS ha descrito otros

FIGURA 2



Detalle de la inmunohistoquímica. Tinción citoplasmática positiva para pancitoqueratina CK- 18.

tipos histológicos que se presentan con menor frecuencia tales como: adenocarcinomas mucinoso, endometrioide, de células claras, de células transicionales, carcinomas indiferenciados y otros tipos histológicos muy raros: leiomioma, coriocarcinoma, sarcomas, teratoma maligno.

Los patrones de diseminación del adenocarcinoma de trompa uterina son los mismos que para el cáncer epitelial de ovario, siendo la vía principal la transcelómica, es decir, por crecimiento contiguo y por implantación intraperitoneal través de las fimbrias tubáricas o mediante la invasión transmural de la pared tubárica. Suele haber afectación intraperitoneal antes de que haya afectación ovárica. Cuando existe diseminación peritoneal, el comportamiento será similar al del cáncer de ovario, con tendencia a producir metástasis linfáticas (43-51% pélvicos, 30-70% paraórticos); la diseminación por vía hemática es menos frecuente, con posibilidad de metástasis en pulmón, hígado, hueso, etc.¹⁶⁻¹⁷.

En 1991, la FIGO aceptó un sistema oficial de estadificación del cáncer de trompa uterina que es una adaptación de la clasificación del carcinoma ovárico (Tabla 1).

La cirugía es la base del tratamiento inicial. En los casos en los que macroscópicamente la lesión se localiza en la trompa se debe realizar una técnica de estadificación cuidadosa que incluye lavado peritoneal,

Ref- 1. Alvarado-Cabrero, A. Cheung, R. Caduff. Tumours of the fallopian tube in pathology and genetics tumours of the breast and female genital organs. Ch 3. WHO classification of tumours. IARC Press: Lyon 2003.

TABLE 1
CARCINOMA OF THE FALLOPIAN TUBE – STAGING

Estadio 0: Carcinoma in situ (limitado a mucosa tubárica)

Estadio I: Limitado a las trompas

IA: Limitado una trompa con extensión a submucosa y/o muscular pero sin llegar a la serosa. No ascitis.

IB: Limitado a ambas trompas con extensión a submucosa y/o muscular, pero sin llegar a la serosa. No ascitis.

IC: Como en estadios IA o IB con extensión a serosa; o con ascitis conteniendo células malignas, o bien lavado peritoneal positivo.

Estadio II: Crecimiento afectando una o ambas trompas con extensión pélvica.

IIA: Extensión y/o metástasis en útero y/o ovarios.

IIB: Extensión a otros lugares de la pelvis.

IIC: Como en estadios IIA o IIB y con ascitis conteniendo células malignas o bien lavado peritoneal positivo.

Estadio III: Tumor afecta una o ambas trompas con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios positivos retroperitoneales o inguinales. Metástasis hepáticas superficiales son

Estadio III. Tumor limitado a la pelvis pero con invasión, probada histológicamente, en intestino o epiplón.

IIIA: Tumor aparentemente limitado a pelvis con ganglios negativos pero con siembra microscópica en peritoneo de abdomen comprobada histológicamente.

IIIB: Tumor afectando una o ambas trompas con implantes de 2 cm. en peritoneo abdominal confirmados histológicamente. i Ganglios negativos.

IIIC: Implantes en abdomen de 2 cm. y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.

Estadio IV: Tumor afecta una o ambas trompas con metástasis a distancia. Si hay derrame pleural debe ser positivo citológicamente, para considerarle estadio IV. Si hay metástasis en parénquima hepático se considera estadio IV.

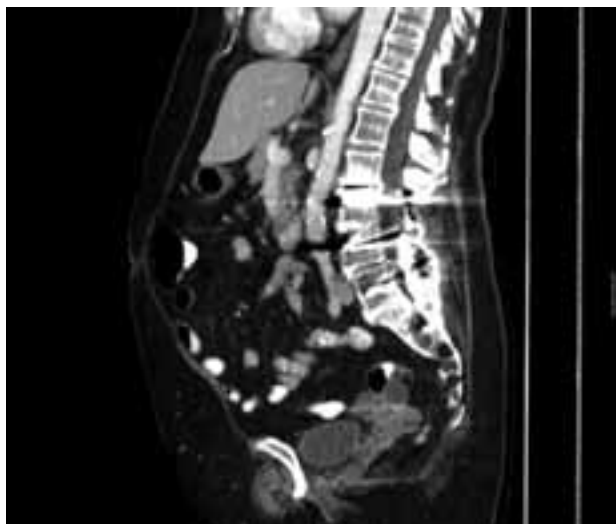
toma de biopsias peritoneales, omentectomía, linfadenectomía pélvica y para-aórtica selectiva. En pacientes con enfermedad macroscópica metastásica la citorreducción óptima parece mejorar la supervivencia como ocurre en el cáncer de ovario.

La adecuada estadificación de la lesión ayuda a determinar la terapia adyuvante¹⁻¹⁸.

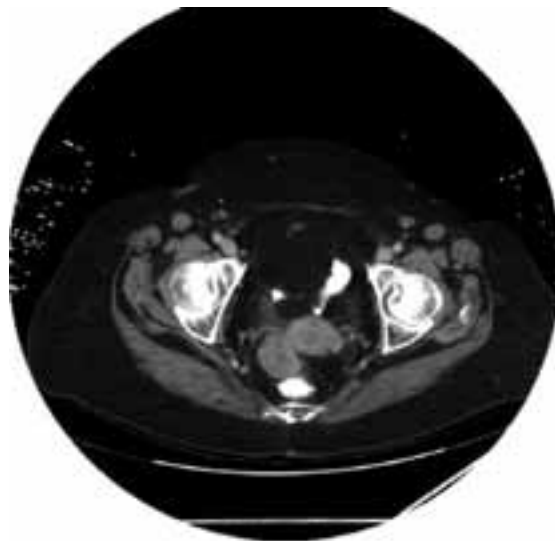
En estudios recientes se demuestra que más del 50% de las pacientes presentan la enfermedad en estadio I o II, a diferencia del cáncer de ovario en el que dos tercios de las pacientes se encuentran en estadio III/IV¹.

Es difícil determinar en la bibliografía actual la eficacia de la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia en el tratamiento del cáncer de trompa uterina ya que no existen resultados estadísticamente significativos para el aumento de la supervivencia.

TAC



TAC



No se ha determinado tratamiento coadyuvante para el carcinoma tubárico en estadio I. En general, se considera que los tumores de la trompa de Falopio son más agresivos en comparación que los mismos estadios en el carcinoma de ovario, por lo que la tendencia más aceptada es considerar la necesidad de tratamiento complementario en los estadios IC y superiores¹⁴.

La quimioterapia sistémica con esquemas basados en platino con paclitaxel, doxorubicina o ciclofosfamida parecen mejorar la supervivencia a largo plazo en pacientes con enfermedad avanzada. En el caso concreto de nuestra paciente el Comité de Tumores del Hospital decidió el tratamiento con Taxol y Carboplatino

En algunos centros la quimioterapia intraperitoneal con carboplatino o cisplatino se emplea como alternativa o como complemento a la terapia intravenosa, a raíz de que tres estudios aleatorizados demostraron mejorar la supervivencia en mujeres con cáncer de ovario en estadio avanzado¹⁸.

La radioterapia abdominopélvica y metabólica (fosfato crómico radiactivo) parecen mejorar la supervivencia en mujeres con estadios avanzados y enfermedad limitada en la pelvis^{1, 14, 15}.

En algunos casos se ha publicado el uso de acetato de medroxi-progesterona junto a la quimioterapia en tumores avanzados, ya que el endosálpinx es anatómica, embriológica e histológicamente similar al endometrio¹.

Los factores pronósticos más importante que se correlacionan con la supervivencia son el estadio de la enfermedad, el volumen del tumor residual y la profundidad de la invasión en la pared tubárica. Las pacientes con hallazgos citológicos negativos presentan una supervivencia a los 5 años del 67%, en comparación con el 20% de las que tienen citología positiva¹⁵⁻¹⁷.

La tasa de supervivencia a los 5 años oscila entre 40% y 60% en la enfermedad localizada (estadios I-II) y entre 0% y 16% en la enfermedad avanzada (III-IV).

La relaparotomía o "second look" se realiza con la finalidad de demostrar la presencia o ausencia de la enfermedad y para tratar focos de la misma. Sin embargo, no se ha definido con exactitud la utilidad del "second look" en el carcinoma tubárico¹.

Las recurrencias aparecen con menor frecuencia que en el cáncer de ovario, en especial si se administra tratamiento con platino. Se han informado tasas de recurrencia del 34 -38% de las pacientes entre 8 y 50 meses tras el diagnóstico, que pueden ocurrir en el abdomen superior, en la pelvis o ser extraperitoneales. La segunda línea de tratamiento para la enfermedad recurrente se debe basar en el intervalo libre de platino y utilizar sólo cirugía citoreductora para pacientes seleccionadas^{15, 18}.

Las revisiones deben realizarse trimestralmente durante el primer año y posteriormente cada 6 meses durante al menos 4 años más. Debe efectuarse exploración física, pruebas radiológicas, como la ecografía, TAC, radiología de tórax y marcadores tumorales, fundamentalmente CEA, CA 12.5 y CA 19.9¹⁴. Se ha publicado la utilidad del PET con Flúor-Desoxi-Glucosa (PET-FDG) en esta patología en los casos clínicos con sospecha de recurrencia, con niveles plasmáticos de CA-125, laparoscopia y TAC no diagnósticos, en los que el PET demostró actividad metastásica²⁰.

CONCLUSIÓN

El carcinoma de trompa uterina se ha considerado poco frecuente hasta ahora, sin embargo es posible que sea el origen de muchas carcinomatosis peritoneales y de casos diagnosticados como estadios avanzados de cáncer de ovario. La ausencia de un alto índice de sospecha posiblemente justifique que no se tenga en cuenta este diagnóstico preoperatoriamente, por tanto, deberíamos pensar en esta patología en aquellas pacientes que presentan una hemorragia vaginal posmenopáusica, con una masa pélvica o con una citología anormal, en las que se ha descartado un carcinoma cervical y de endometrio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Saia. P.J. Creasman W.T. *Oncología Ginecológica Clínica*, 6ª edición. Ediciones Harcourt, Madrid. 2002.
2. Schneider C, Wight E, Perucchini D, Haller U, Fink D. Primary carcinoma of the fallopian tube. A report of 19 cases with literature review. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2000;21(6):578-82.
3. Jeung IC, Lee YS, Lee HN, Park EK. Primary carcinoma of the fallopian tube: report of two cases with literature review. *Cancer Res Treat*. 2009 Jun;41(2):113-6. Epub 2009 Jun 30.
4. Goodman MT, Shvetsov YB. Incidence of ovarian, peritoneal, and fallopian tube carcinomas in the United States, 1995-2004. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009 Jan;18(1):132-9.
5. Riska A, Leminen A. Determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma (PFTC). *Methods Mol Biol*. 2009;472:387-96. Review.
6. Shaw PA, Rouzbahman M, Pizer ES, Pintilie M, Begley H. Candidate serous cancer precursors in fallopian tube epithelium of BRCA1/2 mutation carriers. *Mod Pathol*. 2009 Sep;22(9):1133-8. Epub 2009 Jun 19.
7. Jarboe E, Folkins A, Nucci MR, Kindelberger D, Drapkin R, Miron A, Lee Y, Crum CP. Serous carcinogenesis in the fallopian tube: a descriptive classification. *Int J Gynecol Pathol*. 2008 Jan;27(1):1-9
8. Carlson JW, Miron A, Jarboe EA. Serous tubal intraepithelial carcinoma: its potential role in primary peritoneal serous carcinoma and serous cancer prevention. *J Clin Oncol*. 2008 Sep 1;26(25):4160-5.
9. Panda S, Patnaik A, Mishra B. Primary carcinoma of the fallopian tube- a case report. *J Indian Med Assoc*. 2008 Jul;106(7):460-1
10. Haratz-Rubinstein N, Russell B, Gal D. Sonographic diagnosis of Fallopian tube carcinoma. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004 Jul;24(1):86-8
11. Shwayder JM. Pelvic pain, adnexal masses, and ultrasound. *Semin Reprod Med*. 2008 May;26(3):252-65. Review.
12. Kurjak A, Kupesic S, Jacobs I. Preoperative diagnosis of the primary fallopian tube carcinoma by three-dimensional static and power Doppler sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000 Mar;15(3):246-51.
13. Tokunaga T, Miyazaki K, Matsuyama S, Okamura H. Serial measurement of CA 125 in patients with primary carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol*. 1990;36(3):335-337.
14. Marcos Sánchez F, Sánchez Díaz E, Marrupe González D, Albo Castaño MI, Viana Alonso A, Juárez Ucelay F. Un caso de carcinoma de trompa de falopio. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 83-85 .
15. A Ferrero-Viñas. B Pérez-Prieto. A Fernández-Corona. JS Salas. JL Hernández-Rodríguez. Carcinoma de trompa de Falopio: revisión de 10 casos clínicos. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2004;31:12-6
16. Tamimi HK, Figge DC. Adenocarcinoma of the uterine tube: potential for lymph node metastases. *Am J Obstet Gynecol*. 1981 Sep 15;141(2):132-7.
17. Rosen AC, Reiner A, Klein M, Lahousen M, Graf AH, Vavra N, Auerbach L, Vorbeck F, Rosen HR. Prognostic factors in primary fallopian tube carcinoma. Austrian Cooperative Study Group for Fallopian Tube Carcinoma. *Gynecol Oncol*. 1994 Jun;53(3):307-13.
18. Krasner CN, Roche M, Horowitz NS, Supko JG, Lee SI, Oliva E. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 11-2006. A 54-year-old woman with a mass in the pelvis. *N Engl J Med*. 2006 Apr 13;354(15):1615-25
19. Papadimitriou CA, Peitsidis P, Bozas G, et al. Paclitaxel- and platinum-based postoperative chemotherapy for primary fallopian tube carcinoma: a single institution experience. *Oncology*. 2008;75(1-2):42-8. Epub 2008 Aug 26.
20. Patel P, Cohade C, Chin B. PET-CT Localizes previously undetectable metastatic lesions in recurrent fallopian tube carcinoma. *Gynecol Oncol* 2002; 87:323-6.

Tribuna humanística

Presencia femenina en el Quijote

The Feminine Presence in Don Quixote

Martínez Falero J

Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas

INTRODUCCIÓN

Aunque en el Quijote, el protagonismo de la acción y el relato es siempre mucho mayor el de los hombres, las mujeres surgen con frecuencia con unas características especiales; parecen el contrapunto de lo masculino, pero con una peculiar significación femenina y hasta en ocasiones, muestran un parecido perfil a don Quijote pero justificado y defendiendo cada una de ellas su parcela. Su condición de mujer no les impide hacer uso de sus derechos, defender su honra y exigir que cumplan con sus palabras, los que la prometieron.

En cualquier caso, sí queremos decir que los juicios que empleamos para hacer el análisis de las mujeres, son del todo personales, apoyados en las descripciones del texto original pero aportando aspectos psicobiológicos del perfil humano de cada una, que nos sirven para valorar sus reacciones, interpretar actitudes y en ocasiones hasta que intuir lo que sienten, aunque no lo digan de manera expresa.

Permítame así, esta pequeña licencia que se puede encontrar justificada, de una parte por mi condición de médico, biólogo, antropólogo... y de otra por la faceta de médico escritor.

Nos ocuparemos de algunas de las mujeres que aparecen en el Quijote, para atenernos al espacio, en el mismo orden que están presentes en el texto. Excluimos a Dulcinea, de estos comentarios porque el personaje lo define y lo ilustra don Quijote, con tal fuerza y determinación, que no queremos aportar ninguno de los atributos que no sean los que emplea el ingenioso hidalgo para sublimar su persona, su hermosura, a la que rinde su amor cuando se emplea en las más arriesgadas aventuras, para defender "a doncellas desvalidas, deshacer entuertos y auxiliar a menesterosos", teniendo siempre presente a la sin par Dulcinea, aunque accidentalmente se encuentre convertida en rústica aldeana, porque piensa que eso es producto de sus rivales que la tienen encantada.

Termina esta introducción empezaremos nuestro relato.

RELATO

Bella historia de amor, protagonizada por Marcela una hermosa pastora, de quince años, heredera de grandes riquezas, que fue la causa de la muerte de amores de Crisóstomo, un estudiante y pastor a la vez.

Marcela era la atracción de los hombres, destacada por su belleza y altivez, a la par que honesta, que estaba guiada por un tío suyo, sacerdote y que vigilaba su honradez.

Crisóstomo, su enamorado, era un estudiante de Salamanca, poeta y buen letrado, que cuando vio a Marcela quedó prendado de su hermosura. Después de requerirla en sucesivas ocasiones, Marcela no le concedió esperanzas y el joven resignado murió de pena al no ver correspondido su amor. Había dicho a sus amigos que fuera enterrado en el lugar donde Marcela lo rechazó por última vez y que fueran quemados los versos donde cantaba el poeta el amor, la honestidad y las virtudes de la pastora.

Marcela después de esta ceremonia, para aclarar que ella no fue culpable de la muerte por amor de Crisóstomo, exclama: "si a él lo mató su impaciencia y arrojado deseo, ¿por qué se ha de culpar mi proceder y recato?. Si yo conservo mi limpieza con la compañía de los árboles ¿por qué ha de querer que la pierda, él que quiera que la tenga con los hombres?".

Después de esta réplica y sin oír respuesta, la pastora se retiró al monte para disfrutar de la naturaleza.

Don Quijote pensó que era el momento de actuar como caballero andante y aplicar el criterio de la caballería, de socorrer doncellas y dijo que nadie osara hacer mal a Marcela, que él se encargaba de defenderla como tal doncella, que era en todo momento.

La figura de Marcela nos sugiere algún comentario al respecto. Su espíritu puro, que vivía el esplendor de la naturaleza que la rodeaba, con sus ganados que guardaba con celo de pastora, no tenía en su pensamiento establecer ninguna relación sentimental con hombres. Se encontraba enamorada de las flores, de los árboles, del agua cristalina de los arroyos y disfrutaba con la compañía de otras zagalas de su edad: no quería perder el albedrío, sí concertaba el amor con algún hombre; su pensamiento honesto se lo impedía y por eso rechazó a todos los que la requerían, incluso a Crisóstomo que le ofrecía su amor encendido y honrado. Ella defendía con ardor su criterio, cuando la culpaban de ser responsable de la muerte del enamorado por no haberlo aceptado. Es como un símbolo de virtud mística, como si fuera una hermana espiritual, de don Quijote porque ambos perseguían un ideal desprovisto de materialismo.

Avanzamos en el texto del libro de Cervantes y en el capítulo XVI don Quijote, en una descomunal batalla librada con los yangüeses queda maltrecho y acompañado por Sancho se refugiaron en una venta que don Quijote la veía como señorial castillo y allí la ventera y su hija, curaron las heridas de los que iban a ser huéspedes. El hidalgo se acopló en un catre de tablas con un jergón de mala muerte.

En este menester le ayudó una moza asturiana. Maritornes, y aquí empieza la escena con esta chica, ligera de cascos. Maritornes había concertado una entrevista nocturna, con un arriero de la venta. Al llegar al lugar de la cita chocó con don Quijote que la creyó una princesa. El arriero al contemplar la situación arremetió contra el caballero, propinándole un puñetazo que le hizo sangrar por la boca.

Terminada la bronca se fueron al aposento donde se alojaban y al poco llegó Maritornes, que buscando a su querido se encontró con don Quijote que la cogió por las muñecas y la hizo sentar en la cama. Elevó un canto a su hermosura de digna princesa, pero haciéndole ver la promesa dada a Dulcinea de ser la única en sus pensamientos.

Maritornes que no entendía el parlamento, procuraba desasirse. El arriero que escuchaba celoso como la asturiana hubiere faltado a la palabra dada, cuando se apagó el candil que portaba el ventero y la greña se produjo en la oscuridad, sólo se percibía el ruido del escándalo, que lo oyó un huésped de la Santa Hermandad de Toledo, que entró en el aposento, para tratar de poner paz. Se retiró el ventero a su lugar, el Arriero a cuidar sus bestias y la moza a su habitación; sólo don Quijote se quedó donde estaba.

En esta historia prima la conducta de Maritornes, joven locuela que estaba acostumbrada a encelar a los huéspedes que pernoctaban en la venta. Quiso aprovechar la situación para intentar satisfacer sus deseos de mujer ardiente, con el arriero que encontró a punto; participantes en la escena: el ventero, don Quijote, Sancho y el arriero celoso. Maritornes coqueta y atrevida no pudo conseguir el empeño, porque un huésped que allí se encontraba, al acudir a la trifulca, dispersó a los pendencieros y no los pudo detener. Solamente quedó don Quijote, pensando en reponerse para emprender una nueva aventura, y Sancho con el fin de descansar del atropellado suceso.

En lenguaje coloquial castellano manchego y por extensión a las muchachas sirvientas que tienen esta conducta poco ejemplar, se las llama "maritornes".

En un cuento que relata Sancho a don Quijote en el capítulo XX, refiere que un pastor se había enamorado de una zagala llamada Torralba, rolliza, hombruna y con bigote que lo persigue cuando se iba con sus cabras a Portugal.

El cabrero se da cuenta que era seguido por la muchacha, que lo que pretende es lograr su amor, pero por más que se acicala frente al espejo, se da cuenta que no está dotada de gracia femenina. El cabrero sólo ocupado de un rebaño, no atiende las solicitudes de la Torralba que terminó por abandonar su empeño. La pastora por más que se arregla y se prepara para mejorar su aspecto, percibe que no tiene prendas de mujer. En esta ocasión la falta de gracejo y ángel, fueron factores determinantes que dificultaron el triunfo amoroso.

Diferente es la siguiente historia que se narra en los capítulos XXIV y XXVII.

Luscinda es una dama con todos los atributos para el triunfo: rica, inteligente, sensible y hermosa. Cardenio, un doncel decidido a pedir a Luscinda en matrimonio, que contaba con el apoyo del duque Ricardo, adinerado andaluz que para favorecer al joven lo designó acompañante de sus hijos. El enamorado acepta con resignación el separarse por el momento de su adorada novia. En la despedida hubo juramentos de amor eterno y el deseo de verse pronto.

Cardenio tuvo que acompañar a don Fernando, gentil hombre bien parecido que era el segundo hijo del duque Ricardo. Se hicieron buenos amigos y en confianza, Fernando conoció el amor de Cardenio por Luscinda al mismo tiempo que Cardenio se enteró cómo Fernando estaba engañando a una labradora con promesas de matrimonio.

Con este conocimiento Cardenio se reunió con su novia y se sentía muy feliz hasta el punto de ponderar y elogiar a su amigo Fernando los dones de Luscinda, de tal modo que éste, estimulado por la curiosidad quiso conocer a Luscinda; así fue en ese momento Fernando quedó prendado de los encantos y emprendió el deseo de lograrla, para lo que alejó a Cardenio con el pretexto que fuera a ver al duque, para recabar dinero, prometiéndole facilitar su boda al regreso.

Por una treta urdida por Fernando detienen al novio durante varios días. En ese intervalo Fernando pidió por escrito en matrimonio a Luscinda. Con este conocimiento, la enamorada pedía a Cardenio que la salvara del enredo, que espoleado por el amor jurado a su prometida, llegó a la casa cuando estaba vestida de novia y a la cámara donde había de celebrarse la boda y allí permaneció oculto en entre unos tapices.

En el momento cumbre de la ceremonia, cuando la novia tenía que decir "sí quiero", cayó desmayada en los brazos de la madre. Cardenio pensando que se trataba de una burla que le hacía Luscinda, se marchó fuera del pueblo y estuvo haciendo penitencia por los bosques.

Mientras tanto Luscinda lloraba al pensar que había sido abandonada por el hombre que tenía derecho a su amor y declara que es Cardenio su elegido. Fernando lleno de orgullo no se conforma y se enfurece. Luscinda se refugia en un monasterio buscando sosiego. Allí permanece unos meses hasta que Fernando lo descubre y después de un asalto rescata a la que llama su esposa y con peripecias que se narran con detalle llegan a un ventorrillo manchego en donde tenían pedido hospedaje don Quijote y Sancho su escudero; allí coincidieron con dos amigos que iban buscando al ingenioso Hidalgo, al que comentaron que habían encontrado a una pareja de jóvenes, que lamentaban su desventura.

Él era Cardenio que se dirigía a su hogar, ella una bella labradora andaluza, que de manera ingrata había sido olvidada del hijo de un duque que también quería retornar al cobijo de sus padres.

Los dos personajes estaban dispuestos a descansar en la posada, cuando entró don Fernando con su séquito. Al verlos llegar enmascarados, Cardenio se fue al dormitorio de don Quijote, cerca de donde estaba Dorotea, una errante labradora. Descabalgó Fernando y llevó a Luscinda junto a la habitación donde se encontraba Cardenio y Fernando trató de impedir que Luscinda entrara. En el empeño se cayeron los antifaces y Dorotea reconoció al hijo del duque, que le había dado palabra de casamiento y Fernando quedó lleno de vergüenza ante la moza a la que había ofendido.

El caballero conmovido, vino a rendirse y a jurar lealtad a su primera novia, concertándose allí mismo el matrimonio. En ese momento salió de su aposento y recobró la mano de Luscinda. Pero el enredo sigue para que resulte más complicado.

Dorotea decide aparentar de rica señora el cura le dice a Sancho que es la princesa Micomicona procedente de un gran reino que se llama Micomicon. Se dirigen los tres para ver a don Quijote que se

encontraba meditando entre unas peñas y la denominada princesa le pide que le otorgue un don que consiste en que se vaya con ella y no se meta en más aventuras; don Quijote acepta porque está deseoso de saber a quién tiene que dar venganza.

Dorotea, para identificar a don Quijote, quiere que le enseñe un lunar que tiene en la espalda, según le dijo su padre; don Quijote pretende desnudarse para mostrar, pero Sancho sentencia que sí tiene el lunar, con lo que Dorotea quedó satisfecha.

Sancho se enzarzó en discusión con don Quijote y trataba de comparar a Dorotea con Dulcinea. Se ataja el comentario cuando Dorotea dice a Sancho que pida perdón a su amo y en adelante no hable mal de Dulcinea.

Si se estudia con detenimiento la historia entre los amores de los personajes se observa el triángulo Luscinda-Fernando-Cardenio. Por malas artes Fernando quiere atrapar a Luscinda y promueve la boda desdeñando el compromiso anterior, entre ella y Cardenio. Después prima la sensatez, brilla el amor y se concertan los matrimonios con el deseo de todos.

Pero Dorotea que es el personaje con más inestabilidad psicológica, se convierte en protagonista de una fabulación, haciéndose pasar por Micomicona, princesa de un reino imaginario y actúa en la misma línea de la locura que padece don Quijote.

Como decíamos en la introducción, a veces surge un personaje femenino como peculiar significación, pero con parecido perfil al del hidalgo, como contra punto de lo masculino. La capacidad creadora de Cervantes, el autor del libro, no tiene límites en la narración literaria. He aquí como en el capítulo LI aparece Leandra, hija de un rico labrador, mujer muy bella y recatada. El padre tenía duda a quién la iba a dar en matrimonio, al cabrero Eugenio o a otro pastor de la competencia llamado Anselmo. En esto entra en escena un soldado, Vicente de la Rosa, que venía de Italia vestido con llamativo traje de colores; tocaba, cantaba y hacía versos.

Leandra al escuchar sus hazañas y deslumbrada por la vistosidad de su vestimenta, quedó prendada y antes que él la solicitara, le declaró su amor y se marchó con el soldado, dejando la casa de su padre y llevándose joyas y dinero. El cabrero y su rival quedaron muy tristes y cada uno se fue con su rebaño de ovejas y cabras.

En todos los alrededores del pueblo se oía hablar de la hermosa Leandra; unos la llamaban locuela y deshonestas, otros celebran su hermosura y perdonan el desliz.

El análisis que se nos ocurre al juzgar a Leandra es que no se trata de una mujer antojadiza, irreflexiva, con poca madurez en lides amorosas, que deslumbrada por el oropel del uniforme del soldado y de las mañas que demostraba, se prestó, antes que él lo pidiera a huir en su compañía dejando la casa del padre. Enseguida fue abandonada por el tal Vicente, que se llevó el botín.

La inexperta Leandra, con su personalidad neurótica, dio pie a que el irresponsable y taimado militar, cumpliera su fin, el robo, sin manchar la honra, pues Leandra confesó que no fue tocada. El convento redimió su culpa. Seguimos con nuestro trabajo y llegamos al capítulo XIX donde aparece Quiteria, novia de Camacho el rico, que estaba prometida con un bello mancebo llamado Basilio, pero con menos dinero que Camacho aunque era mejor mozo, recio, tirador de ba-

rra, jugador de pelota que además canta y toca la guitarra; en suma un modelo de joven. Basilio se presenta en la ceremonia de la boda concertada entre Quiteria y Camacho y después de un parlamento, se clava una daga en el pecho.

Herido mortalmente le pide a Quiteria que se despose con él, antes de morir. Interviene don Quijote y dice que es cosa justa y que después Camacho se casara con la viuda. Camacho lo acepta, Quiteria le pide la mano y el cura los bendice. Basilio contento se levanta, se saca la espada que por industria estaba dentro de un tubo de hierro, lleno de sangre.

Al comprobarse el engaño se armó una gresca, don Quijote interviene a favor de Basilio: Camacho se consuela y acepta la verdad de la boda y se marcha a seguir la esplendorosa fiesta, como si hubiese sido su boda. Los pobres desposados se refugiaron en la aldea de Basilio.

Hacemos un comentario para valorar a Quiteria que consideramos una mujer que desde muy joven estaba enamorada de Basilio, mozo con buenas prendas al que conoce desde niño, pues eran vecinos en el mismo pueblo.

Triunfa el amor sobre el interés. Criterio joven honesta se reconforta con la unión con su adorado Basilio: Camacho disimula su despecho con vanidad y sigue en las fiestas que se habían organizado pensando en su boda.

En el último capítulo del libro se narra el patético final. Los amigos del hidalgo llamaron al médico que le dice a la sobrina que su tío se va a morir y que vengan el cura, el bachiller y el barbero, porque quiere hacer testamento.

Ante ellos aborrecerá a los caballeros andantes y a los libros de caballerías. Los presentes pensaron que se había vuelto cuerdo. El cura quiso confesar al hidalgo y dijo "se muere y está cuerdo". Es Alonso Quijano el Bueno, que en el testamento expresa que a Sancho no le pidan que rinda cuentas. Deja su hacienda a Antonia Quijano, su sobrina y dice que se pague el salario al Ama por sus servicios y le den veinte ducados para su vestido.

También manifiesta que si su sobrina quiere casarse, que no sea con quien sabe de libros de caballerías, pero que si ella insiste, perderá todo lo que le ha legado y los albaceas lo empleen en obras pías; y a estos les dice que si conocen al autor de la Segunda Parte que le pide perdón por haberle inspirado aventuras que fueron tremendos disparates.

Pasó tres días en la cama don Quijote, luego de haber distado el testamento. Llegó el último suspiro después de recibir los sacramentos y abominar los libros de caballerías.

Finalizamos este trabajo, con los juicios de valor para encuadrar el ama y la sobrina. Son dos mujeres, que aún con diferencia en su edad, pero con igual criterio, siempre han tratado de apartar a don Quijote de sus locas aventuras de caballero andante y que empleando simplemente el sentido común, se dan cuenta de las disparatadas ideas de don Quijote y tratan de separarlo en sus repetidos intentos y llevando con paciencia, los malos resultados que obtenía en las alucinantes aventuras.

Hay un feliz resultado; Alonso Quijano el Bueno se muere siendo cuerdo y queda olvidado el ingenioso hidalgo, Alonso Quijano don Quijote, que fue presa de una locura, producida por la lectura reiterada de los libros de caballerías.

Noticias en Ginecología y Obstetricia

Noticias seleccionadas por el Dr. Haya.

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario de Ciudad Real y del Hospital General de Tomelloso

EL SEXO DE LOS MELLIZOS PODRÍA AFECTAR LOS RESULTADOS DEL EMBARAZO

Los resultados de un embarazo de mellizos, lo que incluye el tamaño del bebé y la fecha de parto, podrían verse afectados dependiendo de si la mujer lleva niños o niñas, según un estudio publicado en "Obstetrics & Gynecology".

Compartir la matriz con una niña produce mejores resultados, en términos de peso al nacer y otros factores, que compartirla con un niño, independientemente de si el otro mellizo es niño o niña, según investigadores de la Tel Aviv University (Israel).

"Un feto masculino afecta a su compañero de manera negativa, probablemente debido al transporte interfetal de sustancias, sobre todo hormonas", apuntó el Dr. Marek Glezerman, coautor del estudio.

Pero un experto de Estados Unidos, que revisó el estudio afirma que es interesante, pero que no provoca un cambio en la manera en que se da seguimiento a las mujeres durante el embarazo, independientemente de si están embarazadas con dos niñas, dos niños, o uno de cada sexo. "No creo que se traduzca en cambios a la práctica clínica", dijo el Dr. Steven Ory, ex presidente de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva.

Los investigadores evaluaron 2.704 embarazos de mellizos, observando solo a mellizos bivitelinos nacidos entre 1995 y 2006. Estudios anteriores no habían diferenciado entre mellizos bivitelinos o univitelinos, apuntó el Dr. Glezerman, y esto pudiera haber confundido el efecto del sexo del feto sobre los resultados de los embarazos.

Alrededor del 16% de los embarazos era de dos mellizos de sexo femenino, el 60% de uno de cada sexo, y el 14% de dos de sexo masculino.

Los partos prematuros fueron más comunes entre las mujeres que estaban embarazadas de mellizos de sexo masculino, encontró el estudio. De las parejas de sexo masculino, el 9,2% nació antes de las 31 semanas, frente al 7,5% de las parejas de distinto sexo y al 5,5% de las parejas de sexo femenino. Estudios anteriores han encontrado un mayor riesgo de parto prematuro para un feto masculino frente a uno femenino.

En el nuevo estudio, el peso al nacer fue en promedio más alto para los niños que para las niñas, con 2,25 kilos en comparación con 2,16 kilos. Pero los niños en las parejas de sexo masculino tenían un peso promedio al nacer más bajo que los niños en las parejas en que había uno de cada sexo: 2,2 kilos frente a 2,27 kilos. Los niños en las parejas de sexo masculino también tenían índices de crecimiento más bajos que los niños en las parejas de ambos sexos. Las niñas en las parejas de sexo femenino presentaron menores problemas respirato-

rios y neurológicos que las que estaban en parejas de niño y niña.

Los investigadores atribuyen los hallazgos a lo que llaman el "factor ofensivo masculino", lo que significa que la presencia de un feto de sexo masculino afecta negativamente las perspectivas del mellizo que comparte la matriz, ya sea niño o niña.

Sin embargo, los motivos de esto no están claros. Los investigadores especulan que una posibilidad es que los fetos de sexo masculino que comparte la matriz con niñas podrían tener más éxito en la competencia por los nutrientes, porque las niñas tienden a tener un crecimiento más lento. Debido a esto, un niño en una pareja de ambos sexos podría terminar pesando más que uno de una pareja masculina. Las influencias hormonales también podrían ayudar a explicar las diferencias.

UN 80% DE LAS MUJERES CREE QUE SER MADRE CONDICIONARÁ SU PROFESIÓN

Al menos el 80% de las mujeres piensa que la maternidad puede condicionar su profesión y prácticamente 90% considera en riesgo su puesto de trabajo pero, a pesar de esto, tan sólo un 25% aplazaría temporalmente el embarazo por su situación laboral, según el estudio Clearblue sobre Planificación del Embarazo, que se engloba dentro de la Campaña Ilusión por ser mamá.

Asimismo, las mujeres con contrato fijo, al tener una situación más estable, tienen más predisposición para tener un hijo. De hecho, el 55% de las mujeres primerizas con contrato fijo piensa tener un hijo a corto plazo a diferencia de 27% de las que tienen un contrato temporal.

Un condicionante claro a la hora de aumentar la familia es la economía familiar. Casi el 40% de las mujeres encuestadas les influiría una mejora de sueldo a la hora de plantearse un embarazo. Además, el 55% de las mujeres que busca un bebé por primera vez se plantearía trabajar menos horas y un 31% buscaría un trabajo más cercano a casa.

Otro dato curioso del estudio es que las mujeres que quieren tener un hijo a corto plazo les preocupa más el empleo de su pareja que el suyo y 6 de cada 10 retrasaría su maternidad si su pareja perdiera su empleo frente a algo menos de la mitad si perdiera el propio.

Sin embargo, la crisis no preocupa en exceso. Así las mujeres que piensan convertirse pronto en madres por primera vez les preocupan menos la crisis (39%) y son las que piensan en mayor porcentaje (27%) que la crisis acabará en menos de un año. Aunque, a mayor edad, mayor preocupación por la crisis: un 56% de las mujeres de más de 37 años se sienten preocupadas por la situación económica actual,

a las mujeres de 30 a 36 años también les preocupa (47%) y, en menor medida, a de las mujeres de 20 a 29 años, con un 41%.

Por el contrario, las mujeres que ya han sido madres no consideran tan importante el impacto económico de la llegada de un bebé (45%) ni tampoco la necesidad de cambiar o reformar la casa (23%) pero sí cambiar de coche (17%). En este sentido, el 63% de las mujeres que buscan el primer hijo señalaron que ahorrarán más antes de la llegada del bebé y el 31% de ellas se planteará cambiar de casa o hacer una reforma.

Al respecto, la coordinadora de Ginecología de Ginefiv, la Dra. Victoria Verdú, recordó que "cuando se tiene mucha ilusión por tener un hijo la crisis no es una preocupación, sobre todo entre las mujeres primerizas". El trabajo es otra cuestión, ya que según señaló, es común ver mujeres que retrasan su por "una situación laboral más o menos estable".

Esta situación es contraria a la propia naturaleza fértil de la mujer que se encuentra en su mejor momento entre los 20 y 25 años; por este motivo "deberíamos ser conscientes de que nuestro tiempo real de ser madres es limitado", añadió.

LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES SON TAMBIÉN EFECTIVOS EN LAS MUJERES OBESAS

Los anticonceptivos orales funcionan tan bien en las mujeres con sobrepeso como con peso normal, según reveló un nuevo estudio publicado en "American Journal of Obstetrics and Gynecology".

Sin embargo, la autora de otra investigación que anteriormente demostró diferencias en la forma en que el cuerpo de las obesas responde a la píldora, afirma que estos últimos resultados no son concluyentes. "No creo que el nuevo estudio responda por completo todas las preguntas", dijo la Dra. Alison Edelman, de la Oregon Health & Science University, de Portland (Estados Unidos). Trabajos de investigación sobre los efectos del peso y los anticonceptivos orales habían obtenido resultados contradictorios, indicó el equipo de la Dra. Edelman.

Para investigar el tema, los autores del nuevo trabajo analizaron datos de un estudio a cinco años sobre 59.510 usuarias de anticonceptivos orales que había sido diseñado para evaluar los riesgos de distintos productos. Durante la investigación, hubo 545 embarazos no planificados.

Según el equipo del Dr. Jurgen C. Dinger, del Centro ZEG de Epidemiología e Investigación de la Salud, de Berlín (Alemania), no hubo evidencias de que el índice de masa corporal (IMC) de la mujer modificara la probabilidad de quedar o no embarazada con la mayoría de esos anticonceptivos.

Con todo, el subgrupo de anticonceptivos con acetato de clormadinona dio menos resultado en mujeres con IMC de 30 o más o que pesaban por lo menos 75 kilos. Pero según los autores, la efectividad de esos anticonceptivos se mantuvo "aceptable". La baja tasa de fallo registrada sugiere que las participantes usaban la píldora correctamente, de modo que se desconoce si los resultados serían aplicables a poblaciones con un menor nivel de adherencia o en las que la obesidad y el sobrepeso son comunes. "No obstante, esas posibles limitaciones no deberían subestimar las fortalezas del análisis", concluyó el equipo.

El grupo de la Dra. Edelman había estudiado la farmacocinética de la píldora, es decir cómo la procesa el organismo, y había hallado que, en las obesas, las hormonas tardaban unos 10 días en alcanzar los niveles necesarios para suprimir la ovulación, contra unos cinco días en las mujeres con peso normal.

Eso proporcionaría una ventana de oportunidad para que el ovario libere un óvulo y surja la posibilidad de un embarazo, aunque la Dra. Edelman señaló que los resultados no prueban que esas mujeres hayan quedado embarazadas.

La Dra. Edelman agregó que las 20 participantes estaban ovulando, a diferencia del estudio efectuado por el Dr. Dinger, lo que habría sesgado los resultados.

"Las tasas de obesidad no son tan altas en Europa, donde los niveles de adhesión son elevados, de modo que los datos no son totalmente extrapolables a la población en Estados Unidos", aseguró la Dra. Edelman.

SANIDAD RECOMIENDA HASTA TRECE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA EVITAR UN MAL USO DE LA PÍLDORA POSCOITAL

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha editado un folleto informativo, que será distribuido en las farmacias a las usuarias de la píldora postcoital o del día después, en el que informan de hasta 13 métodos anticonceptivos de uso regular con una eficacia de más del 75% para ser utilizado en lugar de la píldora, que el ministerio considera de urgencia.

Para un uso correcto de la píldora postcoital, los farmacéuticos van a tener a su disposición tres folletos informativos para repartir entre las usuarias de este fármaco: uno con información sobre su uso y posibles efectos secundarios, otro sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual y el citado con los métodos anticonceptivos que actualmente están autorizados en España.

En dicho texto, para cuya elaboración han contado con el apoyo de farmacéuticos, médicos, enfermeros y especialistas en sexología, distinguen entre métodos barrera, métodos hormonales, el dispositivo intrauterino o DIU, el bloqueo de trompas y la vasectomía, ambos definitivos, y el doble método.

De todos ellos, los métodos barrera son los únicos que no requieren control sanitario pero su eficacia es media-alta, de entre un 75% y un 89%. En estos se incluye el preservativo masculino y el femenino, el diafragma y el capuchón cervical, todos ellos de un sólo uso y con la ventaja de que protegen de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Entre los métodos hormonales, que no protegen de ITS aunque su eficacia es mayor, Sanidad recomienda la píldora combinada, la píldora de gestágeno, el anillo vaginal, el parche cutáneo, el anticonceptivo hormonal inyectable y el implante subdérmico.

Dicho documento advierte también de otros métodos cuya eficacia anticonceptiva es considerada como baja o nula, que además tampoco protegen frente a infecciones de transmisión sexual. Entre estos destaca la abstinencia periódica, consistente en no mantener relaciones sexuales con penetración en los días considerados fértiles, indicando para calcularlos varios métodos como el Ogino, el Billings, la temperatura basal o sintotérmico y la cristalización de la saliva.

Asimismo, no recomiendan el uso del coitus interruptus, el método de la lactancia-amenorrea, los lavados vaginales después del coito y los espermicidas.

AUMENTA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE LOS JÓVENES ESPAÑOLES

Los jóvenes españoles de entre 15 y 24 años cada vez utilizan más los métodos anticonceptivos seguros y eficaces a la hora de mantener relaciones sexuales, gracias a "la mejora de información y accesibilidad sobre estos productos", según aseguran los expertos en ginecología que integran el Equipo Daphne tras dar a conocer los datos de su tercera "Encuesta sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española".

Después de entrevistar a 2.000 jóvenes de esta franja de edad, el estudio concluye que el 97% utiliza algún método anticonceptivo cuando mantienen relaciones sexuales. Esto se refleja sobre todo en el dato de utilización de la píldora anticonceptiva, cuyo uso se ha incrementado entre los más jóvenes, al igual que el "doble método" (terapia hormonal y preservativo), y que se convierten así en los métodos hormonales que más ha crecido especialmente en la franja de 15 a 19 años.

Por contra, España se sigue diferenciando de los vecinos europeos por la alta tasa de utilización del preservativo, que llega a alcanzar el 58,5%. La paradoja, explican los autores del estudio, es que cerca del 30% de los que declaran ser usuarios del mismo reconocen no usarlo siempre en todas sus relaciones sexuales.

Esta situación provoca una elevada exposición al riesgo, ante la cual el Equipo Daphne llama la atención y destaca que la promoción casi exclusiva de este método entre los más jóvenes ha creado "una situación ficticia" en España. "Aunque el preservativo ha tocado techo en España y su uso es llamativamente alto en comparación con el resto de Europa, la mala utilización del preservativo está implícita en su uso, sobre todo en los jóvenes por su manera de relacionarse".

De hecho, algunos encuestados reconocen que "lo imprevisto de sus relaciones" o "el estado de euforia asociado al alcohol" hace que no siempre lo utilicen y "se expongan a riesgos innecesarios que pueden desembocar en abortos, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual".

LA COMBINACIÓN DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y SELECCIÓN DE EMBRIONES ES UNA DEMANDA SOCIAL EN ESPAÑA

El director de la Unidad Genética Reproductiva de Sistemas Genómicos, Dr. Xavier Vendrell, ha señalado que, en España, existe "una demanda social" para que se utilicen conjuntamente técnicas de reproducción asistida y de diagnóstico genético preimplantacional (DGP) para seleccionar embriones histocompatibles con fines terapéuticos.

"La combinación de estas dos técnicas (DGP y técnicas de reproducción asistida) se lleva utilizando en otros países desde hace varios años", según apunta el Dr. Vendrell, quien recordó que investigadores del Reproductive Genetics Institute de Chicago publicaron en 2001 el nacimiento del primer niño por estas técnicas.

Según este experto, la probabilidad de que un embrión sea histocompatible es del 25%, y de que, además, sea sano, es del 18,75%. Por ello, es "necesario obtener un número suficiente de embriones para analizar y asegurar así al máximo la existencia de algún embrión compatible y sano para la transferencia".

La reacción al trasplante del sistema de Antígenos Linfocitarios Humanos (HLA), responsable de la respuesta inmune del organismo, es clave para evitar rechazos o enfermedades, que pueden surgir cuando donante y receptor tienen alguna incompatibilidad.

"Estos problemas aumentan el riesgo de complicaciones y la mortalidad de los receptores de este tipo de trasplante", explicó el Dr. Vendrell, quien advierte de que encontrar donantes con un HLA idéntico (histocompatibles) entre los familiares resulta complicado.

Por ello, en países como Bélgica y Reino Unido el procedimiento de seleccionar entre varios embriones aquel que sea compatible con un hijo enfermo de la misma pareja para que las células madre del recién nacido puedan ser el remedio para un hermano mayor lleva años realizándose con éxito. Otros gobiernos, como el de Austria, por el contrario, prohíben la aplicación de esta técnica.

En España, desde la aprobación en 2006 de la Ley de Reproducción Asistida, se permite y emplea la selección genética con fines terapéuticos para terceros, siempre y cuando "cumplan los requisitos exigidos, es decir, realizar un estudio informativo previo para determinar el haplotipo HLA de los padres y del hijo enfermo, así como evaluar la viabilidad y fiabilidad de la detección de las mutaciones causantes de la enfermedad".



Vesicare[®] 5mg / 10mg
solifenacina

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Vesicare[®] 5 mg comprimidos. Vesicare[®] 10 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Vesicare[®] 5 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido contiene 5 mg de succinato de solifenacina, equivalente a 3,8 mg de solifenacina. Vesicare[®] 10 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido contiene 10 mg de succinato de solifenacina, equivalente a 7,5 mg de solifenacina. Lista de excipientes, ver apartado 4.1. **3. DATOS CLÍNICOS: 3.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la incontinencia de urgencia y/o aumento de la frecuencia urinaria y la urgencia que puede producirse en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva. **3.2. Posología y forma de administración. Posología.** Adultos, incluidos ancianos. La dosis recomendada es de 5 mg de succinato de solifenacina una vez al día. En caso necesario, se puede aumentar la dosis a 10 mg de succinato de solifenacina una vez al día. Niños y adolescentes. No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños. Por tanto, Vesicare no debe ser usado en niños. **Poblaciones especiales. Pacientes con insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada (aclaramiento de creatinina > 30 ml/min). Los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina ≤ 30 ml/min) deben tratarse con precaución y no deben recibir más de 5 mg una vez al día. **Pacientes con insuficiencia hepática.** No es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve. Los pacientes con insuficiencia hepática moderada (Puntuación de Child-Pugh de 7 a 9) deben ser tratados con precaución y no deben recibir más de 5 mg una vez al día. **Pacientes en tratamiento con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4.** La dosis máxima de Vesicare deberá limitarse a 5 mg cuando se administre simultáneamente con ketoconazol o con dosis terapéuticas de otros potentes inhibidores del CYP3A4 por ejemplo ritonavir, nelfinavir, itraconazol (ver apartado 3.5). **Forma de administración.** Vesicare se debe tomar por vía oral y debe tragarse entero con líquidos. Puede tomarse con o sin alimentos. **3.3. Contraindicaciones.** Solifenacina está contraindicada en pacientes con retención urinaria, trastornos gastrointestinales graves (incluyendo megacolon tóxico), miastenia gravis o glaucoma de ángulo estrecho y en pacientes que presentan riesgo de estas patologías; Pacientes hipersensibles al principio activo o a cualquiera de los excipientes; Pacientes sometidos a hemodiálisis; Pacientes con insuficiencia hepática grave; Pacientes con insuficiencia renal grave o insuficiencia hepática moderada en tratamiento simultáneo con un inhibidor potente de CYP3A4, por ejemplo, ketoconazol (ver apartado 3.5). **3.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Antes de iniciar el tratamiento con Vesicare deben ser valoradas otras causas de micción frecuente (insuficiencia cardíaca o enfermedad renal). Si se presenta una infección del tracto urinario, se debe iniciar el tratamiento antibacteriano apropiado. Vesicare debe usarse con precaución en pacientes con: Obstrucción clínicamente significativa de la salida vesical con riesgo de retención urinaria; Trastornos obstructivos gastrointestinales; Riesgo de motilidad gastrointestinal disminuida; Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina ≤ 30 ml/min; ver el apartado 3.2); las dosis no deben exceder de 5 mg en estos pacientes; Insuficiencia hepática moderada (puntuación de Child-Pugh de 7 a 9; ver el apartado 3.2); las dosis no deben exceder de 5 mg en estos pacientes; Uso concomitante de un inhibidor potente de la CYP3A4, por ejemplo ketoconazol (ver los apartados 3.2 y 3.5); Hernia de hiato/reflujo gastro-esofágico y/o que estén en tratamiento con fármacos (como bifosfonatos) que puedan causar o empeorar la esofagitis; Neuropatía autonómica. Todavía no se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes con hiperactividad del detrusor por causa neurogénica. No se deberá administrar este medicamento a pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa. El máximo efecto de Vesicare puede alcanzarse a partir de las 4 semanas de tratamiento. **3.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Interacciones farmacológicas.** La medicación concomitante con otros medicamentos con propiedades anticolinérgicas puede dar lugar a efectos terapéuticos y efectos adversos más pronunciados. Debe dejarse un intervalo de aproximadamente una semana después de interrumpir el tratamiento con Vesicare antes de comenzar con otro tratamiento anticolinérgico. El efecto terapéutico de solifenacina puede verse reducido por la administración concomitante de agonistas de los receptores colinérgicos. La solifenacina puede reducir el efecto de los medicamentos que estimulan la motilidad del tubo digestivo, como metoclopramida y cisaprida. **Interacciones farmacocinéticas.** Estudios *in vitro* han demostrado que a concentraciones terapéuticas, solifenacina no inhibe las enzimas CYP1A1/2, 2C9, 2C19, 2D6 ó 3A4 derivadas de microsomas hepáticos humanos. Por tanto, es improbable que solifenacina altere el aclaramiento de los medicamentos metabolizados por dichas enzimas CYP. **Efecto de otros medicamentos sobre la farmacocinética de solifenacina.** Solifenacina es metabolizada por el CYP3A4. La administración simultánea de ketoconazol (200 mg/día), un potente inhibidor del CYP3A4, duplicó el AUC de solifenacina mientras que la administración de ketoconazol a dosis de 400 mg/día triplicó el AUC de solifenacina. Por tanto, la dosis máxima de Vesicare deberá limitarse a 5 mg, cuando se administre simultáneamente con ketoconazol o con dosis terapéuticas de otros potentes inhibidores del CYP3A4 (como ritonavir, nelfinavir, itraconazol) (ver apartado 3.2). El tratamiento simultáneo de solifenacina y un inhibidor potente de CYP3A4 está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal grave o insuficiencia hepática moderada. No se han estudiado los efectos de la inducción enzimática sobre la farmacocinética de la solifenacina y sus metabolitos ni el efecto de los sustratos con elevada afinidad por el CYP3A4 sobre la exposición de solifenacina. Dado que la solifenacina es metabolizada por el CYP3A4, son posibles las interacciones con otros sustratos con elevada afinidad por el CYP3A4 (Ej: verapamilo, diltiazem) e inductores del CYP3A4 (Ej: rifampicina, fenitoína, carbamazepina). **Efecto de solifenacina sobre la farmacocinética de otros medicamentos. Anticonceptivos orales.** La administración de Vesicare no mostró interacción farmacocinética de solifenacina con los anticonceptivos orales de combinación (etinilestradiol/levonorgestrel). **Warfarina.** La administración de Vesicare no alteró la farmacocinética de R-warfarina ni de S-warfarina ni su efecto sobre el tiempo de protrombina. **Digoxina.** La administración de Vesicare no mostró efectos sobre la farmacocinética de digoxina. **3.6. Embarazo y lactancia. Embarazo.** No se dispone de datos clínicos sobre mujeres que se hayan quedado embarazadas en tratamiento con solifenacina. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos sobre la fertilidad, el desarrollo embrional/fetal o el parto. Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Por tanto, debería prestarse atención en la prescripción a mujeres embarazadas. **Lactancia.** No se dispone de datos sobre la excreción de solifenacina en la leche materna. En ratones, la solifenacina y/o sus metabolitos se excretaron en la leche y dieron lugar a un insuficiente desarrollo dosis dependiente de los ratones neonatos. Por consiguiente, debe evitarse el uso de Vesicare durante la lactancia. **3.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Dado que solifenacina, al igual de otros anticolinérgicos puede provocar visión borrosa, y de forma poco frecuente, somnolencia y fatiga (ver apartado 3.8 Reacciones adversas), la capacidad para conducir y utilizar máquinas puede verse afectada negativamente. **3.8. Reacciones adversas.** Debido al efecto farmacológico de solifenacina, Vesicare puede provocar efectos adversos anticolinérgicos (en general) de intensidad leve o moderada. La frecuencia de los efectos adversos anticolinérgicos está relacionada con la dosis. La reacción adversa comunicada con mayor frecuencia con Vesicare fue sequedad de boca. Se produjo en un 11% de los pacientes tratados con 5 mg una vez al día, en un 22% de los pacientes tratados con 10 mg una vez al día y en un 4% de los pacientes tratados con placebo. La intensidad de sequedad de boca fue generalmente leve y sólo ocasionalmente dio lugar a la interrupción del tratamiento. En general, el cumplimiento terapéutico fue muy elevado (aproximadamente el 99%) y aproximadamente un 90% de los pacientes tratados con Vesicare completaron todo el periodo de estudio de 12 semanas de tratamiento. A continuación se reflejan las reacciones adversas obtenidas en los ensayos clínicos con Vesicare: (Frecuentes (>1/100, <1/10), poco frecuentes (>1/1000, <1/100), raras (>1/10000, <1/1000)). Trastornos gastrointestinales frecuentes: estreñimiento, náuseas, dispepsia y dolor abdominal; poco frecuentes: enfermedades de reflujo gastroesofágico y garganta seca, raras: obstrucción colónica e impactación fecal. Infecciones e infestaciones poco frecuentes: infección de las vías urinarias y cistitis. Trastornos del sistema nervioso poco frecuentes: somnolencia y disgeusia. Trastornos oculares frecuentes: visión borrosa; poco frecuentes: ojos secos. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración poco frecuentes: cansancio y edema de las extremidades inferiores. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos poco frecuentes: sequedad nasal. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo poco frecuentes: piel seca. Trastornos renales y urinarios poco frecuentes: dificultad de micción; raras: retención urinaria. Durante el desarrollo clínico no se observaron reacciones alérgicas. Sin embargo, nunca puede excluirse la posible aparición de reacciones alérgicas. **3.9. Sobredosis.** La dosis más alta de succinato de solifenacina administrada a voluntarios fue de 100 mg en una dosis única. A esta dosis, las reacciones adversas más frecuentes fueron cefalea (leve), sequedad de boca (moderada), mareo (moderado), somnolencia (leve) y visión borrosa (moderada). No se comunicaron casos de sobredosis aguda. En caso de sobredosis con succinato de solifenacina el paciente debe ser tratado con carbón activo. Puede efectuarse lavado gástrico, pero no debe inducirse el vómito. Como ocurre con otros anticolinérgicos, los síntomas pueden tratarse de la siguiente manera: Efectos anticolinérgicos centrales graves como alucinaciones o excitación pronunciada: debe tratarse con fisostigmina o carbacol. Convulsiones o excitación pronunciada: debe tratarse con benzodiazepinas. Insuficiencia respiratoria: debe tratarse con respiración artificial. Taquicardia: debe tratarse con betabloqueantes. Retención urinaria: debe tratarse con sondaje. Midriasis: debe tratarse con un colirio de pilocarpina y/o colocando al paciente en una habitación oscura. Al igual que con otros antimuscarínicos, en caso de sobredosis, se debe prestar atención específica a pacientes con riesgo conocido de prolongación del intervalo QT (es decir, hipokalemia, bradicardia y administración concomitante de fármacos que prolongan el intervalo QT) y enfermedades cardíacas relevantes preexistentes (como, isquemia miocárdica, arritmia, insuficiencia cardíaca congestiva). **4. DATOS FARMACÉUTICOS. 4.1. Lista de excipientes. Núcleo del comprimido:** Almidón de maíz, Lactosa monohidrato, Hipromelosa, Estearato de magnesio. **Cubierta pelicular:** Macrogl 8000, Talco, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Óxido férrico amarillo (E172) (Vesicare[®] 5mg), Óxido férrico rojo (E172) (Vesicare[®] 10mg). **4.2. Incompatibilidades.** No procede. **4.3. Instrucciones de uso y manipulación.** Ninguna especial. **5. Titular de la autorización de comercialización.** Astellas Pharma, S.A. Paseo del Club Deportivo nº 1, Bloque 14, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid), España. **6. Fecha de revisión del texto.** 19 de Febrero de 2005. **7. Presentaciones y precio de venta al público:** Vesicare[®] 5 mg 30 comprimidos PVP: 48,11 Euros; PVP IVA (4%): 50,03 Euros. Vesicare[®] 10 mg 30 comprimidos PVP: 76,97 Euros; PVP IVA (4%): 80,05 Euros. Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. Para más información consulte la ficha técnica completa. Fecha de elaboración: 06/08. **Bibliografía.** 1. Chapple CR, Cardozo L, Steers WD, Govier FE. Solifenacin significantly improves all symptom of overactive bladder syndrome. Int J Clin Pract 2006;60(6):959-966.



Relájate, la urgencia está controlada⁽¹⁾



 **astellas**
Leading Light for Life

  **Vesicare[®]** 5mg / 10mg
solifenacina