

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Año LXVIII
704

Mayo-Junio 2009

REVISIÓN DE CONJUNTO

Cáncer de mama en edades extremas

Olartecoechea Linaje B, García Manero M, Royo Manero P, Ruiz-Zambrana A, Aubá Guedea M, Cerezo M.

La ventosa obstétrica. Un instrumento en alza

Martí Torrents A, Cornago Martínez D, Labios Armiñana D, Usandizaga Calparsoro M.

ARTÍCULO ORIGINAL

Repercusión de la analgesia locoregional sobre el bienestar fetal intraparto

Artura Serrano A, Ostos Serna R.M, Gracia Rodríguez V.M, Gómez Reja P, Garrido Teruel R.

Diabetes gestacional: Pronóstico perinatal y materno en gestantes controladas

Serna Torrijos M, Rubio Lorente AM, Peinado Rodenas A, González Mirasol E.

González de Merlo G.

CASO CLÍNICO

Citomegalovirus: infección congénita, diagnóstico ecográfico y microbiológico

Freiría Somoza M.I, Señarís López A, Pérez-Muñuzuri M.E,

Rivas Duro J.M. Alfonsín Somoza G, Macía Cortiñas M.

Endometriosis inguinal sin cirugía previa

Cornet A, Ferriols E, Rams N, Vanrell C, Bogaña I.

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Hernández Alcántara A, Hernández Sánchez A.

NOTICIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Haya J.



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





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

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 tricomonicida 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 blíster 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 blíster 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-Canesten 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 Despi (Barcelona), P.V.P. con IVA: Gine-Canesten 2%: 5,95€; Gine-Canesten 100: 5,95€; Gine-Canesten 500: 5,95€. Medicamentos sujetos a prescripción médica. No financiados por el SNS. Gine-Canesten 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.



XIII
Curso de Formación Continua
del Grupo GEMMA



20 y 21 de Octubre

Madrid
2009

Centro de Convenciones Mapfre
Avda. Gral. Perón, 40 - Madrid



Secretaría Científica

Plaza de Herradores, 4-28013 Madrid

Tels.: 91 542 55 36

Fax.: 91 887 15 64

José Nuño. Tel.: 639 13 00 67

juno@platinum-pharma.com

pepe@pepefarma.com

Barceló

Secretaría Técnica

Javier Delgado

C. Princesa, 3- 28008 Madrid

Tel.: 91 559 08 74

Fax.: 91 559 13 24

j.delgado@barceloviajes.com



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. Ación 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. Cavero 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 Guiu
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. Mercé 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 Trías de Bes

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

J. M. Garzón Sánchez
F. González Gómez
J. J. Parrilla Paricio
J. A. Usandizaga Beguiristain



SUMARIO

AÑO LXVIII ♦ MAYO - JUNIO 2009 ♦ NÚMERO 704

REVISIÓN DE CONJUNTO

Cáncer de mama en edades extremas

Olartecoechea Linaje B, García Manero M, Royo Manero P,
Ruiz-Zambrana A, Aubá Guedea M, Cerezo M.....65

La ventosa obstétrica. Un instrumento en alza

Martí Torrents A, Cornago Martínez D, Labios Armiñana D, Usandizaga Calparsoro M.....70

ARTÍCULO ORIGINAL

Repercusión de la analgesia locoregional sobre el bienestar fetal intraparto

Artura Serrano A, Ostos Serna R.M, Gracia Rodríguez V.M, Gómez Reja P,
Garrido Teruel R.....73

Diabetes gestacional: Pronóstico perinatal y materno en gestantes controladas

Serna Torrijos M, Rubio Lorente AM, Peinado Rodenas A,
González Mirasol E, González de Merlo G.....79

CASO CLÍNICO

Citomegalovirus: infección congénita, diagnóstico ecográfico y microbiológico

Freiría Somoza M.I, Señorís López A, Pérez-Muñuzuri M.E,
Rivas Duro J.M, Alfonsín Somoza G, Macía Cortiñas M.....83

Endometriosis inguinal sin cirugía previa

Cornet A, Ferriols E, Rams N, Vanrell C, Boguña I.....86

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Hernández Alcántara A, Hernández Sánchez A.....88

NOTICIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Haya J.....98



Femarelle®



RECICLA
— TU —
MENOPAUSIA



TOMA RECOMENDADA:
2 cápsulas al día

Más información:
www.reciclatumenopausia.com

La menopausia es la etapa de tu vida en la que se interrumpe definitivamente la menstruación. En esta etapa se producen algunos desequilibrios que pueden manifestarse en forma de sofocos, sequedad vaginal, cambios de humor, etc. y a más largo plazo osteoporosis y enfermedades cardiovasculares.

Tú puedes prevenir estas consecuencias. RECICLA TU MENOPAUSIA. Convierte esta etapa en la mejor de tu vida.

Una vida sana y Femarelle® te ayudarán a conseguirlo.

Femarelle® es un compuesto extraído del tofu (derivado fermentado de la soja) rico en lignanos y cumestanos, que mantiene intactas todas sus propiedades, porque se extrae siguiendo un proceso tradicional sin añadir sustancias químicas agresivas.

Aquí radica la gran diferencia de Femarelle® con el resto de productos derivados de la soja que existen actualmente en el mercado.

Consulta a tu médico o farmacéutico.



TEVA

linea **TEVA**
Principios para la Salud de la Mujer

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 responda 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

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



CONTENTS

LXVIII YEARS ♦ MAY - JUNE 2009 ♦ NUMBER 704

GENERAL REVIEW

Breast cancer in extreme ages

Olartecoechea Linaje B, García Manero M, Royo Manero P,
Ruiz-Zambrana A, Aubá Guedea M, Cerezo M.....65

The obstetrical ventouse. An instrument with an increase in its use

Martí Torrents A, Cornago Martínez D, Labios Armiñana D, Usandizaga Calparsoro M.....70

ORIGINAL ARTICLES

Repercussion of the local-regional analgesia on fetal well-being intrapartum

Artura Serrano A, Ostos Serna R.M, Gracia Rodríguez V.M,
Gómez Reja P, Garrido Teruel R.....73

Gestational diabetes: maternal and perinatal outcomes in pregnant poorly controlled

Serna Torrijos M, Rubio Lorente AM, Peinado Rodenas A, González Mirasol E,
González de Merlo G.....79

CLINICAL CASES

Citomegalovirus: congenital infection, ecografic and microbiologically diagnose

Freiría Somoza M.I, Señarís López A, Pérez-Muñuzuri M.E,
Rivas Duro J.M, Alfonsín Somoza G, Macía Cortiñas M.....83

Inguinal endometriosis without previous surgery

Cornet A, Ferriols E, Rams N, Vanrell C, Boguña I.....86

HUMANISTIC TRIBUNE

Hernández Alcántara A, Hernández Sánchez A.....88

OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY NEWS

Haya J.....98

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 e 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 reimpresiones, 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 indizar 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 incluido 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 alusiones 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 et al. (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 et al.).

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-Epigrafe 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 arábica 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 hemáticos 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 Secretaría 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

Cáncer de mama en edades extremas

Breast cancer in extreme ages

Olartecoechea B¹, García Manero M², Royo Manero P³, Ruiz-Zambrana A⁴, Aubá M⁴, Cerezo M⁴

Clínica Universitaria de Navarra, Universidad de Navarra¹.

Área de Patología Mamaria – Dpto. Ginecología y Obstetricia, Clínica Universitaria de Navarra, Universidad de Navarra².

Adjunto Hospital General San Jorge, Huesca³.

Residente de Ginecología y Obstetricia, Clínica Universitaria de Navarra, Universidad de Navarra⁴.

RESUMEN

Las campañas de screening poblacional para detección de cáncer de mama están dirigidas a mujeres entre 50 y 65 años.

El cáncer de mama en la mujer joven se comporta de forma más agresiva, de hecho es la primera causa de muerte por cáncer en jóvenes; en ellas la ecografía mamaria tiene más sensibilidad que la mamografía.

Después de los 65 años, una mujer pasa más de 20 años sin revisiones mamarias. La mamografía es una prueba sencilla y muy sensible en esta franja de edad. El cáncer de mama en esta edad es frecuente, y menos agresivo, no siendo necesaria la quimioterapia en muchas ocasiones.

En la mujer joven toda masa mamaria debe ser biopsiada, aun cuando los estudios de imagen sean negativos. En esta edad es especialmente importante plantearse la cirugía reconstructiva como parte del tratamiento. Si la neoplasia coincide con el embarazo, el aborto no mejorará el pronóstico. Podría ser beneficioso aumentar el límite de edad en las campañas de screening de cáncer de mama.

El cáncer de mama, la neoplasia ginecológica de mayor incidencia, afectará a una de cada 9 mujeres a lo largo de su vida. Entre 1990 y 1999, las diferentes comunidades autónomas han iniciado programas de cribado de la población femenina, para lograr un diagnóstico precoz de esta enfermedad, y poder así mejorar su pronóstico. Estas campañas están enfocadas a un segmento de población, generalmente de edades comprendidas entre los 50 y 65 años.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama. Cribado de cáncer de mama. Ecografía de mama. Mamografía

SUMMARY

The population screening campaign for detection of breast cancer are aimed at women between 50 and 65 years. Breast cancer in young women are behaving more aggressively. In fact is the leading cause of cancer death in young people. They have more breast ultrasound mammography sensitivity.

After 65 years a woman spends more than 20 years without revisions breast. Mammography is a simple and very sensitive in this age group. Breast cancer in this age is common, and less aggressive chemotherapy is not necessary on many occasions. In young women all breast mass should be biopsied, even if imaging studies are negative. At this age it is especially important to consider reconstructive surgery as part of treatment. If the tumour coincided with pregnancy, abortion will not improve the prognosis. It could be beneficial to increase the age limit on campaigns for breast cancer screening.

KEY WORDS

Breast cancer. Screening of breast cancer. Ultrasound mamography. Mammography

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XX, mejoras en la medicina, y en la calidad de vida han permitido que la esperanza de vida pase de los 35 años (1901) a los 86 años (2005) en las mujeres. Por lo tanto una mujer de 65 años, edad en la que realizaría su última mamografía de screening, tiene por delante una expectativa de vida de 21 años, en los cuales no realizará ninguna exploración radiológica¹.

Del mismo modo, hasta los 50 años la mayoría de las mujeres no realizan ninguna mamografía. El objetivo del artículo es estudiar las características del cáncer de mama en mujeres jóvenes y mayores, que no están incluidas en las campañas de screening.

CORRESPONDENCIA:

Begoña Olartecoechea Linaje

Clínica Universitaria de Navarra,
Universidad de Navarra. Pamplona.

Comunidad Autónoma	Año Inicio	Población Diana	% Población Cubierta	% Participación	Unidades de Exploración
Andalucía	1995	50-65	100	64,14	44
Aragón	1997	50-64	86		6
Asturias	1998	50-65	100		8
Baleares	1997	50-64	74		6
Canarias	1999	50-67	92,54	62,28	12
Cantabria	1997	50-64	100	57,26	2
Castilla y León	1992	45-70	100	67,30	12
Castilla-La Mancha	1992	45-69	100	61,06	8
Cataluña	1992	50-69	100	57,55	57
Valencia	1992	45-69	100	73,32	24
Extremadura	1998	50-64	93,47	56,99	9
Galicia	1992	50-64	100	72,86	10
Madrid	1998	50-64	100	29,47	6
Murcia	1994	50-69	100	71,19	5
Navarra	1990	45-69	100	87,88	2
País Vasco	1995	50-64	100	79,59	9
La Rioja	1993	45-65	100		2

CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

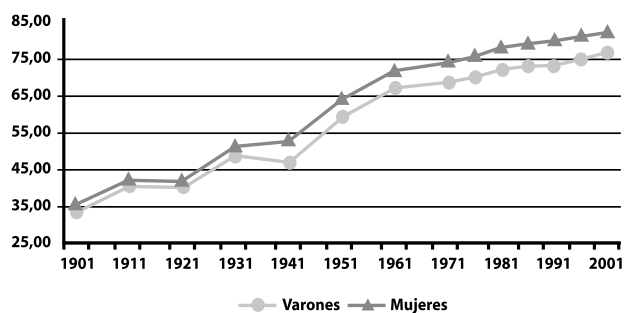
El cáncer de mama es extremadamente frecuente en mujeres mayores. El hecho de que las pacientes de este intervalo de edad no se encuentren dentro de los programas de detección precoz de cáncer de mama provoca retraso diagnóstico y por tanto estadios más avanzados de la enfermedad. Este hecho provoca que en estas edades se presenten unas altas tasas de recurrencia y de mortalidad, especialmente en las mujeres más mayores. El tratamiento de estas pacientes, por lo dicho anteriormente se aleja de los estándares habituales de mujeres con cáncer de mama.

Los ensayos clínicos en este grupo de pacientes son relativamente escasos. Esto se debe fundamentalmente a dos factores que no incluyen a dichas pacientes: el sesgo provocado por los propios médicos al no tener claro el beneficio y tolerancia de los tratamientos estándar y el sesgo de los familiares al creer que las pacientes no tolerarán el tratamiento debido a su toxicidad.

En la actualidad debemos identificar aquellos factores biológicos favorables al cáncer de mama en edades avanzadas que nos permitan seleccionar un subgrupo de pacientes donde no sea necesario el tratamiento adyuvante. De hecho, una elevada cantidad de estudios sobre la biología del cáncer de mama nos indica que se trata de una enfermedad con receptores hormonales positivos lo que habla a favor de hormonoterapia y excluye en principio la quimioterapia como parte del esquema terapéutico inicial³.

El cáncer de mama en mujeres mayores suele presentarse en estadios avanzados y con mayor afectación de ganglios linfáticos; sin embargo las características histológicas hablan de tumores menos agresivos. Estudios epidemiológicos recientes indican que los cánceres de mama en mujeres mayores presentan un fenotipo biológico más favorable como demuestra la baja tasa de proliferación celular, escasa expresión de HER2 neu, alto contenido en receptores de es-

Esperanza de vida al nacimiento en cada sexo



trógenos y progesterona, alta frecuencia de diploidía y baja incidencia de mutación de p53.

Dentro de este grupo de pacientes, no podemos olvidar que un 20-30% de los casos presentan un fenotipo biológicamente agresivo con receptores de estrógeno y progesterona negativos, y en los que el tratamiento hormonal no es eficaz. En esta situación debemos valorar si la quimioterapia neoadyuvante es una opción válida².

Screening

La mayoría de las comunidades autónomas realizan screening poblacional en cáncer de mama hasta los 65 años, siendo excepcional la comunidad que llega a los 70 años. Como se ha comentado previamente, la esperanza de vida de las mujeres en nuestro país supera los 85 años, por lo que durante más de 20 años a las pacientes no se les realiza ninguna prueba radiológica. El cáncer de mama en esta edad es biológicamente menos agresivo, la mamografía presenta un elevado valor predictivo positivo y una sensibilidad que aumenta con la edad; por todas estas razones parece lógico pensar que debemos evitar el retraso diagnóstico elevando la edad de screening poblacional a los 75 años.

Tratamiento

1. Cirugía: las pacientes mayores con cáncer de mama toleran la cirugía conservadora y la mastectomía igual que las mujeres jóvenes y la edad per se no es un factor limitante de la cirugía. La presencia de enfermedades concomitantes es el principal cofactor que aumenta la morbimortalidad, y no la edad. La presencia de tumores menos agresivos conlleva que las pacientes con cáncer en estadios precoces presenten una baja tasa de afectación axilar. La edad no es una contraindicación en la biopsia selectiva de ganglio centinela; es más, está en duda el beneficio de la linfadenectomía axilar como intervención terapéutica.

2. Hormonoterapia

- Tratamiento médico de entrada: Desde los años 80 se han publicado varios estudios que afirman que el tratamiento de inicio del cáncer de mama con Tamoxifeno es igual de eficaz que la cirugía en los estadios precoces. Sin embargo, estudios reciente cuestionan este hecho y afirman que la cirugía debe ser el primer paso en el tratamiento de cáncer de mama en estadio precoz y que la hormonoterapia de inicio debe ser reservada para aquellos casos en los que la paciente presenta enfermedades asociadas que contraindiquen la cirugía.
- Revisión del Geneva Cancer Registry: las pacientes que rechazan la cirugía presentan una supervivencia menor y la mortalidad por cáncer de mama se incrementa.
- Revisión de Chocrane: la hormonoterapia de inicio es inferior en el control local de la enfermedad aunque no se modifique la supervivencia de la enfermedad.
- Tratamiento adyuvante: la estrategia óptima de tratamiento con hormonoterapia en mujeres postmenopáusicas incluidas las de edad avanzada sigue siendo controvertida.
- Inhibidores de la aromatasa en pacientes con tumores hormonoendocrinos.
- TMX / TMX 2-3 años + inhib. aromatasa / inhib. Aromatasa.
- Tratar de individualizar cada caso en función de la patología asociada.

3. Radioterapia: un hecho demostrado de los estudios de Veronesi es que la radioterapia en cirugía conservadora del cáncer de mama disminuye las recidivas. Un estudio canadiense llega a la misma conclusión, observando que en mayores de 50 años con tumores T1 y T2 tratados con cirugía+radioterapia+tamoxifeno, la tasa de recurrencia es 0,6% versus 7,7% de los tratados con cirugía+tamoxifeno.

4. Quimioterapia: en pacientes mayores de 65 años, 20% presentan 1-3 ganglios afectos, 15% cuatro o más, 10 a 24% factores pronósticos desfavorables como tamaño tumoral, receptores de estrógeno negativos. Existe por lo tanto un grupo de pacientes mayores de 65 años con cáncer de mama con un elevado riesgo de recurrencia en los que se debe valorar el uso de quimioterapia. Pocos estudios existen sobre el beneficio de la quimioterapia en mayores de 70 años.

- El estudio del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center demuestra una disminución en el uso de la quimioterapia a medida que avanza la edad: 52% entre 66 y 69 años; 5,3% en mayores de 85.

- Giordano concluye sin embargo una reducción de la mortalidad en pacientes mayores con cáncer de mama con receptor de estrógeno negativos ganglios linfáticos positivos, y evidencia un aumento en el uso de quimioterapia en la última década.

Conclusiones sobre cáncer de mama en mayores de 65 años

- Es una patología frecuente.
- Los tumores son en general menos agresivos que en las jóvenes.
- La mamografía es más sensible que en las pacientes jóvenes.
- El riesgo de la cirugía no depende de la edad sino de enfermedades concomitantes.
- El uso de quimioterapia es controvertido.
- Sería beneficioso para este grupo de pacientes ampliar la edad de screening de cáncer de mama a los 75 años.

CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES JÓVENES (MENOS DE 35 AÑOS)

Se trata de una patología poco frecuente; tan sólo el 2,7% de los cánceres de mama suceden en pacientes menores de 35 años. En este grupo de edad, el cáncer de mama se comporta de forma agresiva, y está asociado a peor pronóstico. De hecho, es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes. Los cánceres ductales infiltrantes se comportan en mayor proporción como "triple negativos", esto es: receptores de estrógeno negativos, receptores de progesterona negativos, y HER-2 negativo. Como es bien sabido, la mama de la mujer joven es frecuentemente fibrosa, por lo que una tumoración puede ser ignorada. Por estas características, y por no estar incluidas en los programas de screening, en muchas ocasiones se obtiene un diagnóstico tardío⁵.

La mayoría de los cánceres diagnosticados en pacientes menores de 35 años son invasivos; de ellos, el 70% son carcinomas ductales infiltrantes. Suelen diagnosticarse en estadios más avanzados, lo cual conlleva un peor pronóstico. Se caracterizan por presentar, en mayor medida, receptores de estrógeno negativos, mayor grado, mayor invasión linfovascular, mayor expresión de Ki-67 y p-53, más micrometástasis a médula ósea.

Su diagnóstico es física y emocionalmente devastador. La cirugía, sobre todo si es radical, produce una mutilación, que afecta mucho a la imagen personal, y puede repercutir en problemas de autoestima, e incluso problemas de pareja.

Si el tratamiento requiere quimioterapia, la mayoría de las pacientes (entre el 53 y el 89%) quedan en menopausia yatrogénica, lo que añade impacto psicológico al cuadro. Esto es especialmente preocupante en las pacientes nulíparas. De hecho, dados los cambios sociológicos de las últimas décadas, en que la maternidad se ha ido posponiendo, son cada vez más los cánceres de mama diagnosticados en mujeres sin hijos, y también los diagnosticados durante el embarazo, caso al que nos referiremos más adelante⁴.

Factores de riesgo

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar un cáncer de mama durante la juventud?

- Se ha visto que el 48% de estas pacientes tienen un antecedente familiar de carcinoma de ovario o de cáncer de mama.
- En Estados Unidos, se ha visto una mayor mortalidad en pacientes de raza negra que en pacientes de origen caucásico; estas

diferencias, más que a las diferencias raciales, parecen explicarse por diferencias socioeconómicas.

- Sí se ha demostrado incremento de la enfermedad en las mujeres que fueron expuestas a carcinógenos como el DES intraútero.
- El tabaco no ha mostrado su influencia hasta después de la menopausia.
- La enfermedad de Hodgkin antes de los 25 años tratada con radioterapia es un importante factor de riesgo: a los 55 años, el riesgo de estas pacientes de haber padecido cáncer de mama es del 29%, frente al 3% de la población general, por lo que en estas pacientes se recomienda iniciar los controles de mamografía anual 5 años después de la irradiación, 8 años después del tratamiento, o a los 40 años, según lo que ocurra antes, pero en cualquier caso no antes de los 20 años.
- No está claro el papel de los anticonceptivos orales; el aborto no influye.
- Desde el punto de vista de la reproducción, está incrementado el riesgo de cáncer de mama justo antes y justo después del parto, en la primera gestación, en casos de prematuridad extrema, y de abruptio placenta.
- Está incrementado el riesgo en mujeres que nacieron con más de 4000 gramos, en hijas de madre añosa (mutaciones en el ovocito?), y en pacientes núlparas.
- No hay evidencia de mayor incidencia en pacientes nacidas por FIV.

Del 5 al 10% de los cánceres de mama están asociados a mutaciones en el BRCA 1 ó 2, pero el 95% restante son de origen espontáneo (de acuerdo a lo que conocemos hasta la fecha). En jóvenes el 9% de ellos están asociados a mutaciones en BRCA 1 ó 2; y de hecho se ha visto que estas mutaciones hacen que el cáncer aparezca una década antes "de lo esperado". De las pacientes con mutación el gen BRCA-1, 65% de ellas desarrollarán un cáncer a los 70 años, y 45% de las portadoras de una mutación en el BRCA-2 (recordamos que la incidencia global es del 11% a los 85 años).

El modelo Gail, que evalúa el riesgo para padecer cáncer de mama, tiene en cuenta la edad, la menarquia, los antecedentes personales y familiares de cáncer de mama, la edad de la primera gestación y la densidad mamaria. No se tienen en cuenta por el contrario los antecedentes oncológicos en la familia paterna ni el estudio del gen BRCA.

Detección de cáncer de mama

Las pacientes jóvenes suelen tener un diagnóstico tardío, en parte por no estar incluidas en los programas de screening. Además, la mama joven tiene una mayor densidad de parénquima glandular, lo que dificulta con la exploración física la distinción entre tumoración y tejido normal. En pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama en premenopausias, se recomienda comenzar los controles 10 años antes de la edad a la que desarrolló el cáncer el familiar.

Por las características de la mama joven, la mamografía ofrece bajo rendimiento en este grupo de edad, y parece que la ecografía mamaria tenga una mayor sensibilidad. La mamografía digital parece ser la más adecuada para el estudio de la mama joven (menos de 50 años) y de la mama densa. Sin embargo, toda masa mamaria debería

ser biopsiada, aun cuando los estudios de imagen sean negativos.

La resonancia magnética nuclear ha cobrado importancia durante los últimos años, sobre todo en el estudio prequirúrgico del cáncer de mama, para estimar su extensión, localizar puntos de extensión multifocal o multicéntrica, y estudiar la mama contralateral; las dimensiones estimadas por resonancia magnética se acercan más a la realidad que las obtenidas por mamografía o ecografía. La resonancia se emplea también en pacientes de alto riesgo, con una sensibilidad de 79,5% frente al 33,3% de la mamografía. Así, en pacientes portadoras de la mutación de BRCA1, que realizan mamografía anual, la sensibilidad del screening pasa del 35% al 85% al añadir la resonancia magnética. El hallazgo de cáncer subcentimétrico pasa del 57% al 81%, lo que reduce la mortalidad por cáncer de mama un 23%. También es cierto que se incrementan el número de falsos positivos, lo que implica un número mayor de punciones, y de ansiedad para la paciente; esto, unido al coste de la prueba, hace que la resonancia magnética no sea hoy por hoy, candidata a reemplazar a la mamografía como método de screening. Sí se recomienda en pacientes de alto riesgo: portadoras de mutación del gen BRCA-1, familiares de primer grado de portadores de dicha mutación, pacientes con riesgo de cáncer de mama incrementado un 20% (según antecedentes familiares, o que han recibido radiación torácica entre los 10 y los 30 años –linfoma–), o en diversos síndromes congénitos como Li-fraumeni, Cowden y Bannayan-Riley-Ruvalcaba. Están en estudio pruebas como el PET (caro y con resolución limitada), la cintimamografía (exposición corporal total a radiación), y tomosíntesis.

Toda masa palpable debe seguir el "triple test": exploración clínica, prueba de imagen y punción. Si hubiera discordancia entre los hallazgos, el tumor debe ser resecado. Esto es importante porque aunque es una patología rara en comparación con los fibroadenomas, el cáncer de mama está presente en el 1% de las tumoraciones mamarias en la mujer joven, y se ha publicado que tan sólo el 37% de las neoplasias son diagnosticadas como tal en la primera consulta (43% fueron dados por "tumoración benigna", y 20% como "indeterminada").

El tipo de cirugía en estas pacientes es especialmente controvertido. Por lo expuesto anteriormente son tumores generalmente de estadio más avanzado, lo que no siempre permite realizar cirugía conservadora. Si además estamos ante una mutación del BRCA 1 ó 2, esto influirá a la hora de preferir una mastectomía a la cirugía conservadora.

Reducción de riesgo

Como decíamos, el cáncer de mama en la mujer joven suele diagnosticarse es estadios avanzados. Por esto, algunas mujeres jóvenes con alto riesgo pueden beneficiarse de la quimioprevención: el Tamoxifeno ha demostrado disminuir la el riesgo relativo de cáncer de mama un 50%.

La ooforectomía bilateral profiláctica se ha realizado en portadoras de la mutación BRCA 1-2 observándose una disminución del 50% en el riesgo de cáncer de mama y del 85-95% en el cáncer de ovario. Los síntomas climatéricos pueden mejorar con terapia hormonal sustitutiva, que no ha demostrado incrementar el riesgo de cáncer de mama en estas pacientes.

La mastectomía profiláctica es una decisión muy personal. Algunas pacientes, sobre todo quienes realizan dicha intervención antes de los 50 años, se muestran insatisfechas con los resultados estéticos, con sentimientos de disminución de atractivo sexual, imagen corporal, autoestima y feminidad. Sin embargo, otra pacientes refieren una clara mejoría, sobre todo psicológica tras la intervención, al sentir que disminuye su ansiedad y tendencia depresiva⁶.

Las mutaciones genéticas más estudiadas para desarrollo de cáncer de mama son el BRCA 1 y 2. La penetrancia de estas mutaciones, aunque muy elevada, no es del 100%, y la neoplasia se desarrolla en 55-85% de las portadoras de mutación de BRCA1 y 37-85% de las portadoras de mutación de BRCA-2. Sin embargo, parece que el riesgo puede modificarse con el estilo de vida; así, el ejercicio y el bajo peso corporal podrían disminuir sustancialmente la instauración del cáncer de mama⁷.

Cáncer asociado al embarazo

El 13% de los cánceres de mama en la mujer ocurren durante la época reproductiva. La probabilidad de cáncer de mama durante el embarazo, según datos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) es de uno cada entre 1.500 y 10.000 embarazos. Afortunadamente, no es una frecuencia muy alta, porque el cáncer suele aparecer en edades un poco más avanzadas que la que tiene una mujer cuando se queda embarazada. Sin embargo, en los últimos años ha habido modificaciones demográficas y sociales que conllevan algunas variaciones. La edad en la que la incidencia de tumores empieza a subir se sitúa entre los 30 y los 35 años, y la edad materna en el primer hijo en España se sitúa en 30,6 años (INE 2001) por lo que es lógico que esté aumentando la asociación de cáncer de mama y embarazo.

Esta coincidencia de tumores con el embarazo crea problemas asistenciales que implican al ginecólogo, al radiólogo, al oncólogo médico y las distintas especialidades médico-quirúrgicas. Está demostrado que el aborto no mejora el pronóstico de la enfermedad, y que es posible administrar quimioterapia a partir de la 12 semana de gestación sin consecuencias negativas para el feto (sólo se ha evidenciado menor peso al nacer).

Conclusión sobre cáncer de mama en menores de 35 años

- El cáncer de mama es una entidad poco frecuente pero más agresiva, con un pronóstico peor.
- Toda masa de nueva aparición en la mujer joven, aunque sea negativa por imagen, debe ser biopsiada.
- Las pacientes tratadas con cirugía conservadora tienen mayor tasa de recidiva local.
- Larga esperanza de vida, fertilidad, y riesgo de menopausia precoz son problemas especialmente importantes en estas edades.
- El diagnóstico de la enfermedad durante la gestación hace especialmente vulnerables a estas pacientes y a los fetos que albergan. El aborto no mejora el pronóstico de la enfermedad.
- La imagen tras la cirugía puede acarrear problemas de autoestima y de sexualidad, lo que hace importante plantearse especialmente en este grupo, técnicas de reconstrucción mamaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Breast Cancer in Young Women. Deborah Axelrod. *Collective Review, Journal of American College of Surgeons* 12-2007
2. Breast Cancer in Young Women: A New Color or a Different Shade of Pink? Jeffrey Peppercorn, *Journal of Clinical Oncology*, Vol.26, N.20, July 2008
3. Breast cancer, psychological distress and life events among young women. R. Peled, *BMC Cancer* 2008, 8:245
4. Breast cancer in elderly women: a different reality? Results from the NORA study. G. Mustacchi, *Annals of Oncology* 18: 991-996, 2007
5. Letrozole Compared With Tamoxifen for Elderly Patients With Endocrine-Responsive Early Breast Cancer: The BIG 1-98 Trial. Crivellari. *Journal of Clinical Oncology*, Vol.26, N.12, 4-2008
6. Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. Wildiers. *Lancet Oncology* 2007; 8:1101-15.
7. Disease-Free Survival Advantage of Weekly Epirubicin Plus Tamoxifen Versus Tamoxifen Alone treatment of Operable, Node-Positive, Elderly Breast Cancer Patients: 6-Year Follow-Up Results of the French Adjuvant Study Group 08 Trial. Fargeot. *Journal of Clinical Oncology*. Vol.22 N.23. Dec. 2004.

Revisión de conjunto

La ventosa obstétrica. Un instrumento en alza

The obstetrical ventouse. An instrument with an increase in its use

Martí Torrents A, Cornago Martínez D, Labios Armiñana D, Usandizaga Calparsoro M.

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

RESUMEN

Objetivo: evaluación de la proporción de ventosas sobre el total de partos instrumentales. Material y métodos: hemos revisado los instrumentos utilizados en las extracciones fetales realizadas en el Hospital Son Dureta entre el 1.1.2002 y el 30.9.2008. Hemos calculado los porcentajes correspondientes a las ventosas sobre el total de partos y sobre el total de partos vaginales, anualmente y en tasas mensuales interanuales. Resultados: Al comparar los periodos 2002-2005 y 2006-2008 aumenta la frecuencia de partos instrumentales de 11,52% a 13,61% (chi cuadrado 6,92 y $p < 0,01$). El porcentaje de ventosas sobre el total de partos instrumentales pasó de un 8,53% a un 21,68% (chi cuadrado 49,58 y $p < 0,0001$). Conclusión: durante el periodo de tiempo estudiado se ha observado un pequeño crecimiento de la frecuencia total de partos instrumentales y una utilización cada vez más frecuente de la ventosa.

PALABRAS CLAVE:

Parto instrumental, ventosa obstétrica, fórceps, intervalos de confianza.

SUMMARY

Objective: evaluation of the proportion of vacuum extraction over all instrumental childbirths. Material and methods: we have reviewed the instruments used in fetal extractions realized in the Son Dureta Hospital between 1.1.2002 and 30.9.2008. We have calculated the percentages corresponding to vacuum extraction over all childbirths and all vaginal childbirths, annually and using monthly interannual tasks. Results: when comparing 2002-2005 and 2006-2008 periods we find the frequency of the operative vaginal delivery increases from 11,52% to 13,61% (chi square 6,92 and $p < 0,01$).

Conclusion: in the period studied we have found a small growth of the total frequency of operative vaginal births and a greater use of vacuum extraction.

KEY WORDS:

Operative vaginal birth, vacuum extraction, forceps, intervals of confidence.

INTRODUCCIÓN

La Obstetricia ha ido abandonando a lo largo de los años una serie de intervenciones como consecuencia de la disminución de los riesgos asociados a la cesárea. Este proceso, no es la única causa del aumento de la tasa de cesáreas, pero parece razonable considerar que contribuye al mismo. Sabemos cuáles son las operaciones obstétricas que ya hemos abandonado y que los residentes actuales no aprenden, desde la versión a la ayuda manual en el parto de nalgas, pero no sabemos si otras más caerán en desuso en los próximos años. Entre estas últimas podemos contar algunos partos instrumentales.

Actualmente hay grupos sociales que defienden el parto sin intervención, incluso en el domicilio y sin la presencia de profesionales sanitarios. Otras embarazadas solicitan que se les haga una cesárea incluso sin indicación médica, por miedo, conveniencia o para mantener su suelo pélvico. Lo que nadie considera como el parto ideal es el parto instrumental¹.

Al considerar los partos instrumentales podemos discutir sobre las indicaciones y las condiciones, reconociendo que han cambiado mucho en las últimas décadas, pero también hay que considerar la elección del instrumento. Tenemos diferentes modelos de fórceps, diseñados algunos para situaciones específicas, hay ventosas de distintos tamaños y materiales, reutilizables o desechables, incluso hay instrumentos utilizados sólo en algunos países, como las espátulas.

A pesar de todas estas posibilidades hay que reconocer que la discusión más frecuente y sobre la que disponemos de más información es el debate de fórceps frente a ventosa. Este asunto ha sido objeto de una revisión Cochrane², en la que se hace constar que a pesar de que con el empleo de la ventosa aumentan los riesgos fetales y con el del fórceps los maternos, es posible que se iguale en sentido opuesto el efecto de una cosa con el de otra. Como resultado de que se cambian unos riesgos por otros diferentes resulta difícil asegurar la superioridad de uno u otro instrumento, pero parece ser que existe una tendencia firme a que aumente la utilización de la ventosa. Hemos querido revisar la evolución en el uso de la ventosa en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca y reflexionar sobre los motivos que pueden justificar los cambios.

CORRESPONDENCIA:

Manuel Usandizaga Calparsoro

Servicio de Ginecología Hospital Universitario Son Dureta

c/ Andrea Doria 55 07014 Baleares

musandizaga@hsd.es

Tfno.: 971175000, extensión 76043 Fax: 971175030

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado la base de datos correspondiente al Libro-registro de partos del Hospital Son Dureta entre el 1 de Enero de 2002 y el 30 de Septiembre de 2008, recogiendo el número total de partos, de cesáreas y de partos instrumentales. En estos últimos hemos separado las ventosas del total de partos instrumentales. Deliberadamente no hemos considerado la indicación para la finalización del parto.

Hemos calculado los porcentajes de partos instrumentales sobre el total de partos y sobre los partos vaginales, así como el porcentaje que representan las ventosas sobre los partos instrumentales. En cada caso hemos calculado los correspondientes intervalos de confianza del 95% (I.C. 95%) de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{I.C. 95\%} = \text{porcentaje} \pm 1,96 \times \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

Para la valoración de las diferencias encontradas hemos utilizado el test de chi cuadrado con tablas de contingencia de 2x2 y un grado de libertad. Para valorar la evolución de los cambios hemos calculado las tasas interanuales, correspondientes a los doce meses previos, mes a mes, desde diciembre de 2002 a septiembre de 2008.

RESULTADOS

En la *tabla I* están recogidos las cifras absolutas de partos totales, cesáreas, partos instrumentales y ventosas, junto con los correspondientes porcentajes. Si consideramos la proporción de partos instrumentales sobre el total de partos sólo hay pequeños cambios. Si dividimos los partos atendidos en casi 7 años en dos grupos aproximadamente iguales, de 2002 a 2004 y de 2005 en adelante, tenemos un porcentaje de partos instrumentales del 9,33% (I.C. 95% de 8,65% a 10,01%) en el primer periodo de tiempo, frente a un 10,61% (I.C. 95% de 9,93% a 11,28%) en el segundo, solapándose los intervalos de confianza.

Sin embargo, al considerar el porcentaje de partos instrumentales sobre el total de partos vaginales para los mismos periodos de tiempo, para tener en cuenta el aumento de la tasa de cesáreas, tenemos un 11,52% (I.C. 95% de 10,69% a 12,35%) frente a un 13,61% (I.C. 95% de 12,76% a 14,45%). La diferencia es estadísticamente significativa (chi cuadrado 6,92 y $p < 0,01$).

En la misma *tabla I* se recogen los cambios en el porcentaje de ventosas sobre el total de partos instrumentales con diferencias muy llamativas. Si consideramos los periodos de 2002 a 2004, frente a 2005 a 2008, esta cifras pasa de un 8,53% (I.C.95% de 6,23% a 10,46%)

a un 21,68% (I.C. del 95% de 18,92% a 24,44%), diferencia que es estadísticamente significativa (chi cuadrado 49,58 y $p < 0,0001$).

La *figura 1* recoge la evolución mensual de las tasas interanuales del porcentaje que representan las ventosas sobre el total de partos instrumentales. El periodo de tiempo recogido es de 31 de diciembre de 2002 a 30 de septiembre de 2008.

DISCUSIÓN

Hace diez años hablar de parto instrumental en nuestro hospital era hablar de fórceps, ya que la utilización de este instrumento era mucho más frecuente que el de la ventosa y las espátulas se utilizaban sólo excepcionalmente. Ahora, a la vista de los resultados de esta revisión, la situación ha dado literalmente un vuelco. En otras publicaciones se viene recogiendo desde hace años la tendencia al aumento en la frecuencia de utilización de ventosa y la simultánea disminución de los partos terminados mediante fórceps^{3,4}, aunque las recomendaciones de diferentes sociedades científicas que contemplan en guías o recomendaciones conjuntamente el fórceps y la ventosa, coinciden en advertir que es difícil asegurar la superioridad de uno sobre otro y señalan la importancia de utilizar aquel instrumento que el obstetra experimentado considere más adecuado en cada ocasión^{5,6,7}.

Recientemente la ventosa ha recibido un apoyo decidido, hasta cierto punto sorprendente, del Ministerio de Sanidad español⁸. En un documento con recomendaciones sobre la asistencia al parto normal se considera que la ventosa es superior al fórceps y se recomienda su uso. Esta decisión

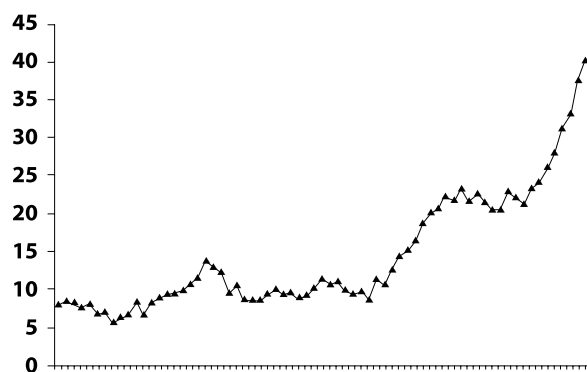


Figura 1. Evolución de las tasas interanuales del porcentaje de ventosas sobre el total de partos instrumentales desde diciembre de 2002 a septiembre de 2008.

TABLA I

Año*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Partos totales	2633	2219	2213	2208	2422	2001	1459
Cesáreas	510	438	397	465	512	456	352
Partos instrumentales	251	228	180	236	252	220	150
Ventosas	20	19	16	26	51	45	64
Partos instrumentales / partos totales	9,5%	10,3%	8,1%	10,7%	10,4%	11,0%	10,3%
Partos instrumentales / partos vaginales	11,8%	12,8%	9,9%	13,5%	13,2%	14,2%	13,6%
Ventosas / partos instrumentales	7,8%	8,3%	8,9%	11,0%	20,2%	24,5%	42,7%

* Hasta el 30-9-2008

se basa en la revisión Cochrane², que ya hemos dicho que considera que las ventajas e inconvenientes respectivos de ambos instrumentos pueden compensarse, y en una publicación de la Organización Mundial de la Salud⁹. Esta última cita textualmente el metanálisis de la Cochrane, pero se decanta por el uso de la ventosa. Quizás esto sea consecuencia de plantearse la utilización de este instrumento en países con morbilidad y mortalidad neonatales mucho mayores que los observados en países industrializados. A diferencia de lo que hace el Ministerio de Sanidad, que afirma desconocer datos españoles, aporta cifras sobre frecuencia en América Latina y tiene en cuenta los problemas de costes.

El aumento en la utilización de la ventosa a expensas del empleo del fórceps en el parto instrumental en nuestro hospital, se inscribe dentro de una serie de otros cambios. Disminución del número de partos, como consecuencia de la inauguración de hospitales comarcales, aumento en la frecuencia del total de partos instrumentales y aumento de la tasa global de cesáreas sin grandes cambios en la tasa de cesáreas en las primíparas de bajo riesgo¹⁰. El aumento en la frecuencia de partos instrumentales es pequeño, ya que no se pone de manifiesto más que si tenemos en cuenta el aumento de las tasas de cesáreas y consideramos el porcentaje de partos instrumentales, no sobre el total de partos, sino sobre el total de partos vaginales. Aunque no podemos asegurarlo ni descartarlo, creemos que otro cambio ocurrido en los últimos años puede influir en la tasa de partos instrumentales. Cada vez aumenta la proporción de pacientes con anestesia y epidural y es posible que con cabezas en cuarto plano de Hodge y occipitopúbica, prefiramos el parto instrumental a la maniobra de Kristeller. Sin embargo, en una revisión del impacto representado por la introducción de la anestesia epidural a demanda en nuestro centro, no comprobamos que aumentase la tasa de partos instrumentales¹¹.

El factor desencadenante que nos parece más importante es la introducción en nuestro centro, a principios del año 2006, de ventosas desechables con equipos de vacío manuales (Kivi Omnicup®). Si se observa la *figura 1*, es fácil ver la brusca inflexión de las tasas mensuales interanuales alrededor de esa época. Antes de ese momento hacíamos pocas ventosas, y las quejas sobre el mantenimiento de los equipos de vacío, juntas y tubos de goma, eran frecuentes. Quizás porque los equipos se usaban esporádicamente el mantenimiento era malo, con lo que se usaban aún menos, creando un auténtico círculo vicioso. Al llegar ventosas desechables, con equipos de vacío que no podías criticar, teniendo que reconocer que los derrapajes no eran culpa del instrumental, sino del usuario, cada vez se han utilizado más.

Aunque los cambios en nuestro hospital hayan sido excepcionalmente bruscos, a la vista de la tendencia en diferentes centros y distintos países al aumento en la utilización de cesáreas, la pregunta que surge es la del motivo para estos cambios. Los riesgos para el recién nacido son mayores que con el fórceps y fueron incluso objeto de una nota de advertencia de la Agencia del Medicamento de EE.UU.¹². Sin embargo estas lesiones neonatales, cefalohematoma, hemorragia, subaponeurótica e ictericia neonatal fetales son atribuibles al vacío y no a un uso incorrecto del instrumento. De las lesiones neonatales después de una aplicación de fórceps no puede decirse en absoluto lo mismo. En cuanto a las lesiones maternas, si se producen después de utilizar una ventosa, se podrá argumentar que afortunadamente no se ha usado un fórceps que se asocia a más lesiones maternas. La

ventosa no delata al ginecólogo que se equivoca en el diagnóstico de la variedad de posición, mientras que el fórceps si lo hace si el niño nace con marcas en lugares inadecuados. Aunque probablemente sea menos importante, también puede pensarse que el ginecólogo que debe elegir entre los dos instrumentos reflexione sobre el hecho de que las lesiones maternas tendrá que resolverlas él, mientras que los problemas del recién nacido recaerán sobre otro especialista.

Realmente lo más importante es que cuantas más ventosas hagamos como colectivo, menos hábiles o más torpes seremos con el fórceps, con lo que más miedo nos dará utilizarlo y menos a menudo recurriremos a este instrumento. Quizás sea bueno que exista este círculo vicioso, que es posible que redunde en menores riesgos para las pacientes, pero el ideal sería un ensayo multicéntrico en el que colaborasen hospitales con una formación previa en el uso de ambos instrumentos. También sería útil la participación de hospitales con diferentes tasas de partos instrumentales. Un asunto vidrioso, sobre todo pensando en el tercer mundo, sería el de los costes, ya que el reciente y creciente entusiasmo de los ginecólogos de nuestro hospital por la ventosa es más concretamente entusiasmo por un modelo desechable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Usandizaga M. ¿Hacia el fin del parto instrumental? Prog Obstet Ginecol 2007;50(Supl 1):216-224.
2. Johanson, RB; Menon, V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006.
3. Patel RR, Murphy DJ. Forceps delivery in modern obstetric practice. BMJ. 2004; 328: 1302-5
4. Bofill JA, Rust OA, Perry KG, Roberts WE, Martin RW, Morrison JC. Forceps and vacuum delivery: a survey of Fellows of ACOG. Obstet Gynecol. 1996; 88: 1007-10.
5. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for Operative Vaginal Birth. J Obstet Gynaecol Can 2004; 26:747-53.
6. American college of Obstetricians and Gynecologists. Operative Vaginal Delivery. ACOG Practice Bulletin No. 17; 2000.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guideline No.26 <http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/greentop26operativevaginaldelivery1207.pdf>
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal, 2007 <http://www.msc.es/novedades/docs/estrategiaAtencionPartoNormal.PDF>
9. Althabe F. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007 http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/facom/en/index.html
10. Usandizaga M, Cornago D. Tasas de cesárea en las primíparas de bajo riesgo. Toco-Gin Pract 2007;68:280.
11. Moreno R, González M, Bonet V, Usandizaga M. Analgesia epidural a demanda. Estudio de las consecuencias sobre el parto. Prog Obstet Ginecol 2001;44:544-51.
12. FDA Public Health Advisory: Need for Caution When Using Vacuum Assisted Delivery Devices; 1998. <http://www.fda.gov/cdrh/fetal598.html>

Artículo original

Repercusión de la analgesia locoregional sobre el bienestar fetal intraparto

Repercussion of the local-regional analgesia on fetal well-being intrapartum

Artura Serrano A¹, Ostos Serna RM¹, Gracia Rodríguez VM², Gómez Reja P², Garrido Teruel R¹

Servicio de Obstetricia y Ginecología¹. Servicio Anestesiología y Reanimación². Hospital Universitario Valme, Sevilla.

RESUMEN

La anestesia epidural es considerada la técnica más eficaz y segura para el binomio maternofetal durante el trabajo de parto. El avance en procedimientos anestésicos propone una nueva modalidad de técnica espinal que combina epidural e intradural, incorporando grandes ventajas en la administración y continuidad del efecto farmacológico. La controversia radica en la posible mayor incidencia de alteraciones en el registro cardiotocográfico tras la técnica combinada; pretendemos determinar si éstas tienen repercusión sobre el bienestar fetal.

Estudio prospectivo y aleatorizado en gestantes a término en trabajo de parto y con analgesia locoregional (epidural / intradural-epidural) con evaluación del bienestar fetal a través de cardiotocografía, pulsioximetría, pH de cordón y APGAR.

Concluimos que la técnica anestésica combinada no tiene mayor riesgo que la tradicional. Los registros patológicos observados no representan mayor riesgo para el bienestar fetal. Estas afirmaciones deben ser ratificadas con mayor tamaño muestral que permita alcanzar rango de significación estadística.

PALABRAS CLAVE

Anestesia epidural, cardiotocografía, bienestar fetal, pulsioximetría, trabajo de parto.

SUMMARY

Epidural anesthesia is considered the most effective and reliable technique for mother and fetal in labour. The research in anesthesiology techniques proposes a new way in spinal process, which combines epidural and intradural, adding advantages in the administration and continuity of pharmacologic effects. The controversy consists in a main

incidence in the pathologic register after combined analgesia; we propose to know if these alterations have an effect on fetal well-being.

Prospective and randomized study in pregnancy, which are in labour and local-regional analgesia (epidural/ intradural-epidural) with evaluation of fetal well-being through the analysis of cardiotocographic records, pulse oximetry, pH cordon and APGAR.

We conclude that combined anesthesia technique is not more dangerous than the traditional one. When there are pathologic registers, they do not have a bigger risk on fetal well-being. These affirmations must be ratified with a bigger sample which allows reaching a statistic level signification.

KEY WORDS

Epidural anesthesia, Cardiotocography, fetal well-being, pulse oximetry, obstetric labor.

INTRODUCCIÓN

La analgesia epidural se considera hoy día la técnica analgésica de elección en el tratamiento del dolor del trabajo de parto. No obstante, y a pesar de la seguridad y eficacia que ha demostrado en más de 20 años de desarrollo, no está exenta de ciertos riesgos tanto para la madre como para el feto. Actualmente se acepta que el parto con analgesia epidural supone un cambio en la dinámica de los paritorios, al necesitar la adaptación a un nuevo marco en el que se desarrolla el parto tanto para matronas como para obstetras.

En los últimos años se está generalizando una novedosa práctica analgésica a través de una técnica espinal que combina un procedimiento intradural y epidural; esta nueva modalidad, además de tener una mayor eficacia en calidad analgésica es más rápida en su efecto, con todo lo que ello supone para nuestra labor diaria en la que el tiempo marca en muchas ocasiones nuestras pautas de actuación como obstetras.

En contrapartida, la analgesia epidural se asocia a la presencia de alteraciones en el registro cardiotocográfico (RCTG), principalmente en los primeros 60 minutos tras realizar la técnica epidural. Estas alteraciones no inducen a un incremento en el número de cesáreas intraparto pero sí un incremento no deseado en la instrumentación del mismo. Desconocemos hasta el momento la repercusión que realmente tienen sobre el bienestar fetal. La bibliografía revisada atribuye a la

CORRESPONDENCIA:

A. Artura Serrano

Avda. Médicos Sin Fronteras, nº22, Bl. 1- 2ªA.
41020. Sevilla

e-mail: arturaginecologia@hotmail.com

Tfno: 670057432

analgesia intradural-epidural combinada una mayor tendencia a RCTG patológicos que la analgesia epidural tradicional, e igualmente se desconoce la implicación que pudiera tener sobre el bienestar fetal.

Estado actual del tema

Desde la introducción allá en los años 50 de la analgesia epidural (AE) en el tratamiento del dolor del parto, ésta ha ido evolucionando hasta nuestros días, de manera que hoy día existe consenso en que la analgesia epidural es la técnica analgésica más eficaz para el alivio del dolor en el trabajo de parto, y la más segura para el binomio maternofetal. En los últimos 10 años se ha introducido en muchas unidades obstétricas una modalidad de técnica espinal que combina la técnica intradural y epidural. Este método incorpora las ventajas de la administración de fármacos vía intradural, con la posibilidad y flexibilidad de continuar el efecto anestésico-analgésico a través de la utilización de catéteres epidurales, y a la vez minimiza las desventajas de ambas técnicas cuando se realizan de forma individualizada. La popularidad de la técnica combinada ha ido aumentando desde su introducción^{1,2} hasta el punto de utilizarse de forma sistemática en la analgesia obstétrica de muchos centros de nuestro entorno.

Aunque la anestesia intraepidural combinada (AIEC) pudiera parecer que ofrece significativas ventajas sobre la analgesia epidural convencional (AEC)^{3,4}, son necesarias más publicaciones para cuantificar su verdadero beneficio y a pesar de éstos, le han restado popularidad la opinión de algunos anestesiólogos dedicados al campo de la Obstetricia que consideran que la técnica presenta un número determinado de desventajas⁵. Todos los autores coinciden en que una de las ventajas, quizá la más importante, es la mejor calidad analgésica que se obtiene tras la AIEC, a la vez que el tiempo en alcanzar dicha analgesia es mucho menor (3 a 5 minutos frente 10 a 20 minutos de media aunque incluso podría llegar a 40 minutos en partos avanzados)^{1,3}. Otros estudios estiman que la AIEC acorta el primer periodo de trabajo de parto al favorecer una dilatación cervical más rápida⁶, y posibilita con mayor seguridad la deambulación de la gestante. Aunque no se ha demostrado que la deambulación reduzca el porcentaje de partos instrumentados, el número de cesáreas o acorte el tiempo de trabajo de parto, sí que ha demostrado un mayor grado de satisfacción materna cuando ésta tiene la posibilidad de caminar⁷.

Técnicas anestésicas aplicadas a la Obstetricia en el trabajo de parto

La analgesia epidural es el método más efectivo para brindar alivio del dolor en el trabajo de parto⁸ cuando se compara con los métodos no epidurales^{9,10}. La analgesia loco-regional puede ser epidural, espinal o una combinación ambas; la analgesia espinal sólo es efectiva durante un período corto por lo que no se utiliza para el alivio del dolor en el trabajo de parto. Por otro lado la analgesia epidural tradicional emplea concentraciones de un anestésico local (bupivacaína al menos al 0,25%) y se asocia con un trabajo de parto prolongado, aumento del uso de oxitocina y aumento en la incidencia de parto vaginal instrumental (9). Probablemente secundario a un bloqueo motor importante que induce debilidad en miembros inferiores, disminución del tono pélvico y alteración del reflejo del pujo¹¹. La asociación del anestésico local con un opiáceo puede minimizar estos efectos mejorando la fun-

ción motora y permitiendo la finalización eutócica del parto^{12,13}.

La analgesia espinal y epidural combinadas consiste en una inyección de un fármaco analgésico y/o anestésico local, en el espacio intratecal inmediatamente antes o después de la colocación del catéter epidural. Tiene un comienzo más rápido, mínimo bloqueo motor y sensitivo así como mayor capacidad de movilización y mayor grado de satisfacción de la paciente. La popularidad de la técnica combinada ha aumentado desde su introducción y en muchas instituciones se usa de forma sistemática para la analgesia obstétrica¹⁴.

Evidencia actual del RCTG

La monitorización de la frecuencia cardiaca fetal en el trabajo de parto pretende identificar aquellos fetos que puedan estar en riesgo de sufrir un estado de hipoxia fetal. A principios del siglo XIX, Kergegrade indicó que escuchar el latido del feto podría ser clínicamente provechoso. Desde entonces se han desarrollado múltiples métodos de monitorización cardiaca fetal (estetoscopio, doppler manual, RCTG) constituyéndose en la actualidad en una parte habitual de la atención durante el trabajo de parto.

La incidencia de morbi-mortalidad neonatal varía en el mundo, aunque las comparaciones directas pueden ser difíciles debido a las diferentes definiciones y a las clasificaciones erróneas. Existen documentadas altas tasas diferenciales en función de los ingresos medios del país¹⁵. Probablemente el control del bienestar fetal intraparto y la posibilidad de poner en marcha medidas de control contribuyen a obtener un resultado final con garantías. Aunque clásicamente se ha propuesto que ciertas anomalías específicas en el patrón de la frecuencia cardiaca fetal del RCTG están asociadas a un mayor riesgo de parálisis cerebral, la especificidad de éste para predecir la parálisis cerebral es muy baja, (tasa positiva falsa informada de hasta el 99%). Además hemos de añadir la diferencia intraobservador que se da en la interpretación de los trazos. Disponemos de algoritmos que nos permiten detectar situaciones anómalas que requieren una atención más detenida o incluso en los casos más extremos la extracción fetal inmediata. En estos casos, disponemos de medidas adicionales que nos permiten discernir entre fetos que se encuentran realmente en riesgo, tales como el pH en sangre fetal o la pulsioximetría.

La evidencia actual toma a la pulsioximetría fetal como primera opción al apoyo de la monitorización fetal¹⁶ aunque disponemos de otros métodos como la espectroscopia cercana al infrarrojo¹⁷, el ECG fetal, el análisis del segmento ST del ECG fetal¹⁸ y las pruebas de estimulación fetal.

Evidencia actual de la pulsioximetría

La pulsioximetría fetal es una técnica de monitorización intraparto que determina la saturación arterial de oxígeno de la hemoglobina fetal por medios ópticos. No están descritos casos de alteración en el curso del trabajo de parto ocasionados por su uso así como daños fetales por la intensidad de luz emitida; no existe evidencia actual de incremento en la morbilidad materno-fetal^{19,20}. La pulsioximetría fetal no puede considerarse como una técnica experimental; la Food and Drug Administration aprobó el uso clínico de la pulsioximetría en EEUU en el año 2000²¹ en presencia de patrones de frecuencia cardiaca fetal no tranquilizadores.

No obstante la opinión del American College of Obstetricians and Gynecologist²² es que no puede aprobar este dispositivo en este momento en la práctica clínica ya que podría aumentar la escalada de los costos de la atención médica sin una mejora cierta de los resultados clínicos, recomendando la realización de nuevos ensayos clínicos.

El umbral crítico de saturación de oxígeno fetal medido mediante pulsioximetría puede ser definido como aquél por encima del cual el estado ácido-básico fetal está asegurado como normal y bajo el cual la academia y un resultado neonatal adverso pueden desarrollarse; dicho umbral ha sido centrado en torno al 30%^{23,24}, muy diferentes a los de un adulto sano. Una saturación fetal inferior al 30% tiene una precisión similar a la del pH del cuero cabelludo fetal menor de 7,20 para diagnosticar acidosis¹⁶. Así mismo es importante la duración de los bajos niveles de saturación de oxígeno fetal; no se observan disminuciones superiores a las 0,05 unidades en las cifras de pH en cuero cabelludo fetal a no ser que se encuentren valores de saturación <30% durante más de 10 minutos, y que los fetos con pH en arteria umbilical <7,15 o exceso de bases <-12mEq/l tienen durante un tiempo significativamente mayor cifras de saturación <30%.²⁵

Actualmente se acepta que el valor predictivo de la saturación es comparable al del análisis de sangre fetal en cuero cabelludo¹⁶, si bien es menos constante su correlación con los valores obtenidos en cordón umbilical. La utilización de la pulsioximetría durante el trabajo de parto no es percibida por la mujer como una interferencia en el curso normal de su trabajo de parto, considerando esta investigación incluso como algo positivo (Foremost trial)²⁶.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo y aleatorizado llevado a cabo en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Valme, Sevilla. Se incluyen un total de 19 gestantes a término, en trabajo de parto establecido, presentación cefálica y con bolsa rota (líquido amniótico claro), que solicitan analgesia espinal. Tras la información oportuna y la firma del consentimiento informado son randomizadas en dos grupos: epidural convencional (grupo control) e intradural-epidural combinada (grupo estudio).

Las gestantes que cumplen los criterios de inclusión y aceptan su participación en el estudio tienen un registro cardiotocográfico basal de al menos 30 minutos, manteniendo éste de forma continua al menos las dos primeras horas tras la administración de la anestesia locoregional. El control de los parámetros de bienestar fetal se lleva a cabo con registro cardiotocográfico externo y pulsioxímetro "OB-Scientific, OBS-500" con sondas de sensor manual "OBS-900". Tras el alumbramiento se procede a tomar muestra de pH de sangre arterial de cordón siendo analizada en el mismo paritorio y asegurando así que los valores obtenidos sean fieles a la situación hemodinámica del neonato.

Criterios de inclusión

Gestante, primípara o múltipara sin hábitos tóxicos importantes, a término y en trabajo de parto iniciado con feto en presentación cefálica, líquido amniótico claro y membranas rotas. Ausencia de alteraciones en el registro cardiotocográfico inicial así como de patología gestacional (CIR, patología del líquido amniótico, sospecha de malformación

o cromosomopatía fetal, HTA, isoimmunización Rh, endocrinopatías, rotura prematura de membranas de más de 18 horas, VIH, infección materna) y/o materna (diabetes gestacional, cardiopatías, enfermedad hemolítica, otras).

Criterios de exclusión

Contraindicación de la monitorización mediante pulsioximetría fetal: infección genital activa o placenta previa. Contraindicación de la anestesia espinal, gestación múltiple, presentación no cefálica, alteraciones previas del RCTG o metrorragia; son excluidas también las gestantes con hábito tabáquico superior a 20 cigarrillos/día.

Técnica Anestésica

Se procedió a la sistematización de la técnica anestésica en los grupos de estudio. De esta manera, la anestesia epidural convencional se practicó siempre con la paciente en posición sentada, con el nivel de punción en L2-L3 previa infiltración de piel con mepivacaína. Punción utilizando aguja de Tuohy nº 18 G y posterior colocación de catéter epidural. Tras la técnica, administración a través del catéter de ropivacaina al 0,2% 10 ml; posteriormente, se continua analgesia con una perfusión del mismo anestésico local al 0,120% a través del catéter epidural mediante bombas de PCA (analgesia que puede ser controlada por la gestante).

La analgesia intradural-epidural combinada se realizó siguiendo el mismo procedimiento técnico con punción del espacio dural mediante aguja atraumática de 27 G. y administración de Bupivacaina al 0,25% 2,5 mg con vasoconstrictor asociado a 25 microgramos de fentanilo. Una vez administrada esta dosis se retira la aguja del espacio intradural y se coloca el catéter en el espacio epidural. Se mantiene la analgesia con perfusión de ropivacaina a la misma concentración e igualmente mediante bombas de PCA. En caso necesario se administran bolos de ropivacaina al 0,2% de 3 a 5 cm para mantener el grado de analgesia. Tras la técnica analgésica se monitorizan las constantes hemodinámicas de la gestante (frecuencia cardíaca, TAM y pulsioximetría).

Control Fetal Intraparto

Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal mediante RCTG externo y control de saturación de oxígeno fetal mediante la colocación de un sensor manual intraútero dispuesto sobre el dorso fetal. Serán registrados los episodios de desaturación fetal por debajo del 30% anotando su relación o no con episodio de bradicardia. Tras el nacimiento se lleva a cabo toma de muestra arterial del cordón y se practica determinación del pH con objeto de valorar el equilibrio ácido-base. Al tiempo y como corresponde al protocolo de atención al recién nacido se valora el Apgar al minuto y 5 minutos.

Para obtener un registro de pulsioximetría correcto, hemos de colocar el sensor manual sobre la espalda fetal. La condición fundamental que se ha de cumplir es que el cuello uterino tenga una dilatación suficiente para permitir el paso del sensor. Nuestro grupo en la actualidad tiene buenos resultados con dilataciones de al menos 2 cm. y bolsa rota, aunque las especificaciones del producto determina que podría ser utilizado con bolsa íntegra.

Consideramos un registro de pulsioximetría de calidad óptima para

su interpretación aquel en el que al dividir el tiempo correspondiente al tramo de buena señal por el tiempo total del registro, y multiplicando el resultado por cien, supere un 50%.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

El cálculo del tamaño muestral necesario para obtener diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los porcentajes de bradicardia entre mujeres que reciben la anestesia epidural convencional (AEC) y la anestesia intadural-epidural combinada (AIEC) se ha establecido en 94 por grupo, fijando un error α del 5% y un error β del 20% (potencia del 80%), con un porcentaje esperado de bradicardias con anestesia tradicional de un 15% y una diferencia a detectar de un 10% más de bradicardias en el grupo de anestesia intadural-epidural combinada (AIEC). La detección de diferencias significativas en la desaturación inducida por los procedimientos anestésicos requeriría una n de 102 pacientes por grupo. En el caso del estudio con pH cordón arterial, sería de 49 por grupo. En nuestro estudio hemos alcanzado un total de 19 casos, distribuidos en 11 casos con analgesia epidural convencional y 8 casos analgesia intra-epidural.

Se ha utilizado un esquema de aleatorización por bloques para asignar a cada una de las mujeres que intervienen en el estudio a uno de los dos grupos (epidural convencional / intadural-epidural combinada). La randomización permite la creación de grupos similares en cuanto a variables que puedan influir en la respuesta, salvo la propia intervención (epidural convencional / intadural-epidural combinada).

El análisis estadístico de los datos se lleva a cabo con SPSS 16.0 con análisis descriptivo y comparación de proporciones para las variables de tipo cualitativo realizando test de la Chi-cuadrado con corrección por continuidad o test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas) estudiando la existencia de diferencias estadísticas entre ambos grupos. El tamaño muestral ha sido insuficiente para obtener diferencias significativamente estadísticas por lo que no hemos podido aplicar intervalo de confianza, siendo nuestra intención establecerlo al 95% en el momento en el que alcanzemos muestra suficiente.

RESULTADOS

Se han estudiado un total de 19 gestantes a término en trabajo de parto con una media de edad de 24 años y 39 semanas de edad gestacional: 11 gestantes (57,9%) formaron parte del grupo de analgesia epidural convencional y 8 (42,1%) de anestesia intraepidural combinada. El 73,7% eran primíparas, el 15,8% (3 casos) secundíparas y el resto multiparas.

El número de episodios de bradicardia tras la administración de la analgesia fue del 26,3% ($n=5$) frente al 73,7% ($n=14$), sin alteraciones. En relación con episodios de desaturación fetal registrados a través de pulsioximetría, el 94,7% no presentaron alteraciones ($n=18$) frente a un caso en el que sí (5,3%). Respecto a la finalización del parto un 63,2% ($n=12$) tuvieron un final eutócico, el 31,5% ($n=6$) parto instrumentado y el único caso de cesárea que aconteció en la serie se indicó por RPBF. La puntuación Apgar tuvo una media de 8,95 al minuto y de 9,95 a los cinco minutos. La media de pH cordón, muestra sangre arterial fue de 7,27. Peso medio del neonato: 3241 gr.; ningún recién nacido precisó ingreso en UCI.

En nuestra serie se han producido un 26,3% episodios de bradicardia fetal (algo superior al descrito en la literatura revisada) detectadas por el RCTG tras la administración de analgesia intraparto. De este porcentaje, el 80% no se correlacionó con descenso de la saturación fetal de O₂, medida por la pulsioximetría. El análisis estadístico con pruebas de chi-cuadrado y la aplicación del test exacto de Fisher da un resultado de 0,263.

La correlación entre el porcentaje de bradicardias descrito ($n=5$) y pH de sangre arterial de cordón determinó que del total de episodios de disminución de la frecuencia cardiaca fetal en el 80% de los casos el pH de cordón tenía valores normales mientras que sólo un caso era patológico. En el grupo de gestantes que no tuvieron alteraciones del RCTG, el pH fue normal en el 73,7% de los casos, apareciendo tan sólo una muestra con pH patológico. La aplicación del test exacto de Fisher da un valor de 0,468.

En aquellos casos en los que apareció una alteración del RCTG queremos conocer que tipo de analgesia se había empleado. En el grupo de gestantes a las que se aplicó la analgesia epidural convencional ($n=11$), el 10,5% sufrieron episodios de bradicardia mientras que en el grupo de analgesia intra-epidural ($n=8$), el porcentaje de alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal ascendió a 15,8%. Test exacto de Fisher 0,603.

El estudio de la desaturación arterial de oxígeno en base al tipo de analgesia previa administrada determinó que tan sólo en un caso había existido un descenso de los valores por debajo de los límites considerados como patológicos (dentro de las tratadas con epidural) que representaba el 9,1% del grupo en estudio y 5,3% del total de casos. No existieron acontecimientos similares en el grupo de tratadas con analgesia intra-epidural; test exacto de Fisher: 1,000.

En referencia a los valores del pH de cordón, muestra arterial y el grupo de estudio, encontramos que en el grupo de epidural ($n=11$) un 81,8% presenta pH normal ($n=9$) frente al 18,2% ($n=2$) en que fue patológico. En el grupo de intraepidural ($n=8$) no existió ningún evento patológico en las muestras obtenidas. Test exacto de Fisher 0,485

No hemos encontrado tampoco diferencias entre el tipo de analgesia intraparto administrada y la forma de finalización del parto. Entre las que se terminó el parto de forma eutócica ($n=12$), el 36,8% eran epidurales y el 26,3% intraepidurales. Cuando la conclusión del trabajo de parto fue a través de la instrumentación el 21,1% eran epidurales y el 15,8% intraepidurales. El único caso descrito de cesárea se dio en el grupo de epidural.

DISCUSIÓN

La controversia actual radica en la posible mayor incidencia de alteraciones en el registro cardiotocográfico tras la técnica combinada frente a la epidural convencional (5); ambas técnicas analgésicas pueden inducir alteraciones en el RCTG (27). Así, se ha informado de significativos cambios en la frecuencia fetal en porcentajes cercanos al 15%. Estas anomalías cuya causa puede deberse a la administración intradural de opioides, también pudiera estar motivada por la reducción de la circulación uteroplacentaria, bien porque los opioides induzcan descensos de la tensión arterial materna o a un incremento del tono uterino. No se ha podido demostrar que la hipotensión materna sea más frecuente o

intensa que con la epidural convencional. Los estudios publicados hasta la actualidad tampoco han demostrado que la AIEC presente de forma significativa una mayor incidencia de alteraciones del RCTG, especialmente la bradicardia fetal, aunque apuntan a que sí se observan con mayor frecuencia e intensidad estas alteraciones. No obstante, la incidencia de cesárea urgente debido a alteraciones en el bienestar fetal no difiere entre las parturientas que reciben AIEC o AEC²⁸. La pregunta que sigue hoy día sin contestar es si estas alteraciones de los RCTG conllevan algún tipo de repercusión sobre el bienestar fetal. De otra parte, se conoce que los RCTG dentro de la normalidad se asocian en el 98% de los casos a buenos resultados neonatales, y en situaciones de registros patológicos, sólo el 40% de los fetos presentan alteraciones bioquímicas manifiestas. Se acepta que la predicción de los valores de saturación de oxígeno fetal intraparto medida mediante pulsioximetría y la determinación de pH de cuero cabelludo de los recién nacidos en el momento del nacimiento tienen una sensibilidad del 81% y una especificidad del 100%. Se considera como umbral crítico una saturación de oxígeno fetal inferior al 30%, que mantenida más de 10 minutos se asocian en un 50% de los casos con pH de arteria umbilical < de 7,20.

La pulsioximetría fetal mejora la especificidad del registro cardiocardiográfico en la vigilancia fetal intraparto. En la relación de los valores de saturación con los patrones de frecuencia cardiaca anormal, Carbonne y cols.²⁹, encuentran un valor predictivo negativo con una cifra de saturación fetal de oxígeno mayor de 40% para un pH en arteria de cordón menor de 7,20 del 100%, con lo que se puede confirmar la presencia de patrones anormales de frecuencia cardiaca fetal con valores normales de saturación fetal. En otro estudio llevado a cabo por Vitaratos y cols.³⁰ en gestantes con registro de frecuencia cardiaca fetal patológico, y utilizando como límite de corte una saturación fetal del 30% comunican un valor predictivo positivo de 61% y un valor predictivo negativo de 96% con sensibilidad del 72% y especificidad del 93% para un valor de pH en arteria umbilical <7,15. Se acepta que el valor predictivo de la saturación es comparable al del análisis de sangre fetal en cuero cabelludo, si bien es menos constante su correlación con los valores obtenidos en cordón umbilical.

CONCLUSIONES

Los RCTG patológicos observados tras la anestesia intraepidural (AIE) y la Anestesia epidural convencional (AEC) no representan un mayor riesgo en el bienestar fetal; la anestesia intraepidural combinada no representa un mayor riesgo que la anestesia epidural tradicional. Estas afirmaciones deben ser ratificadas con un mayor tamaño muestral que permita alcanzar rango de significación estadística.

Las variables maternas monitorizadas en el trabajo de parto (TA, Fc y Sat. O₂) no se ven comprometidas por la administración de analgesia intraparto.

El uso de la pulsioximetría y su correlación con los episodios de bradicardia fetal en el RCTG no induce un aumento en el número de cesáreas realizadas.

La mayor parte de los episodios de bradicardia fetal que acontecen tras la analgesia intraparto no se correlacionan con un descenso de la saturación de oxígeno fetal. No se han encontrado diferencias entre los valores del pH de sangre arterial de cordón entre los neonatos que su-

frieron bradicardia con valores de pulsioximetría normal y aquellos en los que el registro se mantuvo normal durante todo el trabajo de parto.

La administración de analgesia intraepidural induce un porcentaje ligeramente superior de alteraciones en el RCTG que en el grupo de tratados con epidural; por el contrario si estudiamos su correlación con la desaturación fetal, sólo han aparecido rangos patológicos en el grupo epidural que a su vez coincide con la correlación de las muestras de pH cordón.

Las conclusiones derivadas de este estudio preliminar deberán ser corroboradas con una serie mayor que permita alcanzar rango de significación estadística.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macarthur A., Management of controversies in obstetric anaesthesia. *Canadian Journal of Anaesthesia* 1999; 46(5):R111-R116.
2. Riley ET, Ross BK. Epidural and spinal analgesia/anesthesia: opioid techniques. In: Chestnut DH, editor(s). *Obstetric anesthesia: principles and practice*. 2nd Edition. St. Louis: Mosby, 1999:386-408.
3. Collis R. Combined spinal epidural (CSE) analgesia is the preferred technique for labour pain relief. *Acta anaesth Belg* 2002; 53: 283-87.
4. Russel R. Combined spinal epidural analgesia is the preferred technique for labour analgesia. *Acta anaesth Belg* 2002; 53: 331-334
5. Eisenach JC. Combined spinal analgesia in obstetrics. *Anesthesiology* 1999; 91:299-302.
6. Tsen L, Thue B, Datta S, Segal S. Is combined spinal epidural analgesia associated with more rapid cervical dilatación in nulliparous patients when compared with conventional epidural analgesia? *Anesthesiology* 1999; 91:920-925.
7. Davies J, Roshan F, McLeod Andrew, Verma S, Foun P. Postural stability following ambulatory regional analgesia for labor. *Anesthesiology* 2002; 97: 1576-81.
8. Glosten B. Epidural and spinal analgesia/anesthesia: local anesthetic techniques. In: Chestnut DH, editor(s). *Obstetric anesthesia: principles and practice*. 2nd Edition. St. Louis: Mosby, 1999:360-86.
9. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2005. 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
10. Howell CJ, Kidd C, Roberts W, Upton P, Lucking L, Jones PW, et al. A randomized controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2001;108(1):27-33.
11. Thornton JG. Reducing likelihood of instrumental delivery with epidural anaesthesia. *Lancet* 2001;358(9275):2.
12. COMET Study Group. The comparative obstetric mobile epidural trial. Ambulatory epidural analgesia, delivery mode and pain relief: a randomized controlled trial. *Anesthesiology* 2000;92 Suppl:A21.
13. Russell R. The effects of regional analgesia on the progress of labour and delivery. *British Journal of Anaesthesia* 2000;84(6):709-12.
14. Collis RE, Baxandall ML, Srikantharajah ID, Edge G, Kadim MY, Morgan BM. Combined spinal epidural analgesia with ability to walk throughout labour. *Lancet* 1993;341:767-8.

15. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? where? why?. *Lancet* 2005;365(9462):891-900.
16. Carbonne B, Langer B, Goffinet F, Audibert F, Tardif D, Le Goueff F, Laville M, Maillard F. Multicenter study on the clinical value of fetal pulse oxymetry. II: Compared predictive values of pulse oximetry and fetal blood analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 593-8.
17. Mozurkewich E, Wolf FM. Near-infrared spectroscopy for fetal assessment during labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2000. 10.1002/14651858.CD002254.
18. Luttkus AK, Noren H, Stupin JH, Blad S, Arulkumaran S, Erkkola R, et al. Fetal scalp pH and ST analysis of the fetal ECG as an adjunct to CTG. A multicenter, observational study. *Journal of Perinatal Medicine* 2004;32:486-94.
19. Goffinet F, Langer B, Carbonne B, Berkane N, Tardif D, Le Goueff F, Laville M, Maillard F. Multicenter study on the clinical value of fetal pulse oxymetry. I. Methodologic evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1238-46.
20. Luttkus AK, Friedman W, Thomas S, Dimer JA, Dudenhausen JW. The safety of pulse oximetry in parturients requiring fetal scalp blood sampling. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 533.
21. Henney JE. New system for monitoring intrapartum fetal oxygen saturation. *JAMA* 2000;284:33.
22. Fetal Pulse Oximetry. ACOG Committee Opinión No. 258. *Obstetrics & Gynecology* 2001;98:523-524.
23. Dildy GA. The future of intrapartum fetal pulse oximetry. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13:133-136.
24. Carrillo MP, Puertas A, Miño M, Bartual E, Miranda JA, Herruzo A. Pulsioximetría fetal en el parto normal. Relación con el pH en el cuero cabelludo. *Clin Invest Gin Obst* 1999; 26: 249-52.
25. Kuhnert M, Seelbach-Goebel B, Bitterwegge M. Predictive agreement between the study. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:330-335.
26. Christine E East et als., Women's evaluations of their experience in a multicenter randomized controlled trial of intrapartum fetal pulse oximetry (the FOREMOST Trial). *Birth* 33:2, June 2006.
27. COMET 2001a. The comparative obstetric mobile epidural trial (C.O.M.E.T.). Ambulatory analgesia, delivery mode and pain relief: a randomised controlled trial. *European Journal of Anaesthesiology* 2000;17:782-3.
28. Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural during labor: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; S31-S68.
29. Carbonne B, Audibert F, Segard L, Sebban E, Cabrol D, Papiernik E. Fetal Pulse oximetry: correlación between changes in oxygen saturation and neonatal outcome. Preliminary report on 39 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;57:73-77.
30. Vitoratos N, Salamalekis E, Saloum J, Makrakis E, Creatsas G. Abnormal fetal heart rate patterns during the active phase of labor: the value of fetal oxygen saturation. *J Matern Fetal Med* 2002;11:46-49.

Artículo original

Diabetes gestacional: Pronóstico perinatal y materno en gestantes controladas

Gestational diabetes: maternal and perinatal outcomes in pregnant poorly controlled

Serna Torrijos M, Rubio Lorente AM, Peinado Rodenas A, González Mirasol E, González de Merlo G

Complejo Hospitalario de Albacete. ALbacete

RESUMEN

La diabetes gestacional es aquella que aparece durante la gestación. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de una diabetes gestacional son: obesidad, historia familiar de primer grado de diabetes, edad >25 años, hijo previo grande para la edad gestacional y diabetes gestacional previa¹.

Las mujeres con diabetes gestacional también tienen un incremento en la tasa de complicaciones durante la segunda mitad del embarazo.

Por ello es tan importante el diagnóstico de las gestantes diabéticas gestacionales, para de este modo recibir un tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE

Diabetes gestacional. Cribado

SUMMARY

Gestational diabetes is one that appears during pregnancy. The main risk factors for developing gestational diabetes include obesity, first degree family history of diabetes, age > 25 years, son after large for gestational age and gestational diabetes before.

Women with gestational diabetes have an increased rate of complications during the second half of pregnancy.

Therefore it is important the diagnosis of gestational diabetic pregnant women, thus receive appropriate treatment.

KEY WORDS

Gestational diabetes. Screening

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Es bien conocido que las pacientes con diabetes gestacional tienen una prevalencia más alta de patología materna y perinatal. El

objetivo del trabajo es determinar cuanto más prevalentes son estas complicaciones, si es que lo son, en gestantes diabéticas tratadas desde el momento de la detección, bien sea con dieta o insulina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio de casos y controles, en el complejo hospitalario universitario de Albacete en el periodo de 4 años, desde el año 2003 al 2006 incluido, con la participación de 407 gestantes.

Criterios de inclusión: han sido incluidas las gestantes diabéticas del complejo hospitalario universitario de albacete, tratadas con dieta o con insulina, gestaciones únicas, con o' sullivan realizado entre la semana 24-28 ≥ 140 mg/dl y SOG alterada (2 valores alterados según la "Second Internacional Workshop Conference on Gestational Diabetes".

Criterios de exclusión: han sido excluidas las gestantes diabéticas que ya lo eran antes de la gestación y aquellas, diabéticas gestacionales o no, que no hayan recibido un buen control gestacional.

Hemos comparado el pronóstico perinatal y materno de dos grupos:

- Casos: gestantes diabéticas
- Controles: gestantes no diabéticas

Variables a estudio

Maternas: edad materna, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de enfermedades tiroideas, paridad (sólo parto vaginal), abortos previos, fetos muertos en gestaciones anteriores, tratamiento realizado (dieta o insulina) y estados hipertensivos.

Fetales: Peso, BPEG (feto que presenta bajo peso al nacer para la edad gestacional, ajustado según curvas de crecimiento por percentiles, considerado bajo peso por debajo del percentil 10^o), macrosoma (feto recién nacido vivo o muerto con un peso dentro de las primeras 24 horas > 4000 g), mortalidad perinatal, APGAR, ingreso en neonatos por hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, distress respiratorio, malformaciones: pulmonares o cardíacas y prematuridad

Relacionadas con el parto: edad gestacional, tipo de parto: vaginal o cesárea, parto pretérmino.

Estadística

La obtención de datos se ha realizado de las historias clínicas de las gestantes. Para el análisis estadístico de datos hemos empleado

CORRESPONDENCIA:

M. Serna Torrijos

Avda. médicos sin fronteras, nº22, Bl. 1- 2ºA. CP: 41020 Sevilla

e- mail: arturaginecologia@hotmail.com

Tfno: 670 05 74 32

RESULTADOS

Características de los grupos. Resultados maternos.

TABLA I: Comparación de ambos grupos

	Diabéticas (n=203)	Controles (n=204)	P	OR (IC 95%)
AF diabetes	90(44,3%)	46(22,5%)	<0,0001	2,7(1,7-4,2)
AP tiroides	11(5,4%)	7(3,4%)	0,33	1,6(0,6-4,2)
Nulípara	103(50,5%)	106(52,2%)	0,72	0,9(0,6-1,3)
Abortos	59(29%)	37(18%)	0,009	1,8(1,1-2,9)
Mortalidad ante parto	4(2%)	2(1%)	0,44	2,03(0,3-11,2)

Se compara la presencia de cada uno de los eventos con relación a su ausencia. Las nulíparas se comparan con multiparas. El porcentaje se refiere al total de diabéticas o controles.

(a) La edad materna se presenta como la media y entre paréntesis la desviación estándar.

TABLA II: Formas de HTA

	Diabéticas (n=203)	Controles (n=204)
Normal	185(91,1%)	201(98,5%)
HTA gestacional	13(6,4%)	3(1,5%)
Preeclampsia	3(1,5%)	0
Eclampsia	1(0,5%)	0
HTA crónica	1(0,5%)	0

Se compara la presencia de cada uno de los eventos con relación a su ausencia

RESULTADOS FETALES

TABLA III: Patología fetal

	Diabéticas (n=203)	Controles (n=204)	P	OR
Macrosoma	10(4,9%)	8(3,9%)	0,62	1,2(0,4-3,2)
BPEG	3(1,5%)	6(2,9)	0,5	0,4(0,1-2)
Mortal.perinatal	0	1(0,5)	1	
APGAR<7(5')	2(1%)	2(1%)	1	
Ing.neonatos	40(19,7%)	22(10,8%)	0,012	2,03(1,1-3,5)

Se compara la presencia de cada uno de los eventos con relación a su ausencia

TABLA IV: Causas de ingreso en neonatos

	Diabéticas (n=203)	Controles (n=204)
Hiperbilirrubinemia	8(3,9%)	3(1,5%)
Hipoglucemia	5(2,5%)	1(0,5%)
Distress respiratorio	10(4,9%)	7(3,4%)
Malformaciones	1(0,5%)	3(1,5%)
Prematuridad (a)	16(7,9%)	8(3,9%)

(a) definiéndose prematuridad como una edad gestacional <37 semanas

TABLA VI: Ingresos en neonatos ajustados por HTA, prematuridad y BPEG

	Diabéticas (n=203)	Controles (n=204)	OR	OR ajustada
Ingreso neonatos	40(19,7%)	22(10,8%)	2,03(1,1-3,5)	1,8 (0,9-3,6)

Realizamos el análisis de regresión logística para comparar los ingresos en neonatos, ajustado por las variables de HTA en gestación, prematuridad y BPEG.

el paquete estadístico SPSS 12.0. Las variables cualitativas han sido comparadas mediante la prueba de X^2 , y si el número de casos es insuficiente, con el test exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas hemos empleado la prueba t-Student para datos independientes. Hemos considerado diferencias estadísticas significativas cuando el

valor de p era menor a 0.05. Como hay distintas circunstancias que originan un mayor ingreso neonatal como es prematuridad, BPEG o HTA durante la gestación, se realiza un análisis de regresión logística para comparar la influencia conjunta.

Como los ingresos en neonatología son diferentes entre las

RESULTADOS RELACIONADOS CON EL PARTO

TABLA VII: Resultados relacionados con el parto

	Diabéticas (n=203)	Controles (n=204)	P	OR
Prematuridad	31(15,3%)	13(6,4%)	0,004	2,6(1,3-5,2)
cesáreas	54(26,6%)	33(16,2%)	0,01	1,8(1,1-3,05)
Peso (a)	3142,07(579,12)	3147,92(537,78)	0,91	

Se compara la presencia de cada uno de los eventos con relación a su ausencia.

(a) La variable peso se expresa en gramos con la desviación estándar entre paréntesis.

diabéticas y el control, y a su vez, también hay distintas circunstancias que originan un mayor ingreso como es prematuridad, BPEG o HTA durante la gestación, se realiza un análisis de regresión logística para comparar la influencia conjunta. Con este análisis la OR de ingreso en neonatos sigue siendo mayor entre las diabéticas que en los controles, aunque la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa. Una lectura de este dato es pensar que realmente tenemos pocos números para que esa diferencia sea significativa.

DISCUSIÓN

La diabetes gestacional es una patología que puede llegar a tener graves consecuencias en la madre y el feto; por ello es muy importante la realización de un cribado y diagnóstico adecuado para de ese modo establecer un buen control y tratamiento encaminados a reducir y evitar en lo posible las complicaciones más frecuentes de estas gestantes.

En nuestro estudio cuando comparamos las características de los dos grupos, encontramos que entre las mujeres diabéticas hay mayor frecuencia de antecedentes familiares de diabetes; de abortos y de hipertensión en la gestación actual. No hay diferencias entre los antecedentes personales de tiroides, la paridad y los antecedentes de mortalidad anteparto. Hay diferencias en la edad de las mujeres, con más edad de las mujeres del grupo de las diabéticas, con significación estadística.

Nosotros encontramos que los hijos de madres diabéticas ingresan más que los hijos de los controles, con diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, debido al escaso número de casos que obtenemos desglosando las causas de ingreso, encontramos diferencias en cuanto a prematuridad, distress respiratorio, hipoglucemia neonatal e hiperbilirrubinemia pero no se puede establecer significación estadística.

Teniendo en cuenta los posibles factores de confusión con respecto a los ingresos neonatales (prematuridad, BPEG o HTA), observamos que continúan siendo más frecuentes los ingresos de los hijos de madre diabética realizando un análisis de regresión logística, aunque la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa, probablemente por los pocos casos obtenidos.

Entre las complicaciones más frecuentes del hijo de madre diabética se encuentra la macrosomía, que es un factor predisponente para la aparición de diversas lesiones obstétricas y se ha relacionado con una mayor incidencia de las complicaciones neonatales de hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y acidosis¹³.

Muchos de los factores de riesgo para gestantes con diabetes gestacional(particularmente la obesidad) son factores de riesgo independientes para macrosomía, por ello los fetos macrosomas no están tan estrechamente relacionados con la DG como en ocasiones se cree³.

El tratamiento intensivo de la diabética embarazada con dieta e insulina en comparación con dieta sola ha permitido obtener descendientes con peso al nacer e incidencia de macrosomía menores, así consta en la mayoría de los estudios prospectivos referidos a esta materia⁴⁻¹⁵.

En nuestro estudio, debido al escaso número de pacientes no hemos realizado un análisis estadístico pero sí hemos observado mayor número de recién nacidos con distress respiratorio, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia.

Con respecto a la prematuridad, encontramos diferencias significativas entre las diabéticas y el grupo control.

En cuanto a la tasa de fetos con BPEG no encontramos diferencias significativas.

Las gestantes diabéticas son más propensas a desarrollar patología hipertensiva que las gestantes no diabéticas²⁶. El factor de máximo riesgo aislado parece ser la aparición de preeclampsia en la madre, con su mayor posibilidad de parto prematuro²⁷. Sin embargo, mientras que el incremento de la preeclampsia ha sido documentada en mujeres con diabetes pregestacional, hay conflicto reportado del efecto de la diabetes gestacional en el desarrollo de la preeclampsia^{16,17}.

En nuestro estudio con respecto al test de APGAR a los 5' de vida no encontramos diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la mortalidad perinatal sólo tenemos un caso entre los controles que se trataba de una gestante sin antecedentes de interés, secundípara con feto muerto en semana 35 sin causa aparente y con PAEG (peso adecuado para la edad gestacional).

Con respecto a la patología hipertensiva, observamos mayor frecuencia de hipertensión en la gestación actual en las gestantes diabéticas, con diferencias estadísticamente significativas. Encontramos mayor frecuencia de cada uno de los tipos de HTA en la gestación sin poder encontrar significación estadística debido al escaso número de casos.

Nuestro estudio ha presentado limitaciones debido sobre todo al escaso tamaño muestral, por lo que varios parámetros en los que sí observábamos diferencias no han podido recibir un análisis estadístico. Por otro lado han podido aparecer factores de confusión, como podría ser el peso materno, variable no considerada en el estudio; aunque sí lo ha sido la edad materna, observando diferencias significativas; el

resto de parámetros que podrían haber actuado de factores de confusión con respecto a los ingresos neonatales si han sido analizados mediante regresión logística (prematuridad, BPEG y HTA), donde continuamos observando diferencias aunque dejan de ser significativas, probablemente por los pocos casos obtenidos. La causa más frecuente de ingreso ha sido la prematuridad, seguida por orden de distress respiratorio, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y malformaciones.

No hemos diferenciado los resultados entre pacientes tratadas con dieta y aquellas tratadas con insulina por lo que no podemos concluir qué tipo de tratamiento ha conseguido mejores resultados; aunque podríamos pensar que la gestante tratada con insulina lo ha sido antes con dieta, pasando al siguiente escalón de tratamiento precisamente por un mal control de glucemias o alteraciones ecográficas. Lo que no podemos saber tras la finalización del estudio es si a pesar de estar peor controladas inicialmente, los resultados con respecto al pronóstico perinatal y materno mejoran en estas pacientes, como hemos visto previamente en algunos estudios. Por otro lado, todas las gestantes de nuestro estudio han sido vistas en las consultas desde el principio del embarazo y han sido bien controladas.

CONCLUSIÓN

No hemos encontrado diferencias en cuanto a la tasa de macrosomas, BPEG, y puntuación de APGAR a los 5 minutos, en cambio si las hemos observado diferencia de manera significativa en la tasa de cesáreas, ingresos en neonatología, partos pretérmino y patología hipertensiva. Con respecto a la mortalidad perinatal sólo hemos obtenido un caso en el grupo control, sin encontrar causa aparente. Sería necesario aumentar el tamaño muestral si quisiéramos hacer un análisis estadístico de las causas de ingresos neonatales y del tipo de patología hipertensiva encontrada, ya que los casos encontrados de forma aislada son escasos.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2003;26: S5-S20.
2. Martínez- Frías ML, Prieto L, Bermejo E, Galla F. Estudio del peso al nacimiento sobre una población de niños sin defectos congénitos. I: curvas de percentiles de peso por edad gestacional. *An Esp Pediatr.* 1990;33: 12-5.
3. ACOG Practice Boletín. Clinical Management Guidelines for Obstetrician– Gynecologist. Number 30, September 2001.
4. Coustan DR, Imarah J: Prophylactic insulin treatment of gestational diabetes reduces the incidence of macrosomía, operative delivery and a birth trauma. *Am J Obstet Gynecol* 150:836-842,1984
5. Caroline A et al. Effect of the Treatment of the Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes. *N Engl J med.* 352:2477-2486, 2005.
6. Langer O et al: Intensified versus convencional management of gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170: 1036-47.
7. Langer O et al: Gestational diabetes: the consequences of not treating. *Am J Obstet Gynecol* 192:989-997, 2005
8. El impacto del control de la glucemia en resultados neonatales de gestaciones únicas complicadas con diabetes gestacional. Gonzalez Quintero VH et al. *Diabetes care* 2007 Mar; 30(3):467-70.
9. Jovanovic L, Bevier W, Peterson CM: The Santa Barbara County Health Care Services Program: birth-weight change concomitant with screening for and treatment of glucose intolerance of pregnancy. *Am J Perinatol.*1997;14: 221-228
10. Estudio de un Hospital de Toronto. Naylor CD et al: cesarean delivery in relation to birth weight and gestational glucose tolerance: pathophysiology or practice style? *J Am Med Assoc* 1996;275: 1165-70
11. Walkinshaw SA. Dietary regulation for "gestational diabetes". *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2):CD000070.
12. Garner P et al: A randomized controlled trial of strict glycemic control and tertiary level obstetric care versus routine obstetric care in the management of gestational diabetes: a pilot study. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177: 190-195 (level I)
13. Persson B, Hanson U. Fetal size and birth in relation to quality of blood glucose control in pregnancies complicated by pregestational diabetes mellitus . *Br J Obstet Gynecol* 103:427-433,1996.
14. Hod et al: Gestational Diabetes Mellitus: is it a clinical entity? *Diabetes Rev* 3:603-613, 1995.
15. Ogata ES: Perinatal Morbidity in offspring of diabetic mothers. *Diabetes Rev* 3: 652-657, 1995
16. Garner PR et al: preeclampsia in diabetic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:505-8).
17. Persson B, Hanson U. Neonatal Morbidities in gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, vol 21,suppl 2. August 1998.

Caso clínico**Citomegalovirus: infección congénita, diagnóstico ecográfico y microbiológico***Citomegalovirus: congenital infection, ecografic and microbiologically diagnose***Freiría Somoza MI, Señarís López A, Pérez-Muñuzuri ME, Rivas Duro JM, Alfonsín Somoza G, Macía Cortiñas M**

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN

Presentación de un caso clínico de infección congénita por CMV, con sospecha ecográfica y confirmación diagnóstica por determinación del genoma viral por PCR en líquido amniótico y serologías maternas compatibles. Se hace una revisión de las actuales recomendaciones en cuanto a su diagnóstico precoz y de los vigentes protocolos de la SEGO.

PALABRAS CLAVE

Infección congénita por CMV, intestino hiperecogénico, calcificación periventricular, diagnóstico por PCR.

SUMMARY

A case of congenital CMV infection, with ecografic suspicion and confirmation diagnoses by determination of the viral genome with PCR in amniotic liquid and serologic test. We do a review of the current recommendations in diagnosis and protocols of the SEGO.

KEY WORDS

CMV congenital infection, hiperecogenic bowel, periventricular calcification, PCR diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La infección primaria por CMV se transmite al feto en casi 40% de los casos y puede causar morbilidad grave¹. Si bien la infección transplacentaria no es universal, es más probable que un feto se afecte en presencia de infección materna durante la primera mitad del embarazo.

La infección congénita sintomática por CMV es un síndrome que incluye bajo peso al nacer, microcefalia, calcificaciones intracraneales, coriorretinitis, retraso mental y motor, déficit neurosensoriales, hepatoesplenomegalia, ictericia, anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica².

En cuanto al diagnóstico prenatal en algunos casos los efectos de la infección fetal se detectan por ultrasonografía, tomografía computarizada o resonancia magnética. Pueden observarse microcefalia, ventriculomegalia o calcificaciones cerebrales. También se han descrito ascitis, hepatomegalia, esplenomegalia, hidropesía, intestino hiperecogico y oligohidramnios. En la actualidad, se utiliza PCR para detectar y cuantificar el DNA vírico en líquido amniótico y sangre fetal. Un cultivo o resultado de PCR negativo en líquido amniótico no siempre descarta la infección fetal.

Recientemente se intenta aumentar la sensibilidad y especificidad de las pruebas de CMV en líquido amniótico para predecir tanto el riesgo de infección fetal como el de recién nacidos sintomáticos.

No hay tratamiento para la infección materna primaria por CMV y tampoco profilaxis o tratamiento fetal.

La incidencia de infección congénita, sintomatología al nacimiento y secuelas severas tras la primoinfección materna es máxima cuando esta ocurre en la primera mitad del embarazo como resume Stagno et als³. *Tabla I*

TABLA I
Incidencia de las secuelas y patología postnatal en primoinfección por CMV. Stagno et als. JAMA 1986

	Semanas de gestación		
	4-22	16-27	23-40
Infecciones congénitas	51%	60%	44%
Síntomas al nacimiento	12%	16%	0%
Problemas severos	29%	0%	0%

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, G2P0A1, con antecedentes familiares y personales sin datos relevantes, a tratamiento con ácido fólico, hierro y yodo. Analítica del primer trimestre: hemograma con 8.900 leucocitos con linfocitosis del 60% y linfocitos reactivos; hemoglobina de 11.6 g/

CORRESPONDENCIA:

MI. Freira Somoza
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela.

dL. VSG normal. Coagulación normal. Bioquímica con GOT de 73 y GPT de 104. Grupo 0 positivo. Serologías de lúes, mononucleosis, hepatitis B y C y VIH negativas; inmune para toxoplasma y rubéola. No se realiza serología de CMV.

Ecografía de la semana 11: feto único; CRL 42mm que se corresponde con 11 semanas y un día; translucencia nucal 0.4; frecuencia cardíaca fetal 157 lpm; placenta anterior; líquido amniótico normal.

Screening de segundo trimestre de bajo riesgo

En el estudio ecográfico de la semana 20 se objetiva: Feto único longitudinal podálica de 20 semanas y 2 días de edad gestacional; DBP 39mm; PC 163mm; PA 150mm; LF 29mm; placenta anterior; líquido amniótico normal; 3 vasos en cordón umbilical; Doppler de cordón normal; frecuencia cardíaca fetal de 146 lpm. Discreta ascitis. Intestino ecogénico. Calcificaciones (al menos dos pequeños nódulos hiperecogénicos compatibles con calcificaciones, localizados periféricamente en el hígado fetal o bien en el peritoneo perihepático). Tamaño cardíaco en el límite alto de la normalidad, sin insuficiencias valvulares demostrables, ductos venoso normal. La afectación multiorgánica sugiere un proceso sistémico, con mayor probabilidad infección, en especial por CMV.

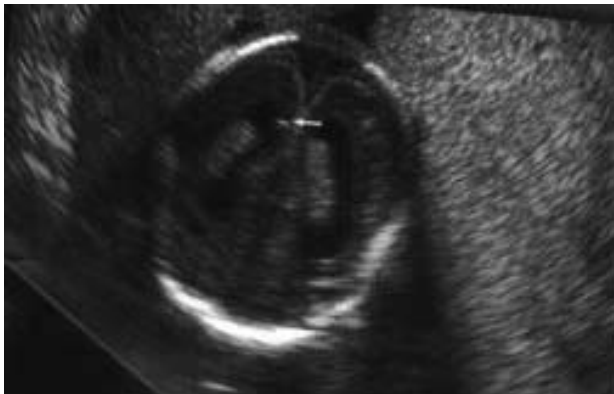


Figura 1. Calcificaciones cerebrales periventriculares.



Figura 2. Hiperecogenicidad intestinal y ascitis.

A raíz de estos hallazgos se intensifica el estudio y se realiza nueva ecografía con amniocentesis y extracción de líquido amniótico para estudio microbiológico de CMV y Toxoplasma. Feto único longitudinal cefálica, hembra; DBP 40mm; DFO 56mm; ABD 46*52mm; LF 32mm; placenta anterior GI; líquido amniótico normal. Gestación estimada en 20 semanas por abdomen y longitud de fémur. Cerebro: tres calcificaciones periventriculares, diámetros ventriculares normales; se visualizan tálamos y cávum. Fosa posterior: diámetro cerebeloso de 16mm, no se visualiza vermis cerebeloso, se ve en comunicación IV ventrículo con sistema magna. III ventrículo de 2.2mm. Columna: íntegra. Tórax y corazón: aparente derrame pleural y cardiomegalia sobre todo a expensas de la aurícula derecha, entrada de vena cava inferior dilatada. Abdomen: calcificación intestinal, hiperecogenicidad intestinal; se visualizan estómago, riñones y vejiga; tres vasos en cordón umbilical. Cara y extremidades: sin hallazgos. Ductus: flujo anterógrado. Figuras 1, 2 y 3.

Resultado de la amniocentesis: 46XX.

Resultado del estudio microbiológico:

- PCR de líquido amniótico: CMV positivo.
- Serología para CMV Ig M positiva.
Ig G positiva.
- Serología para Toxoplasma Ig M negativa.
Ig G positiva.

Confirmado el diagnóstico de infección por CMV con repercusiones morfológicas fetales graves la paciente decide interrumpir voluntariamente el embarazo. En el estudio necrópsico se confirma el diagnóstico de infección congénita multiorgánica por CMV, tanto por parámetros morfológicos (cuerpos de inclusión de CMV) como inmuno histoquímicos así como afectación placentaria.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso en que los hallazgos morfo-ecográficos se constituyen en el punto de partida en la sospecha diagnóstica de una infección neonatal severa por CMV.



Figura 3. Cardiomegalia.

La serología sistemática de CMV en las mujeres embarazadas no se incluye en el momento actual en la mayoría de los protocolos de seguimiento del embarazo (SEGO⁴, SAS, etc) en nuestro medio e incluso algunos lo contraindican (Clínica de Barcelona, Guías clínicas). Las razones para ello son según F.Gary¹: No existe inmunidad permanente efectiva (una IgG positiva no garantiza la ausencia de lesiones fetales); sólo la conversión de un seronegativo en positivo es sinónimo de infección reciente; no hay predicción precisa de las secuelas de la infección primaria; algunos casos de infección fetal se deben a la infección materna por una cepa diferente de CMV; no hay vacuna o tratamiento.

La infección por CMV es asintomática en adultos en aproximadamente en el 90% de los casos presentándose en el 10% restante con un cuadro inespecífico que incluye: un síndrome tipo mononucleosis infecciosa (con fiebre, adenopatías cervicales, faringitis, hepatoesplenomegalia, exantema, aumento de los linfocitos, aparición de linfocitos atípicos y elevación de transaminasas), neumonía atípica, cuadro pseudogripal (fiebre, astenia y artromialgias), etc.

Sí está indicada la realización de serología cuando hay sospecha de primoinfección materna por CMV ya sea en base a parámetros clínicos (inespecíficos), analíticos, epidemiológicos o ecográficos.

La revisión retrospectiva del caso que nos ocupa nos muestra un dato que no fue valorado, linfocitosis con linfocitos reactivos y la elevación moderada de transaminasas, que creemos debe ser tenida en cuenta como marcador indirecto de infecciones víricas de origen diverso, entre las que se incluye el citomegalovirus y que

debieran ser excluidas ante este hallazgo en la mujer embarazada.

Los marcadores ecográficos incluyen alteraciones neurológicas como: ventriculomegalia, hidrocefalia, calcificaciones periventriculares e intraparenquimatosas, microcefalia, hipoplasia de cuerpo calloso, hipoplasia cerebelosa, etc; CIR, ascitis, hidrops, hipercogénica intestinal y hepática, hepatomegalia, cardiomegalia, etc. Estos marcadores solo aparecen en el 10-15% de los casos, carecen de especificidad pero evidentemente suponen la confirmación del daño fetal. La RMN fetal se ha utilizado para confirmar los hallazgos ecográficos y valorar la extensión del daño fetal.

El diagnóstico certeza de afectación fetal se basa en la demostración y cuantificación de DNA vírico en líquido amniótico o sangre fetal (funiculocentesis) pero hemos de considerar que dicha afectación no es superponible con secuelas para lo cual ha de tenerse en cuenta el momento del contacto y los medios de imagen que pueden contribuir a delimitar el grado de afectación.

BIBLIOGRAFÍA

1. F.Gary Cunningham MD, Kenneth J. Leveno MD, Steven L. Bloom MD, John C. Hauth MD, Larry Gilstrap III MD, Katharine D. Wenstrom MD: Infecciones. Obstetricia de Williams. 2005.
2. Mark R Schleiss, MD: Cytomegalovirus Infection. eMedicine. 2008.
3. Stagno et al., JAMA, 1986.
4. Protocolos de la SEGO, última revisión.

Caso clínico

Endometriosis inguinal sin cirugía previa

Inguinal endometriosis without previous surgery

Cornet A, Ferriols E, Rams N, Vanrell C, Bogaña I,

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

RESUMEN

La endometriosis se define como la localización de tejido endometrial ectópico. Su prevalencia estimada entre mujeres en edad fértil está entre el 8 y 15%. Su principal localización es intrapélvica pero existe una proporción pequeña de casos de localización extrapélvica. Se describe un caso incluido en este último grupo y creemos que su rareza debe ser remarcada. Además, expondremos el manejo que debería llevarse a cabo en los casos que planteen un diagnóstico diferencial con la endometriosis extrapélvica.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis, masa inguinal, hernia, endometriosis canal inguinal, tumor inguinal.

SUMMARY

Endometriosis is defined as the localization of ectopic endometrial tissue. Its estimated prevalence among fertile-age women is at 8 and 15%. Its main localization is intrapelvic but it exists a tiny proportion of cases of extraplevic localization. It is described one case included in this last group and we do believe that the rareness of the case must be highlighted. Moreover, we will expose the mangement that should be done in case we found cases that should be at differential diagnosis with extraplevic endometriosis.

KEY WORDS

Endometriosis, groin mass, hernia, inguinal canal endometriosis, inguinal tumor.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la endometriosis es de un 8 a un 15% en mujeres de edad fértil. Su localización más frecuente es intrapélvica pero existe una pequeña proporción de casos de localización extrapélvica. Endometrioma es el término que se utiliza cuando la endometriosis extrapélvica forma una masa discreta¹. Se han diagnosticado casos en todos los órganos excepto corazón y bazo². Dentro de este grupo se sitúa la endometriosis inguinal, que suele estar relacionada con cirugías anteriores abdominales. Su presencia es muy infrecuente, contando con unos cuarenta casos publicados³.

Los síntomas suelen estar relacionados con el tamaño de la lesión, su vascularización y situación.

Descripción del caso clínico

Paciente de 30 años que consulta por tumoración dolorosa a zona inguinal derecha. La paciente no tiene alergias ni hábitos tóxicos, ni patologías previas de interés. Como antecedentes ginecológicos de interés destaca imperforación himeneal. Nulípara. Dismenorrea habitual con ritmo regular y intensidad de menstruación normal. Antiinflamatorios no esteroideos en crisis de dolor abdominal.

La paciente acude al servicio de cirugía general refiriendo tumoración inguinal derecha, de 2 años de evolución. En los últimos meses, presenta incremento del tamaño y dolor perimenstrual en zona de la tumoración.

A la exploración física no se aprecian hernias inguinocrurales ni tumoraciones palpables.

Se solicita resonancia magnética nuclear pélvica, que es informada como normal.

Debido al aumento de tamaño y dolor en períodos perimenstruales, se decide remitir a la paciente al servicio de ginecología, para completar estudio por sospecharse una endometriosis.

Coincidiendo con episodio de dolor, a la exploración se aprecia una masa periinguinal dolorosa, de unos 2 cm, adherida a planos profundos. Se realiza punción-aspiración con aguja fina, con resultado anatomopatológico de escamas de queratina y placas densas de células epiteliales sin atipia destacada, sin poder descartarse quiste epidérmico o de anejo cutáneo. La ecografía ginecológica transvaginal fue normal.

Se propone, entonces, diagnóstico diferencial entre endometriosis, quiste de anejo cutáneo y adenopatía inflamatoria/neoplásica.

CORRESPONDENCIA:

Ariana Cornet Cortada

Av. Pla del Vinyet 9, Bloc D, 3-A

08172 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Móvil: 659 76 00 44

e-mail: aricucut@hotmail.com

Se decide exéresis quirúrgica de la tumoración. La anatomía patológica definitiva corrobora que se trata de un nódulo endometriósico inguinal derecho.

DISCUSIÓN

La endometriosis consiste en la presencia de tejido endometrial extrauterino, circunstancia que afecta a un 8-15% de pacientes en edad fértil. Se halla frecuentemente en la pelvis, aunque también se puede encontrar en otras localizaciones. La localización es extraña en el tejido celular subcutáneo, la pleura, la pared herniaria, el periné o la piel y la localización más frecuente suele ser en cicatrices de cirugías obstétrico-ginecológicas anteriores, como cesáreas anteriores, episiotomías, histerectomías, o en cirugías generales como la apendicectomía³. Aunque esta localización extrapélvica puede aparecer en más del 12% de mujeres con endometriosis, las formas extraperitoneales son poco frecuentes⁴. Están recogidos en la literatura algunos casos de endometriosis extrapélvica, sobretodo en zona umbilical e inguinal, que cursan con una tumoración dolorosa, incluso sin la existencia del antecedente de una cirugía previa.

Los casos se presentan en mujeres de entre 22 y 46 años, con un pico de incidencia entre los 30 y 40 años⁵.

La clínica suele ser dolor catamenial. El bultoma puede también aumentar de tamaño e incluso sangrar cíclicamente coincidiendo con los períodos⁶. También puede empeorar con los esfuerzos físicos, semejando una eventración.

La endometriosis en la ingle derecha suele ser más frecuente, hecho que se puede explicar con diferentes teorías. La primera sugiere presencia de vasos linfáticos desde la cavidad abdominal y pelvis hacia la ingle derecha, aunque las observaciones anatómicas y oncológicas fallan a la hora de soportar esta teoría. La segunda teoría defiende la circulación en sentido de las agujas del reloj del líquido intraperitoneal debido al movimiento diafragmático. Las células endometriales se mantendrían más tiempo en la parte inferior derecha por la fuerza de la gravedad mientras el ligamento redondo izquierdo quedaría en parte protegido por el colon sigmoideo. En el caso de endometriosis pélvica, están afectados por igual el lado derecho como el izquierdo. Estas dos teorías expuestas se aceptan si hay antecedente de endometriosis pélvica o intraperitoneal. En caso contrario, sólo nos queda la teoría de la menstruación retrógrada, que explicaría porque podemos hallar endometriosis en cicatrices pélvicas, o la teoría de la diseminación sistémica (linfática o sanguínea) que explicaría por qué podemos hallar endometriosis en los pulmones⁷. Finalmente, la metaplasma celómica (desarrollo de células pluripotenciales del celoma) explicaría la presencia de endometriosis en pacientes con histerectomía más doble anexectomía que no reciben tratamiento hormonal sustitutivo y en pacientes menopáusicas.

La mayoría de los casos no son explicables por medio de una sola de ellas, sino a través de su aplicación conjunta⁸.

El diagnóstico definitivo es histológico. El nódulo endometriósico se caracteriza por la presencia de los dos componentes del tejido endometrial, las glándulas y la estroma⁵. La ecografía es útil para demostrar la naturaleza quística de la lesión y la resonancia magnética y la tomografía computerizada pueden ayudarnos a valorar la extensión

de la enfermedad y a establecer el diagnóstico diferencial con hernias o eventraciones⁹.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con granulomas, neuroomas, linfadenopatías, abscesos, hernias o eventraciones, neoplasias, hematomas o quistes subcutáneos.

El tratamiento definitivo requiere la exéresis de la lesión con el mínimo derrame para evitar recurrencias y la laparoscopia exploradora deberá ser obligatoria para descartar endometriosis intrapélvica. La supresión hormonal tendría un papel en las pacientes con endometriosis pélvica extensa. El tratamiento médico hormonal incluye anticonceptivos orales, progesterona, análogos de la GnRH y danazol¹⁰. Este suele ser eficaz en endometriomas inferiores a 2 cm. En los casos de grandes masas endometriósicas, la terapia hormonal preoperatoria puede reducir el tamaño de la masa y el defecto quirúrgico, pero la escisión quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección⁹.

CONCLUSIÓN

Aunque su prevalencia es baja, la endometriosis extrapélvica debería ser incluida dentro del diagnóstico diferencial de las tumoraciones inguinales dolorosas que se presentan en pacientes en edad fértil, sobretodo en aquellas que presentan crisis de dolor cíclicas que pueden coincidir con la menstruación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. Dig Dis Sci. 2002 Feb; 47 (2): 456-41.
- 2) Kapan M, Kapan S, Durgun AV, Goksoy E. Inguinal endometriosis. Arch Gynecol Obstet 2005 Jan; 271 (1):76-8.
- 3) Khetan N, Torkington J, Watkin A, Jamison MH, Humphreys WV. Endometriosis: presentation to general surgeons. Ann R Coll Surg Engl 1999 July; 81(4): 255-259.
- 4) Parra PA, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Primary endometriosis of the abdominal wall: an entity to be included in the differential diagnosis of abdominal wall masses. Cir Esp 2006 Jan;79(1):64-6.
- 5) Candiani GB, Vercellini P, Fedel L, et al. Inguinal endometriosis: pathogenic and clinical implications. Obstet Gyneacol 1991;78:191-4.
- 6) Sataloff DM, La Vogna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of the literature. Surgery 1989; 105:109-12.
- 7) Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. Am J Surg 1996; 171:239.
- 8) González FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. Cir Esp 1999;66:265-7.
- 9) Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, Badia JM, Suñol X. Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos. Cir Esp 2001;70:34-7.
- 10) Mashfiqul, Tan YM, Chintana CW. Endometriosis of the inguinal canal mimicking a hernia. Singapore Med J. 2007 Jun; 48(6): e157-9.

Tribuna humanística

La Casa de Mancebía de Salamanca

Hernández Alcántara A, Hernández Sánchez A

Médico Adjunto de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sanitas La Zarzuela. Madrid.

Los historiadores limitan el Renacimiento a los siglos XV y XVI, y en España, desde el reinado de los Reyes Católicos hasta la muerte de Felipe II. Todavía hace pocos años, el historiador Fernández Álvarez publicaba un libro con el título "Felipe II Príncipe del Renacimiento". El Renacimiento (re-nacimiento), término introducido por Michelet en la historiografía moderna, tuvo como motor principal la posibilidad de leer los textos clásicos greco-latinos, no deformados a través de las interpretaciones árabes y escolásticas. El sabio del renacimiento, el "humanista renacentista", es el hombre capaz de leer e interpretar a los autores de la antigüedad clásica, lo que desembocó en un nuevo conocimiento del mundo y del hombre.

Dos acontecimientos fueron decisivos en el desarrollo del renacimiento; por un lado, la invención y el desarrollo de la imprenta y, por otro lado, la llegada a Italia de sabios bizantinos que huían de Constantinopla tras su invasión por los turcos y que eran portadores de códices griegos. Los cambios surgidos en esta primera época de la Edad Moderna afectaron radicalmente al desarrollo del arte, de la ciencia, de las relaciones sociales y naturalmente al desarrollo de la Medicina.

Basta con observar los cuadros de Van Eick o las pinturas de Giotto, el descubrimiento de la perspectiva en la pintura, los desnudos de Boticelli, las madonas de Rafael, los colores de los pintores venecianos Tintoretto y Tiziano, para corroborar este cambio en el arte pictórico en los Países Bajos y, sobre todo, en Italia, cuando la comparamos con la pintura gótica hierática, todavía medieval. Igualmente cambió la ciencia, con los descubrimientos de Copérnico, la Medicina, con los estudios anatómicos de Vesalio, los trabajos de Leoniceo, los tratados de Fracastoro, y de todos los médicos humanistas del renacimiento.

A finales del siglo XV, en 1492, los Reyes Católicos culminaron la epopeya de la reconquista con la toma del Reino de Granada y ese mismo año, Cristóbal Colon descubrió el Nuevo Mundo, acontecimiento que cambió la historia dando paso a la Edad Moderna.

En 1496, en pleno Renacimiento europeo, los médicos renacentistas describieron nuevas enfermedades, y una de ellas adquirió una gran difusión en Europa hasta constituir una epidemia que originó una gran mortandad. Fue denominada "Morbus Gallico", o mal francés, porque se pensó que el origen del nuevo mal había sucedido en Francia. En efecto, las tropas de Enrique VIII rey de Francia que cercaban Nápoles en 1495, tuvieron que levantar el asedio por el gran número de soldados afectados por la nueva pestilencia. No obstante, ya se habían descrito casos parecidos de este nuevo mal, acaecido con anterioridad en Génova. En 1496 aparecieron los primeros escritos sobre la enfermedad en Alemania y pronto se publicaron nuevos tratados en Italia y en España, donde era conocida como "Mal de Buvas".

Pronto se pensó que la nueva pestilencia descrita podía proceder de las nuevas tierras descubiertas por Colon, ya que los habitantes denominados impropriamente indios, presentaban unos cuadros clínicos semejantes a la enfermedad descrita en Europa. En ambos casos, el cuerpo del paciente se cubría de pústulas pestilentes que dañaban al individuo hasta acabar con su vida. La relación entre ambos acontecimientos históricos es mayor puesto que fue de las Indias Occidentales de donde vino la madera de guayaco o Palo Santo, muy útil en el tratamiento de la nueva enfermedad, como puso de manifiesto el alemán von Hutten, autor de un libro publicado en 1515, en el que agradece al Palo Santo su papel curativo, ya que él mismo padeció la enfermedad, y se sirvió de esta planta para su tratamiento.

También a finales del siglo XV, se produce un acontecimiento en Salamanca, si bien de carácter provinciano, posiblemente relacionado con la aparición de esta epidemia, que fue la fundación en la ciudad charra de La Casa de Mancebía, cuya finalidad sin duda era el separar de la población civil, a las mujeres públicas o prostitutas, a las que recogían en este centro. Es posible que no fuera mas que una coincidencia, pero, en general, la casualidad no existe y todo tiene su razón de ser. Es muy posible que las autoridades locales influidas por las alarmantes noticias de la nueva pandemia europea, trataran de establecer ciertas medidas preventivas sobre el nuevo mal, pues pronto conocieron que el modo de transmisión de la enfermedad eran las

CORRESPONDENCIA:

Antonio Hernández Alcántara

C/ Orense 3, 2º D.

Madrid 28020

e-mail: dralcantara2009@hotmail.com

relaciones sexuales mercenarias. Es de suponer la gran alarma social que produciría en la sociedad del siglo XV una epidemia de este tipo. Nos lo figuramos simplemente con recordar la impresión causada en nuestro tiempo por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Quinientos años después de describirse el "Mal Francés", de forma explosiva apareció el SIDA en África, los Estados Unidos y Europa.

Y así sucedió que Don Juan, Príncipe de Asturias y señor y gobernador de Salamanca, hizo Merced en Medina del Campo, el 17 de julio de 1497, a García de Albarrategui, mozo de ballesta de los Reyes Católicos, "del sitio que el Concejo Salmantino señalase para establecer una Casa de Mancebía". Así comienza la narración de este importante acontecimiento para la ciudad del historiador Villar y Macías, en su *Historia de Salamanca*.

Siguiendo el relato hecho por nuestro historiador, el Concejo salmantino reclamó a los Reyes Católicos este privilegio, puesto que el príncipe Don Juan había fallecido el 13 de Mayo de 1498, con lo que la creación de la Casa de Mancebía se había aplazado. Los reyes "concedieron al Concejo la facultad para que anunciando la casa a pregón, la pudiese dar a censo perpetuo siempre que al que le fuese concedida, satisficiera a García de Albarrategui diez mil maravedíes, y al municipio, mil quinientos de censo, obligándose a sí mismo a edificarla en tiempo preciso". Publicada a pregón con las expresadas condiciones y la rebaja de quinientos maravedíes del censo, le fue adjudicada al vecino y regidor de esta ciudad, Don Juan Arias Maldonado. El Concejo sacó la Cédula Real de aprobación que expidieron los Reyes Católicos en Zaragoza el 6 de Octubre de 1498 y el 19 de Noviembre del mismo año y "ante el escribano de número Jerónimo Sánchez de Aguilar, se obligó D. Juan Arias Maldonado a abonar los mil maravedíes del censo", los tercios de fin de Abril, Agosto y Diciembre de cada año". Por todo ello se deduce que se trataba de un privilegio económicamente rentable, ya que el nombrado era un ciudadano distinguido de la ciudad, con apellido muy ilustre.

Pero volvamos al estudio histórico de la nueva enfermedad. Para ello poco tenemos que esforzarnos, pues basta con consultar este capítulo en el volumen de la *Medicina del Renacimiento* de la magna obra de la *Historia de la Medicina* de Pedro Laín Entralgo.

Los primeros escritos dedicados a la nueva enfermedad son de 1496, es decir, aparecen en Alemania cuatro años después del descubrimiento de América, corto espacio de tiempo para que dicha enfermedad hubiera llegado desde las Antillas a Europa, y para que los médicos europeos hubieran tenido tiempo de estudiarla, describirla y publicarla en textos nuevos. Esto nos inclina a pensar que la vía americana no fue la primera en la propagación. Entre los médicos españoles se denominó "Mal de Buvas", pero el nombre más difundido fue "Mal Francés", hasta que Fracastoro en 1515 escribe su tratado titulado "Syphilis sive Morbus Gallico", y la enfermedad pasa a denominarse definitivamente sífilis, en recuerdo de un pobre pastor de la Grecia antigua, que ofendió al dios Apolo y éste, con crueldad extrema, le castigó con esta enfermedad. Fracastoro también describió el modo de tratar la enfermedad, basándose en los relatos mitológicos de la Grecia clásica, describiendo las maravillosas propiedades curativas del mercurio, mediante la fábula de Ilceo, enfermo de sífilis a quien la ninfa de los campos que cultivaba, le llevó al interior de la tierra donde

se forman los metales y allí fue sumergido por tres veces "en un río de plata viva", (de mercurio), y así recobró su salud.

Las primeras descripciones de la nueva enfermedad son hechas por médicos alemanes y entre ellos, Grunpeck en 1496. El italiano Leoniceno publicó su obra en 1497. También hay que destacar la contribución de los médicos renacentistas españoles. El primer nombre que citaremos es el del valenciano Gaspar Torrella que, en 1497, publicó en Roma un "Tractatus de pudendagra seu morbus gallico". Torrella era obispo en Cerdeña nombrado por el papa Borgia. Había abandonado la medicina durante varios años, pero se interesó vivamente por esta enfermedad y escribió su tratado basándose en historias clínicas reales, lo que demuestra su gran sentido clínico. En 1498, Francisco López de Villalobos, médico zamorano que estudió en Salamanca, publicó su libro "Sumario de la Medicina con un tratado sobre las pestíferas buvas". Fue médico de Carlos I y de Felipe II, culto y buen conocedor del ambiente social de su época. Fue contemporáneo de Fernando de Rojas, con el que coincidió durante sus estudios en Salamanca. Otros autores fueron Pedro Pintor, a comienzos del siglo XVI, que publicó un libro con sus estudios y Juan Almena, que escribió un tratado publicado en Venecia en 1502 con gran éxito, pues fue traducido al inglés.

Naturalmente, no se trata de describir la sífilis tal y como la conocemos hoy. Sólo destacar los datos curiosos o poco conocidos de la contribución española al conocimiento de tan terrible plaga.

El origen americano de la sífilis sigue siendo motivo de polémica, que se origina a partir de los informes de los primeros colonizadores del nuevo mundo, en los que se describe una enfermedad padecida por los indios americanos de características clínicas muy parecidas a los que ya se conocían en Europa. Bartolomé de las Casas, que llegó a la Española en 1502, se informó de la antigüedad del mal de buvas en las Antillas y que la enfermedad se transmitía por contagio venéreo; pero ni él, ni otros autores que escribieron sobre el tema, precisaron el momento en que dicho mal se transmitió a España. Lo que es evidente es que la sífilis se describe en Europa, y así se publica en 1496, es decir, cuatro años después del descubrimiento de América y en cuatro años fue reconocida, estudiada y publicada sus características clínicas por médicos alemanes, italianos y españoles. Ello induce a pensar que la enfermedad ya existía en Europa, puesto que Colon regresó de su primer viaje desembarcando en Cascaes, en 1493. Es muy improbable que esta enfermedad se extendiera en tan poco tiempo por toda Europa, comenzando no por España, sino por Francia, afectando a Génova antes y después a Nápoles, en 1495, en el famoso cerco de la ciudad por las tropas de Enrique VIII.

Los autores españoles hacen coincidir la transmisión de la enfermedad a partir del segundo viaje de Colon, que se inicia en 1494, para regresar a España en 1496. Solo en el tratado de Ruiz Diaz de Isla, que ejercía la medicina en Lisboa, concluido antes de 1520, se afirma de modo explícito que la enfermedad llegó a España en 1493, porque el autor había tratado en Barcelona a alguno de los que volvieron de las Antillas contagiados, y que desde allí se extendió a toda Europa. Es importante señalar que este autor apenas es citado en el Tomo IV de la *Historia de la Medicina* de Laín Entralgo, y sin embargo, es ampliamente citado en el *Texto sobre Historia de la Ginecología* y

Obstetricia de los ingleses O'Dowd y Phillipp (1994). Estos autores aceptan la teoría de Ruiz Diaz de Isla, pero también reconocen que dicha enfermedad podría existir con anterioridad en Europa, aunque en formas mas leves y que en los años siguientes al descubrimiento, adquirió una gran virulencia. No obstante, los autores ingleses citados apuntan como primer brote importante de la nueva enfermedad, el que apareció en el sitio de Nápoles en 1495 como ya se ha comentado.

La sífilis alcanzó su máxima virulencia en los primeros cien años desde su aparición. La enfermedad llegó a París en 1496, y a Londres en 1497 (O'Dowd, Phillipp), afirmación mas que dudosa puesto que en 1496 aparecen las primeras publicaciones sobre la enfermedad en Alemania e Italia. Ello demuestra que la polémica sobre el origen americano sigue abierta. Lo más probable es que ambas patologías se potenciaron en el tiempo y en el espacio.

El emperador Maximiliano I en 1495 publicó un escrito contra los "blasfemadores" en el que señalaba, que la sífilis era un castigo divino contra ellos. Por eso recomendaba como tratamiento la oración y el aislamiento. Sin embargo, siguiendo los consejos del italiano Somariva en 1498, se comenzó a utilizar el mercurio como tratamiento y ya entonces se decía "que una noche con Venus era toda una vida con Mercurio". Era útil pero muy toxico. El Emperador y otros gobernantes en otros países europeos, aconsejaban la revisión médica de las mujeres públicas y su expulsión y aislamiento si padecían la enfermedad. Este aislamiento hizo que en muchas ciudades en las que no se pudo expulsar a las prostitutas, éstas fuesen colocadas en barrios o guetos separados de la población civil, costumbre que aún se conserva en algunas ciudades europeas y constituye un motivo de atracción turística.

Esta es posiblemente la razón última de la creación en las diversas ciudades de Castilla de la Casa de Mancebía. Así, tan extravagante institución, se creó en la ciudad del Tormes. Existió la Mancebía en el "arrabal allende la puente", es decir, mas allá de la salida de la ciudad por el puente romano, "en un lugar que dicen los barreros se hace la feria de junio", "feria de botigueros, y en la plazuela donde se alzaba se denominó Campo de la Mancebía y estaba a alguna distancia de la aceña y casi enfrente de ella". Villar y Macías, en su relato histórico, precisa que la Casa de Mancebía estaba en un sitio concreto situado "a la esquina del huerto del mesón de Gonzalo Flores yendo todo derecho hacia arriba hacia el Teso de la Feria en que habrá treinta y cuatro varas dejando diez varas de ancho cabe la esquina, y que tomadas las dichas treinta y cuatro varas siguiese todo por derecho del mojón del mesón de la Iglesia de la Trinidad que estaba cabe la botica, y desde dicho mojón, fese siguiendo por derecho hasta salir y dar en la dicha frontera de la dicha esquina del Huerto de Gonzalo Flores donde primero se comenzó"

Sin embargo hay quien opina que la Casa de Mancebía se situó en la vaguada del barrio de la Palma, lugar donde siempre se alojaron las prostitutas hasta no hace muchos años. Este barrio, llamado "barrio chino", inexistente en la actualidad afortunadamente, estaba rodeado hasta convertirlo en un auténtico gueto, por iglesias tan monumentales como la Clerecía o Colegio del Espíritu Santo (*figuras 1 y 2*), mole barroca de 20.000 metros cuadrados de superficie que lo flanquea por el este. Fue donado por Felipe III y su esposa Margarita de Austria a



Figura 1. Iglesia de la Clerecía o Colegio del Espíritu Santo



Figura 2. Calle de la Compañía

la ciudad de Salamanca, destinado a ser un colegio mayor y que hoy aloja la Universidad Pontificia de esta ciudad.

Por el norte hacen lo propio el convento e iglesia de las Agustinas o de la Purísima Concepción (*figura 3*), Iglesia de estilo vignoliano única en España por su estilo Italianizante. Esta maravilla arquitectónica fue mandada construir por Don Miguel de Fonseca y Zúñiga, Conde de Monterrey, que fue embajador en Roma y Virrey de Nápoles. Desde Italia llegaron los ricos mármoles italianos para el altar mayor y el púlpito de la iglesia, así como pinturas de Lanfranco y otros pintores



Figura 3. Iglesia de la Purísima.



Figura 4. Altar Mayor de la Iglesia de la Purísima



Figura 5. Colegio de Fonseca o de los Nobles Irlandeses

italianos. Sin embargo, la mayor joya pictórica de esta bella iglesia es el cuadro de la Purísima pintado por Ribera, situado en el centro del altar mayor, así como una primorosa Virgen Dolorosa que se encuentra en su parte superior (figura 4). A los lados del altar mayor y situados a gran altura se encuentran las estatuas orantes de los Condes de Monterrey en mármol de Carrara hechos en Italia por Giuliano Finelli y trasladados a Salamanca.

Por el oeste, el barrio del puterío salmantino estaba protegido por la iglesia de San Blas y el Colegio Mayor de Fonseca, también llamado Colegio de los Nobles Irlandeses (figura 5). Completa el cerco por el Norte, la Iglesia de San Francisco, o parte de ella, la que se conserva tras los destrozos ocasionados durante la guerra de la Independencia.

La salida natural de este barrio, por tanto, es hacia el sur, donde discurre el río Tormes. Por ello, no tiene nada de extraño que haya quien opine que el lugar donde se ubicaba la casa de mancebía fuera en el barrio de la Palma. Esta opinión está avalada por una tradición urbana salmantina según la cual, los estudiantes trasladaban a las

prostitutas en barcas hasta el cercano pueblo de Tejares siguiendo el curso del río, y allí permanecían toda la Cuaresma, hasta que llegado el lunes siguiente al lunes de Pascua, los estudiantes volvían a buscarlas en barcas adornadas con ramos, y de ahí la denominación de ramerías dado a estas mujeres. Si las ramerías estaban en el arrabal del puente, no era razonable el viaje en barca hasta Tejares. En cambio si lo es, si estaban asentadas en la vaguada de la Palma, próxima al río. Lo adecuado era acercarse al río y en barcas llegar a Tejares.

No obstante, la razón de la vuelta en barca a la ciudad se debía en realidad a que estas mujeres no podían cruzar el puente romano, porque no habían cumplido el precepto de la comunión pascual, pues estaban en pecado y por ello, les estaba prohibido cruzarlo a pie. De esta manera, se justificaría la vuelta a casa por el río en compañía de los estudiantes. La vuelta de las meretrices se celebraba con una gran fiesta campestre en la Chopera próxima a la ciudad, en la que no faltaba el típico "hornazo" salmantino. En esta fiesta, que aún se celebra en Salamanca, y que se llama fiesta "Del Lunes de aguas", porque casi siempre llueve por esas fechas, las familias salen al campo para merendar el succulento hornazo, que es una torta a modo de empanada rellena de embutidos y huevo cocido y se come regado con buen vino, en lugares como Gargabete, la Aldehuela o en el domicilio si el tiempo no acompaña.

Dejando de lado esta pequeña y poco importante anécdota, lo cierto es que la Casa de Mancebía se rigió por Ordenanzas Municipales del Concejo de la ciudad de Salamanca hasta el año 1570, en el que se hicieron extensivas a toda España las que en 1553 había establecido la ciudad de Sevilla. Villar y Macías parece que en principio no hace referencia escrita de las ordenanzas de Sevilla, y habla de las Ordenanzas del Concejo de Salamanca, aunque realmente, si se analizan sus escritos, las que describen en su libro son las de Sevilla, si bien no lo hace de forma muy detallada como tendremos ocasión de ver.

De estas Ordenanzas, la primera norma se refería al nombramiento

to del “padre de la mancebía”, hecho por los propietarios de la misma y aprobado por el Consistorio, que después, tenía que jurar ante el escribano del Corcejo, que guardaría las ordenanzas expresadas bajo las penas en ellas establecidas.

Al padre de la Mancebía se le recuerda todavía hoy en las fiestas populares de la ciudad de Salamanca. En dichas fiestas, salen en los pasacalles mañaneros los gigantes y cabezudos, y una de estas figuras es el llamado Padre Lucas, que en realidad encarna al padre de la Mancebía y que los muchachos de la ciudad, que corren delante, llaman Padre Putas. Las gigantillas persiguen a los muchachos con largas varas para zurrarles las costillas, si los alcanzan. En el título XXXV del libro V que trata de los “oficios mecánicos en las ordenanzas publicadas por esta ciudad en 1619”, se reproducen ya de forma definitiva las Ordenanzas de Felipe II relativas a las casas de mancebía. Estas instituciones fueron suprimidas por orden de Felipe IV en 1630. Poco tiempo después se incendió el edificio de Salamanca, y de esta forma desapareció esta extraña institución, cuya vida duró poco más de un siglo.

La aparición de la sífilis como enfermedad de transmisión sexual debió hacer pensar a las autoridades municipales y al personal de los elementales servicios sanitarios existentes en la época, de la conveniencia de estas instituciones, con el fin de preservar la salud no solo de las prostitutas, sino también de los ciudadanos.

Sin embargo, no deja de sorprender la creación de una institución con estos fines en la España de los Reyes Católicos, para regular una situación inmoral, y no solo eso, sino que la propiedad de esta institución, fuera otorgada a un individuo como prebenda o merced real. En la Mancebía de Salamanca, otorgada a García de Albarrategui por el Príncipe Don Juan, se indicaba las cantidades que debían abonarle al tal Albarrategui en el caso de que se nombrara a otra persona para hacerse cargo de esta institución. Se trataba de una prebenda y como tal, rentable económicamente para el receptor de tal donación.

La doble moral pública, entonces como ahora y en todos los tiempos, trata de aplicarse con el principio de que el fin justifica los medios, o simplemente se hace procurando el mal menor. También la católica España participó en esta época y durante muchos años en la trata de esclavos negros, para sus colonias. Fray Bartolomé de las Casas, que defendió en sus escritos a los aborígenes americanos, no dijo ni escribió una palabra para defender a los esclavos de raza negra.

Los Padres de la casa pública “no vendan ni den a las dichas mujeres, ni otra persona de dentro o de fuera, de la dicha casa, cosa alguna de comer, bajo pena de seiscientos maravedíes de multa la primera vez y además, seis días de cárcel, doblándose si hay una segunda vez, con dos años de destierro.

En esta normativa, aparecen ciertas medidas higiénicas preventivas. Así, en otra ordenanza se manda que haya un cirujano que visite cada ocho días “y mire a dichas mujeres y las que no hallaren sanas, de cuenta dellas a los Diputados del Consistorio, para que las envíen a los hospitales”.

Según lo dicho, el Padre de la Mancebía, no puede recibir a ninguna mujer que no haya sido visitada por el cirujano “ni consienta mujer enferma”. Estas son las únicas medidas que hoy consideraríamos sanitarias, expuestas en estas ordenanzas Municipales, si bien no se especifica como actuaba el médico o cirujano en estos casos.

En los casos de escándalo público, el Padre debe dar cuenta a los Diputados para que hagan lo que convenga, penalizando estos hechos con penas con multa de mil maravedíes, cuando sucede por primera vez, repartidos como se ha señalado, y treinta días de cárcel, y se dobla la pena para la segunda vez o reincidencia.

También se señala en las Ordenanzas lo que debe pagar la mujer, “por el alquiler de la ropa de cama: dos colchones y una sábana, dos almohadas y una manta, botica, candil, estera y lo demás, siendo el alquiler un real cada día. La tienda de la mancebía guarde lo sobredicho”.

Para la vigilancia del cumplimiento de todas estas normas, el Consistorio nombraba dos Diputados cada cuatro meses y que “sean alternativos y den cuenta de lo que se debe remediar”. Con ello, se pretendía que el cumplimiento de las normas fuera absoluto por parte de los diputados, haciendo todo lo posible para evitar que éstos se pusieran de acuerdo en el incumplimiento de las normas según su conveniencia.

En una ingenua Ordenanza, se señalan los días en que la Mancebía debía permanecer cerrada, y por tanto, las mancebas no podían ejercer su oficio. No nos extrañaría que esta ordenanza no se cumpliera de un modo estricto. Estos días abarcaban toda la Cuaresma, cuarenta días, las cuatro témporas y vigiliias. Esto se justifica por la influencia de la Iglesia en aquellos tiempos. ¿De qué comerían estas mujeres? En estas fechas se mandaba “que no esten las dichas mujeres ganando en dicha mancebía bajo pena de cien azotes”. Ya se ha comentado que las ramera eran trasladadas al pueblo de Tejares durante la Cuaresma y sospechamos que más de un bachiller y otros que no eran estudiantes, harían alguna escapatoria a dicho lugar para furtivos encuentros amorosos.

El afán del municipio de controlar esta institución, llega a extremos tales, que señala que las “dichas mujeres de la mancebía traigan mantillas amarillas cortas sobre las sayas y no otro hábito” bajo pena de trescientos maravedíes. Esto era obligatorio para distinguirse de las demás mujeres de la ciudad. Esta forma de estigmatizarlas, nos recuerda tiempos mas recientes en la Alemania nazi con los judíos. Las mantillas eran amarillas como las estrellas de David que llevaban los judíos, y los picos o mantillas tenían los flecos de color pardo. Por ello se dice todavía “ir de picos pardos” cuando alguien va de jarana nocturna.

También se indicaba claramente que llegada “la hora de Oración (es decir al anochecer), se recojan las dichas mujeres, en la dicha casa y en ella estén toda la noche sin salir a otra parte alguna, bajo pena de cien azotes”. Tampoco el Padre de la Mancebía puede recibir en su casa “a mujeres casadas, ni que tengan a sus padres en la ciudad, ni mulatas, ni para que sirvan en la dicha Mancebía, bajo pena de dos mil maravedíes, más diez días de cárcel”. Todas estas ordenanzas deben estar escritas y publicadas en lugares visibles del edificio, para que todo el mundo las conozca y no pueda alegar su desconocimiento de ellas”. También ordenan que “los criados de los jueces no tengan mujeres en la mancebía bajo pena de cien azotes, y cuatro años de galeras en la primera vez, y si se da una segunda, los azotes se doblan y las galeras son perpétuas”. Y si el juez a “quien sirviere fuera sabedor de ello y lo consintiere, sea privado de oficio Real y pague cien mil maravedíes aplicados a la Cámara, Juez y Denunciador”.

Dado el carácter de las ordenanzas de la ciudad de Sevilla, que se habían hecho universales para Castilla y Aragón a ellas nos vamos a

referir a partir de ahora, si bien no las describiremos con todo detalle, pues sería demasiado largo nuestro relato.

El intento regulador de la prostitución afectó a toda España, como a toda Europa, y fue Felipe II el que obligó a que esta regulación se llevara a cabo con el modelo propuesto por la ciudad de Sevilla, que tuvo sus precedentes en el utilizado en Granada. El 2 de Noviembre de 1538, el Concejo de Granada promulgaba una ordenanza del Padre de la Mancebía, que fue sancionada unos meses después por Carlos I, y que debía aplicarse en toda Castilla y Aragón. La regulación de la mancebía en Carmona, en 1501, es otro de los precedentes de las ordenanzas sevillanas. En estas ordenanzas de Carmona se indica:

- Que las prostitutas deben residir y ejercer su oficio exclusivamente en la mancebía.
- Que solo podían acudir a ella forasteros y los mozos solteros de la villa.
- Estaba prohibido dentro del recinto establecer tabernas y jugar a juegos de azar.
- Las pupilas no debían trabajar los domingos y fiestas de guardar hasta después de que tocase a misa Mayor en la Iglesia de San Pedro.
- El mesonero podía contratar a un hombre armado para que vigilase la puerta.
- Las mujeres debía recibir la ropa de cama necesaria para su trabajo.
- Cada mujer debía pagar al mesonero dieciséis maravedís diarios, en concepto de alojamiento y del uso de platos y escudillas.

Con estos antecedentes, el 7 de Mayo de 1553 fueron aprobadas las primeras ordenanzas dedicadas a regular el funcionamiento de la prostitución urbana, en la ciudad de Sevilla, y estas Ordenanzas fueron después aplicadas en el resto de España.

En estas ordenanzas, en primer término se publican las referidas al nombramiento y funciones del Padre de la Mancebía, ya expuestas mas arriba con todo detalle, y que forman el primer bloque de ordenanzas sevillanas.

En un segundo bloque, se refieren a las propias pupilas de la Casa de Mancebía. Para ser recibidas en ella debían presentarse ante la comisión municipal, para que esta comprobara si la aspirante reunía los requisitos necesarios para su admisión en dicha institución.

Por último, se intentaba regular el funcionamiento de la Mancebía y evitar los escándalos, pendeñcias y muertes.

Es necesario realizar un análisis un poco mas detallado de estas ordenanzas, para comprender la ingenuidad y, al mismo tiempo, la doble moral de los políticos de aquel tiempo, puesto que pretendían justificar un sucio negocio, que después ponían a disposición de algún ciudadano destacado de la ciudad, a quien nombraban propietario, que debía proporcionarle pingues beneficios económicos, explotando a las mujeres públicas o rameras, por proxenetes, funcionarios públicos poco escrupulosos y toda la ralea humana que se mueve alrededor de estos negocios. A pesar de las fuertes sanciones que se fijaban en estas ordenanzas, algunas tan brutales, como los azotes, el destierro o el envío a galeras de forma temporal o a perpetuidad en los casos muy graves, todo nos hace pensar que los incumplimientos y abusos debían ser muy frecuentes.

Citamos una ordenanza orientada a la protección de la mujer pública en la que: “ordenamos y mandamos que porque podría ser que al presente aya algunas mujeres empeñadas e por no tener de que pagar, aunque quieran salir del pecado y recoxerse, y ponerse en buen estado lo pueda hacer libremente, no embargante que deba dineros por cualquier vía o modo que los deba, y que los padres no las puedan compeler a que no salgan del mal oficio y pecado en que están”. Esta normativa iba claramente en defensa de estas mujeres que arrepentidas de su mala vida, querían abandonar la profesión. Pero que duda cabe que también en esta situación podían producirse abusos por ambas partes.

En otra ordenanza se prohíbe expresamente que en las mancebías haya tabernas con bebidas y comidas, para evitar contiendas y peligros. Las pupilas debían comprar la comida fuera de su casa, porque según dice la ordenanza: “si comieran en la mancebía se empeñarían y comerían demasiado, y con el incentivo del mucho comer y beber ofenderían mucho más a nuestro Señor en el dicho pecado”. Aquí observamos la doble moral del regidor y propulsor de estas ordenanzas. En un alarde de ingenuidad, la ordenanza dice “y el tiempo que se ocuparen en ir a buscar la dicha comida dexarían de ofender a Nuestro Señor en dicho pecado”. Tras esta admonición señala la pena de seiscientos maravedís en la primera vez y la pena doblada si hay una segunda falta.

Igualmente se ordena que ninguna mujer permanezca enferma en la mancebía o que la curen o le den medicinas, recomendando a los diputados encargados que sean trasladadas a los hospitales, y señalan las penas impuestas en los casos en que se repita la falta.

En una extensa ordenanza de Sevilla se señala que “se nombre veinte y cuatro y un jurado que sean diputados de en quatro en quatro meses para ver y visitar los dichos padres e se informen si guardan y cumplen lo de yuso contenido y que siempre quede uno de los dichos diputados viejos para el otro que nuevamente se nombre”. No cabe duda que era una sabia medida para mantener el control en semejante institución, y al mismo tiempo, controlar a los funcionarios infieles.

Ya lo hemos comentado antes, pero conviene repetirlo con algo mas de detalle: la norma siguiente dice “ordenamos y mandamos, prohibimos y defendemos que las dichas mujeres de la mancebía no estén ni residan ganando en ninguno de los días de domingos, fiestas, y quaresma y quatro témporas y vigiliias del año, antes mandamos que en los tales días las puertas de la dicha mancebía estén cerradas y que el padre no las abra ni consienta abrir para dicho efecto”. Las penas a aplicar eran cien azotes a la mujer que infringiera la norma y al padre lo mismo, si era consentidor. “Está mandado y prohibido que las mujeres públicas de la mancebía traigan abitos diferentes y señales por donde sean conocidas e diferenciadas de las buenas mujeres, mandamos de aquí adelante que ninguna de las dichas mujeres no puedan traer ni traigan, mantos, ni sombreros, ni guantes, ni pantuflos, como alguna suelen calzar, y solo traigan cubiertas mantillas amarillas cortas sobre las sayas que trajeren”

También prohíben las ordenanzas “alquilar mansiones o palacios a las mujeres de la mancebía, para hacerse pasar por mujeres de más calidad engañándoles (a los hombres) y cobrándoles muchos dineros y producirse muchos escándalos, muertes y disputas” y por ello “manda-

mos que en dando la oración antes que anochezca todas las mujeres se recojan a la dicha mancebía y duerman y pasen toda la noche dentro sin salir a parte alguna". Y termina la ordenanza señalando las penas impuestas para estos casos, seiscientos maravedíes por cada falta.

Mandamos "que el padre de las mujeres no consienta ganar, ni dormir noches ni siestas a ninguna mujer fuera de la dicha mancebía si no fuere a comer o cenar y luego volverse a la dicha mancebía so pena.... de seiscientos maravedíes a repartir la mitad entre el denunciador y la otra mitad para los Propios", que suponemos son los miembros del concejo.

"De las quales dichas ordenanzas pedimos e suplicamos a la dicha ciudad pues su señoría nos cometió que las hiciéramos, que su señoría las mande confirmar e aprobar... se pregonen públicamente en la dicha mancebía..... para que venga a noticia de todos y no alegue en su momento ignorancia". Tales ordenanzas "mandan que se guarden y cumplan en todo.... y no excedan de lo en ellas y en cada una de ellas contenido, so las penas en ellas declaradas".

Concluidos estos comentarios sobre las ordenanzas de Sevilla para al gobierno de la Casa de Mancebía de cada ciudad de provincias de los reinos de Castilla y Aragón y, desde Felipe II, para toda España. Cabe señalar que su interés es muy grande para todo estudioso de la historia y también fuente de inspiración literaria. Es el caso de la reciente publicación del El manuscrito de Piedra, escrita por Luis García Jambrina, en la que el autor fantasea sobre la muerte del príncipe Don Juan, único hijo varón de los Reyes Católicos, que fue Señor y Gobernador de Salamanca, en cuya ciudad murió, según los historiadores, por sus excesos sexuales con su joven esposa, y según el novelista, por un envenenamiento con rejalgal mineral altamente venenoso procedente de las paredes de la Cueva de Salamanca. El envenenamiento, siempre según el re-

lato novelístico fue llevado a cabo por una prostituta de la Casa de la Mancebía salmantina que frotó su cuerpo con una crema hecha con rejalgal. Esta sustancia es extremadamente tóxica y esta composta de arsénico y azufre. Etimológicamente, la palabra rejalgal significa "de la cueva", según el diccionario de la lengua castellana. La prostituta después aparece muerta en una fuente de la ciudad y se consuma de esta manera el diabólico plan para matar al heredero de la Corona. Se trataba de una conspiración política, llevada a cabo por los coaligados que asistían a las reuniones secretas con cierto carácter masónico en la Cueva de Salamanca. Es una historia novelada naturalmente, pero demuestra el interés que en la literatura ha tenido y tiene todo lo referente a esta historia y a la historia de la Cueva de Salamanca.

BIBLIOGRAFÍA

- Casanova y Todolí U. Salamanca. Biografía de una ciudad. Amarú Ediciones Salamanca 2006.
- García Jambrina L. Manuscrito de piedra. Alfabuarea Santillana. Ediciones Generales. Madrid 2008.
- Gómez Moreno M. Catálogo monumental de España. Provincia de Salamanca. Ministerio de educación y Ciencia . Dirección general de Bellas Artes; 1967.
- O'Dowd MJ, Phillipp EE. Historia de la Ginecología y Obstetricia. Edika Med Barcelona, 1995
- Villar y Macías M. Historia de Salamanca. Libro V. Apéndice XIII, 1971.
- Yuste JL. Tradiciones urbanas salmantinas. Diputación Provincial de Salamanca; 1986.

Noticias en Ginecología y Obstetricia

Noticias seleccionadas por el Dr. Haya J.

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

SANIDAD CREA UNA GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA AL PARTO EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha creado un documento de estándares y recomendaciones para las unidades de maternidad hospitalaria en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (SNS), impulsada en 2007 por el Observatorio de Salud de la Mujer.

El texto recuerda que la toma de decisiones informadas sobre el parto por parte de las mujeres es “un derecho y un elemento clave de calidad de la atención”; que es necesario “incorporar a su dimensión familiar a la atención”; y que la información de acogida a la maternidad hospitalaria tiene que incluir una descripción de la evolución del parto con sus diferentes fases y advertencias o consejos especiales durante el embarazo.

Asimismo, emite recomendaciones sobre el consentimiento informado, la información sobre la libre elección de postura en el parto y la analgesia epidural. Además, señala que las usuarias de las maternidades hospitalarias deben tener “un papel activo en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados, y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento”.

“En este sentido, se recomienda que las medidas sean adoptadas, auditadas y publicadas como un informe anual en línea con la mejor práctica y que dicho informe incluya una evaluación de las opiniones de las mujeres y familiares sobre la atención recibida (una encuesta de satisfacción) e informe sobre la revisión regular de la provisión del servicio y sistema de gestión del riesgo”, informó Sanidad.

En cuanto a protocolos y sistemas de seguridad, el documento desarrolla recomendaciones relativas a la actuación para la prevención de la infección neonatal por estreptococo agalactiae grupo B y otras actuaciones en caso de infecciones de transmisión vertical. También recomienda la existencia de un sistema “fiable, inequívoco, universal y único” de identificación de pacientes y recién nacidos.

Además, las maternidades hospitalarias deberán disponer de un manual de organización y funcionamiento que recoja puntos de referencia relativos a niveles de coordinación, recursos sociales disponibles, horario de funcionamiento, equipo multidisciplinar, sesiones docentes y cartera de servicios, entre otros.

La atención hospitalaria al parto en España se articula alrededor del bloque obstétrico. En la inmensa mayoría de los hospitales, el bloque obstétrico está dispuesto en locales -salas de dilatación, paritorios, quirófanos y habitaciones en hospitalización obstétrica- en los que se atiende a las diferentes fases del parto. Los hospitales españoles contaban con 742 paritorios en 2008, 1,6 por cada 1.000 partos.

Dentro de la atención hospitalaria al parto, las unidades de maternidad hospitalaria se definen como una organización de profesionales de la sanidad, que ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al ser recién nacido y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.

En la actualidad, desde el Observatorio de Salud de la Mujer de la Agencia de Calidad del SNS, se imparte formación específica a equipos multidisciplinarios de las comunidades sobre la implementación de estas recomendaciones, que se inscriben en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.

LAS MUJERES OBESAS NO DEBEN AUMENTAR MÁS DE 9 KILOS DURANTE EL EMBARAZO

Las mujeres obesas pueden aumentar sólo una pequeña cantidad de peso cuando están embarazadas y los médicos deberían de ayudarlas más a mantenerse delgadas antes de concebir. Las mujeres que son obesas deberían aumentar unos 5 a 9 kilos durante la gestación, según indicó un panel del American Institute of Medicine y el National Research Council de Estados Unidos, que elaboró nuevas directrices. “Quedó claro que las mujeres más pesadas podrían aumentar menos de peso y aún así dar a luz a un bebé de buen tamaño”, indicó el informe.

Con dos tercios de la población con sobrepeso u obesidad, señaló el panel, está claro que las nuevas guías de embarazo deben apuntar a las mujeres de mayor peso.

“En nuestra población de hoy, las mujeres en edad reproductiva tienen más obesidad grave (8%) que sobrepeso (3%) y su salud a corto y largo plazo se ha vuelto una preocupación, además del tamaño del bebé al nacer”, señala el trabajo.

Las mujeres de peso saludable o que tienen sobrepeso leve pueden aumentar las cantidades estándar recomendadas, dijo la Dra. Kathleen Rasmussen, profesora de nutrición de la Cornell University, de Nueva York (Estados Unidos), quien presidió el comité que elaboró el informe.

Las mujeres saludables de peso normal deberían aumentar entre 11 y 16 kilos durante el embarazo, al igual que recomendaban las guías actualizadas en 1990. Aquellas embarazadas con sobrepeso deberían hacerlo entre 6,8 y 11 kilos.

Las mujeres que aumentan demasiado de peso mientras están embarazadas no sólo se arriesgan a mantener esos kilos de más después de tener a su bebé, sino que además tienen mayores tasas de complicaciones del embarazo, como hipertensión y diabetes gestacional.

“La preeclampsia es unas dos veces más prevalente entre las embarazadas con sobrepeso y unas tres veces más común entre las mujeres obesas que en las de peso normal”, indicó el informe. Esta condición peligrosa puede causar la muerte de la embarazada.

CESÁREAS REITERADAS Y MAYOR TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Las mujeres que optan por la cesárea en lugar del parto vaginal, después de una primera cirugía, son más propensas a tener bebés con tasas más altas de enfermedad respiratoria, hipoglucemia e internación en unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), según ha publicado la revista “Obstetrics and Gynecology”.

“Siguen habiendo controversia sobre si es mejor un primer intento de trabajo de parto o la repetición de una cesárea electiva en embarazadas con partos previos por cesárea”, señaló el equipo de la Dra. Beena D. Kamath, de la University of Colorado (Estados Unidos).

Dado que un intento de parto vaginal fallido aumenta el riesgo de ruptura uterina y de alteración respiratoria fetal, los obstetras a menudo optan por repetir la cesárea.

Para comparar los resultados de la cesárea electiva con los del parto vaginal, el equipo estudió a 672 embarazadas que ya habían tenido por cesárea a un primer hijo a término y sin malformaciones. El estudio se realizó entre el 2005 y el 2008.

Se dividió a las mujeres en cuatro grupos: con una segunda cesárea electiva antes del inicio del trabajo de parto (239 mujeres); con cesárea electiva después del inicio del trabajo de parto (104 mujeres); con parto vaginal satisfactorio después de una primera cesárea (244 mujeres) y con un intento fallido de parto vaginal y segunda cesárea de emergencia (85 mujeres).

Los bebés que nacieron por cesárea tuvieron en general tasas significativamente más altas de internación en UTIN que aquellos que nacieron por parto vaginal después de una primera cesárea en la madre (un 9,3% frente a un 4,9%, respectivamente).

Las segundas cesáreas planificadas estuvieron asociadas con una mayor incidencia de internación en UTIN para el tratamiento de hipoglucemia y administración de oxígeno y apoyo respiratorio.

Los autores opinan que el pico en el nivel de las catecolaminas durante el trabajo de parto quizás es clave en la eliminación del líquido en los pulmones fetales y en el control de los niveles de azúcar en sangre después del parto.

Las mujeres que tuvieron un parto vaginal fallido y necesitaron una cesárea de emergencia fueron las más propensas a tener un bebé que demandó resucitación, mientras que los bebés de las madres con un parto vaginal satisfactorio después de un primer nacimiento por cesárea registraron las tasas más bajas de internación en UTIN, las hospitalizaciones más cortas y la menor incidencia de apoyo respiratorio continuo.

Estos resultados, para el equipo, revelan la necesidad de “una mayor selectividad en la realización de cesáreas y más asesoramiento antes de una cesárea electiva primaria”.

MÁS DEL 30% DE MUJERES ESPAÑOLAS SUFRE TRASTORNOS PREMENSTRALES Y SÓLO LA MITAD RECIBEN TRATAMIENTO

Una de cada tres mujeres españolas mayores de 18 años sufre algún tipo de trastorno los días previos a la menstruación (síndrome premenstrual), pero sólo la mitad reciben un tratamiento para paliar dichos efectos, según los resultados de una encuesta del Centro de Investigación sobre Fitoterapia (INFITO).

Las entrevistadas de entre 18 y 29 años son las que aseguran estar más afectadas por estos síntomas (64%), un porcentaje que disminuye con la edad, aunque no siempre es así, explicó el Dr. Javier Haya, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Ciudad Real y presidente de la Sociedad Española de Ginecología Fitoterápica.

“Es posible que una mujer comience su vida reproductiva sin ningún síntoma pero con el paso del tiempo y las circunstancias ambientales que le rodean empiece a padecer síntomas, que le empiece a doler el pecho, que se encuentre cansada, irritable, depresiva. Ninguna mujer en edad reproductiva está libre de poder sufrir este síndrome”, advirtió.

Uno de los síntomas más frecuentes del síndrome premenstrual son los cambios de humor, aunque muchas mujeres no son conscientes de ello, según el Dr. Haya. Por eso no se tratan y “más que sufrirlo ellas lo sufren las personas que la rodean”, lamentó. Así que recomienda en estos casos “hacer un examen de conciencia” y reflexionar sobre si previamente a la menstruación su humor es igual que en otro punto del ciclo.

Según este experto, entre los tratamientos destaca la eficacia del aceite de onagra, una planta que contiene una serie de sustancias naturales, fundamentalmente ácidos grasos poliinsaturados que a través de complejos mecanismos bioquímicos “consigue aliviar de una manera eficaz y sin riesgos todos los síntomas del síndrome premenstrual”. Por eso, es uno de los “tratamientos más aconsejados a nivel médico” para las mujeres que padecen este tipo de problema, añadió.

De hecho, la cuarta parte de las encuestadas tiene conocimiento acerca de las propiedades del aceite de onagra para combatir los cambios de humor y el malestar general premenstruales, porcentaje que aumenta en el grupo de mujeres de entre 40 y 60 años (31%).

SANIDAD DETECTA UN USO DESIGUAL DE LAS CESÁREAS EN ESPAÑA

La subdirectora general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y directora del Observatorio de la Mujer, Dra. Concha Colomer, señaló que los partos deben ser “menos intervencionistas” con un uso de la tecnología sanitaria “sólo cuando sea estrictamente necesario”, después de haber detectado que las tasas de cesárea en España varían mucho según la comunidad autónoma y el tipo de centro en que se atiende el parto.

Tras su participación en la “1 Jornada técnica de estándares y recomendaciones sobre unidades sanitarias”, celebradas en el Ministerio de Sanidad, la Dra. Colomer destacó que el 23% de los partos en los hospitales públicos se practican por cesárea, mientras que en el ámbito privado la tasa es de más de un 30%.

“Aunque no son estrictamente necesarias estas cesáreas, su uso van aumentando progresivamente”, explicó esta experta, debido al auge de

“una medicina defensiva y por un miedo a que haya problemas si el parto se complica mínimamente”. Por ello, insistió en desarrollar un “protocolo más unificado y común para todos los hospitales” que determine cuándo hay que practicar una cesárea para evitar así “muchas interpretaciones individuales”.

Además, el uso de esta técnica está condicionado por la desinformación de muchas mujeres, que incluso “la prefieren a pesar de que tiene más riesgos que un parto normal”, indicó la Dra. Colomer.

Por ello, el Ministerio trabaja con expertos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y las sociedades de matronas para buscar una solución a estas prácticas ya que el 80% de los partos pueden ser naturales sin la intervención decisiva de los profesionales. “Se recomienda que la tecnología esté disponible pero que no se utilice, ya que es más satisfactorio que el parto vaya a su ritmo y sea menos intervencionista”, manifestó.

Dentro de la estrategia específica de Atención al Parto Normal, aprobada por Sanidad en 2007, “se recomienda que la tecnología esté disponible pero que no se utilice, ya que es más satisfactorio que el parto vaya a su ritmo y sea menos intervencionista”, aseguró.

La Agencia de Calidad del SNS ha presentado un documento de estándares para la maternidad hospitalaria en el que se recomienda que exista la posibilidad de usar distintos tipos de analgesia para disminuir el dolor de distintas maneras, no sólo con epidural.

Del mismo modo, Sanidad recomienda que las unidades de maternidad dispongan de mecanismos para que la mujer pueda elegir la postura en que parir, así como que el parto y el parto se puedan hacer en el mismo lugar, sin estar cambiando de salas o plantas.

“Hay veces que las mujeres son atendidas en una planta y luego pasan a paritorio en otra sala, por lo que se recomienda que esté todo junto y que el centro de la atención sea la mujer para que no se tenga que mover ella sino los profesionales”, observó la Dra. Colomer.

EL ESTRÉS Y LA MATERNIDAD TARDÍA HACEN AUMENTAR EL NÚMERO DE PARTOS PREMATUROS

El estrés y la maternidad tardía son algunos de los factores que influyen en el incremento de partos prematuros, según explicó el jefe de pediatría del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Dr. Eduard Solé.

Lo que más incrementa el estrés y la maternidad tardía, según dijo es el “pequeño prematuro, no tanto el de gran prematuro, de menos de 28 semanas”. Los niños nacidos entre 35 y 38, “son niños de poco problema y aquí sí que se ve un poco la relación con el trabajo, con el estrés, con los embarazos múltiples que en lugar de 38 semanas duran 36”, explicó el Dr. Solé para aclarar que estos factores no influyen tanto en niños muy prematuros.

Los muy prematuros son niños que antes no llegaban a la atención precoz porque se quedaban en el camino y ahora sobreviven, dijo el pediatra. “Antes era impensable que niños de 500 gramos sobrevivieran, niños de 25 semanas de gestación y ahora no sólo sobreviven sino que lo hacen con una vida libre de secuelas”, afirmó.

El Hospital Arnau de Vilanova tiene un 14% de niños prematuros, un porcentaje muy alto, según el Dr. Solé que se explica en que este centro es el de referencia en Lleida. “Todos los niños prematuros de

Lleida y provincia nacen aquí”, afirmó el responsable de pediatría que aclaró que en la región sanitaria de Lleida el porcentaje estaría en el 8%, “una cifra normal”.

ABUSO FÍSICO O SEXUAL EN LA INFANCIA Y MENSTRUACIÓN PRECOZ

Un estudio dirigido por el Slone Epidemiology Center (Estados Unidos) y publicado en “American Journal of Public Health”, señala que las mujeres afroamericanas, cuanto más jóvenes comienzan a menstruar, más probabilidades tienen de haber sufrido abuso sexual infantil. En realidad, este hallazgo sugiere que el abuso sexual infantil podría aumentar las probabilidades de una menstruación precoz.

Los investigadores evaluaron a más de 35.000 mujeres, entre los 21 y 69 años de edad, que participaban en el Black Women's Health Study, y encontraron que el 43% informó sobre abuso físico y el 18%, sobre abuso sexual en la niñez.

El estudio encontró que las mujeres que sufrieron entre uno y tres incidentes de abuso sexual infantil tenían 26% más probabilidades de haber tenido períodos menstruales antes de los doce años, mientras que las que experimentaron cuatro o más incidentes de abuso sexual infantil tenían 34% más probabilidades de haber iniciado la menstruación de manera precoz. Hubo una asociación más débil entre la menstruación precoz y el abuso físico infantil.

Es biológicamente plausible que el abuso sexual infantil pueda influir sobre la edad de la menstruación, afirmó la autora del estudio, Dra. Lauren A. Wise. “Una relación entre el abuso sexual y la menarquía precoz, si es real, podría tener importantes implicaciones de salud pública, porque la menarquía precoz se relaciona con una edad anterior de iniciación en la actividad sexual y embarazo, y es un factor de riesgo para varias afecciones adultas, entre ellas trastornos ginecológicos, enfermedades cardiovasculares y cáncer”, advirtió la Dra. Wise.

LA DIABETES DURANTE EL EMBARAZO AUMENTA RIESGO DE ENFERMEDAD METABÓLICA POSTERIOR EN LA MADRE

Un estudio sobre mujeres con diabetes gestacional (DG) reveló que estas pacientes corren mucho más riesgo de desarrollar la enfermedad metabólica de manera permanente después del parto, según los resultados que publica “Lancet”.

La diabetes gestacional (DG) es una intolerancia a la glucosa que se detecta por primera vez durante el embarazo. Después del parto, el nivel de azúcar en sangre en la mujer suele volver a las cantidades previas a la gestación. Pero en algunos casos, el antecedente implica para las pacientes un riesgo elevado de desarrollar diabetes en el futuro.

En este estudio, investigadores coordinados por el University College London (Reino Unido) analizaron 20 estudios que involucraron a un total de 675.000 mujeres, de las cuales 10.859 desarrollaron diabetes.

Las mujeres con DG eran alrededor de 7,5 veces más propensas a desarrollar diabetes después del embarazo, comparado con aquellas madres con niveles de azúcar en sangre normales durante la gestación, señalaron los autores.

“Esto actuaría como un incentivo para que las mujeres asistan al control recomendado luego del parto”, indicó el equipo.

“Esta asistencia podría ser una oportunidad para brindar consejos sobre la dieta y el ejercicio y tratamientos para demorar o prevenir el surgimiento de diabetes, así como también alertar a esas mujeres sobre los síntomas de diabetes a futuro y advertir a los médicos clínicos, responsables de su atención a largo plazo”, finalizaron los investigadores.

EL 47,9% DE PAREJAS CON UN MIEMBRO ENFERMO DE SIDA CONSIGUEN TENER UN HIJO SANO GRACIAS AL LAVADO SEMINAL

El 47,9% de las parejas serodiscordantes, en las que el portador del VIH era el varón, ha tenido un hijo sano después de someterse a técnicas de fecundación in vitro (FIV) tras un previo lavado de los espermatozoides, según un estudio dirigido por la presidenta de la Fundación IMER y coordinadora del programa de Reproducción Asistida del Hospital La Fe de Valencia, la Dra. Ana Monzó.

Al respecto, destacó que estos datos abren la posibilidad de que las parejas serodiscordantes puedan tener hijos sanos. Así, de las 148 parejas que han protagonizado el estudio, han nacido 71 niños sanos, lo que confirma que la técnica de lavado seminal, combinada con la FIV mediante inyección intracitoplasmática en parejas serodiscordantes es “un procedimiento efectivo, que proporciona tasas de embarazo similares a las de parejas seronegativas, con bajas tasas de aborto y ninguna seroconversión”.

La Dra. Monzó considera que esta es una técnica que da una respuesta segura a “las parejas donde el varón sufre la enfermedad y que demandan opciones seguras para lograr un recién nacido sano y evitar la transmisión de la enfermedad a su pareja”.

En ese sentido, apuntó que el 75% de los portadores de VIH en Europa tienen entre 20 y 40 años de edad y constató que el avance en el tratamiento de la enfermedad ha hecho que el sida sea actualmente una enfermedad crónica con una expectativa de vida para los pacientes similar al de otras enfermedades. Ambas situaciones están provocando la demanda de parejas serodiscordantes de tratamientos, que les permitan tener hijos. Para la Dra. Monzó “esta demanda es especialmente relevante en aquellas parejas donde solo uno de los dos miembros es seropositivo”.

El lavado seminal es una técnica de reproducción asistida en la cual se utilizan procedimientos de laboratorio específicos para descontaminar el semen de los virus de la hepatitis B, C o el VIH y de este modo minimizar el riesgo de transmisión a la mujer o el embrión.

La experta subrayó que de los 316 ciclos de inyecciones en las que se trató a los espermatozoides con esta técnica, realizados en 148 parejas serodiscordantes, se ha conseguido el nacimiento de 71 niños sanos. Es decir sin ninguna mujer, ni ningún recién nacido infectado por el virus del VIH.

En el mismo sentido, la Dra. Monzó explicó que antes de iniciar cualquier proceso reproductivo, las parejas han de ser informadas de forma “clara y completa” de las alternativas disponibles, explicando los beneficios y riesgos asociados a cada una de las posibles técnicas para conseguir un embarazo.

UNA MUJER DA A LUZ A SEXTILLIZOS EN IRLANDA DEL NORTE

Una mujer dio a luz a seis bebés en Belfast (Irlanda del Norte), el primer registro de sextillizos en esta isla, según anunció el Royal Jubilee Maternity Hospital.

Las cuatro niñas y dos niños nacieron 14 semanas prematuramente por medio de cesárea en el citado hospital, en el lapso de cinco minutos, con 30 miembros del personal médico asistiendo el parto.

“No podemos encontrar un registro de un nacimiento de mayor número de bebés. Tuvimos quintillizos hace varios años, pero nunca sextillizos. Creemos que es la primera vez que ocurre en Irlanda”, aseguró una portavoz del hospital.

Los seis bebés, que pesan de 600 gr a un quilo, actualmente se encuentran en cuidados intensivos.

Por otra parte, la madre se ha recuperando sin problemas.

A diferencia de la mujer estadounidense que a principios de este año dio a luz a octillizos en California, como resultado de tratamientos de fertilidad, estos sextillizos fueron concebidos naturalmente, explicó la portavoz del hospital.

AUMENTA, EN EL REINO UNIDO, EL NÚMERO DE NIÑAS INFECTADAS CON ENFERMEDADES SEXUALES

La cantidad de niñas diagnosticadas con infecciones de transmisión sexual (ITS) en el Reino Unido ha aumentado en los últimos años, según estadísticas del Gobierno. El incremento de menores de 16 años diagnosticados con una enfermedad sexual fue del 58%, desde 2.474 en el 2003 a 3.913 en el 2007.

El mayor incremento se produjo en el número de casos de clamidia, que es la ITS más común del mundo, con un 90% de alza en los diagnósticos, pero también se incrementaron los casos de herpes y verrugas genitales.

El Departamento de Salud británico indicó que el aumento en la clamidia se había producido por el establecimiento de un programa de control nacional en el 2003 que había generado un incremento en la cantidad de personas evaluadas.

En julio del 2008, la Health Protection Agency del Reino Unido informó que se había producido un aumento del 6% en la cantidad de casos de ITS en el Reino Unido que esto afectaba desproporcionadamente a los jóvenes.

Una de cada ocho personas de la población tienen entre 18 y 24 años, pero representan cerca de la mitad de todos los nuevos diagnósticos en el Reino Unido, señaló la agencia.

Alrededor de una de cada 10 jóvenes sexualmente activas analizadas por el programa de control de clamidia en Inglaterra en el 2007 tenía la infección, lo que puede generar enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad. También se halló que uno de cada 12 varones tenían esta condición.

CADA AÑO MUEREN UNAS 529.000 MUJERES DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

No hay excusa para que el embarazo y el nacimiento de un hijo sigan causando la muerte de 529.000 mujeres y dejen a 1 millón de niños sin madre cada año en todo el mundo, declaró la esposa del primer ministro

británico Gordon Brown en una reunión de la ONU. Las declaraciones se dieron en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, el congreso anual que lleva a cabo la agencia de Salud de Naciones Unidas. "Cada ministro de salud debería pensar en esto y saber cuál es su plan", dijo Sarah Brown ante los representantes de los 193 estados miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Medidas simples antes, durante y después del parto podrían salvar las vidas de las mujeres y deberían implementarse lo antes posible, indicó Sarah Brown en las oficinas de la ONU en Ginebra.

"Ya no hay más excusa para no intentarlo", señaló, en consonancia con un fuerte discurso del secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, que calificó de "atrocidad" que los países hayan hecho tan poco por mejorar las tasas de supervivencia materna.

"La salud materna es un barómetro clave del funcionamiento del sistema de salud", indicó Ban ante la Asamblea Mundial de la Salud. "En el siglo XXI, ninguna mujer debería tener que dar su vida para dar vida", añadió el jefe de Naciones Unidas.

La mayoría de las muertes maternas se producen en los países en desarrollo y casi todas se deben a cinco causas: hemorragia, infección, aborto inseguro, eclampsia y trabajo de parto obstruido.

La OMS señala que los niños que sobreviven son más propensos a morir en los primeros dos años posteriores a la muerte de sus madres.

En sus comentarios, Sarah Brown instó a los funcionarios a "colocar a las niñas y a las mujeres en el centro de la financiación para fortalecer el sistema de salud". "Debemos encontrar un camino para reconocer a la mortalidad materna como un indicador clave del funcionamiento del sistema de salud", señaló la esposa del primer ministro de Gran Bretaña. Trabajemos juntos para asegurar que la mortalidad materna sea un problema del pasado y no el futuro de nuestros hijos, finalizó.

LOS HIJOS DE MADRES FUMADORAS DURANTE EL EMBARAZO TIENEN UNA MAYOR PROPENSIÓN AL TABAQUISMO PRECOZ

Los hijos de madres que fumaban durante el embarazo y en los primeros años de infancia de los niños podrían estar predispuestos a empezar a fumar de adolescentes o adultos jóvenes, según un estudio del University of Arizona College of Medicine (Estados Unidos). Los resultados del trabajo se hicieron públicos durante la conferencia internacional de la American Thoracic Society, celebrada en San Diego.

Según explicó el Dr. Roni Grad, responsable del estudio, "se sabe que la influencia del tabaquismo materno influye sobre el feto en desarrollo de muchas formas, contribuyendo a un bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y otros problemas de salud después del nacimiento".

Los investigadores utilizaron datos de un estudio respiratorio infantil de Tucson. El tabaquismo infantil durante el embarazo, a los nueve días, al mes y medio y al año y medio se utilizó para evaluar la exposición al tabaco durante el embarazo y al inicio de la vida del niño. El tabaquismo maternal se evaluó a los seis años, los nueve y los 11 años para evaluar la exposición al tabaco en los años escolares del niño. El tabaquismo de estos niños se evaluó cuando tenían 16 y 22 años.

Los investigadores descubrieron que el tabaquismo maternal durante

el embarazo y los años de escuela de los niños se asociaba con que estos hijos se convertirían en fumadores habituales a los 22 años, de forma independiente de si la madre fumaba durante los primeros años de vida del niño en la escuela.

Además, de los niños que habían fumado alguna vez, aquellos cuyas madres lo hicieron durante el embarazo y en los primeros años de la vida infantil eran menos propensos a dejar el hábito que los de madres que nunca habían fumado o habían empezado a hacerlo en los años de escolarización de sus hijos.

Según señala el Dr. Grad, "el tabaquismo durante el embarazo en madres que dejaron de fumar cuando los niños alcanzaron la edad escolar es un factor de riesgo de tabaquismo en estos niños durante los inicios de la vida adulta". Para el investigador los datos sugieren que existe un efecto biológico y que la eliminación del tabaquismo materno durante el embarazo y los años de preescolar del niño reducirían el riesgo de que éste se volviera un fumador habitual en la vida adulta.

"En niños de madres que fumaban durante este período crítico es importante prevenir que experimenten con el tabaco durante los años de su adolescencia", afirmó el Dr. Grad.

MALAS CONDICIONES LABORALES SE ASOCIAN CON PROBLEMAS EN EL EMBARAZO

Las embarazadas con trabajos físicamente importantes y horarios prolongados o irregulares pueden sufrir un alto riesgo de tener un parto prematuro o dar a luz un bebé de bajo peso, según sugirió un nuevo estudio del University College Dublin (Irlanda).

Los autores hallaron que, entre más de 1.000 embarazadas, las que decían tener trabajos con alta demanda física presentaban más riesgo de tener un bebé de bajo peso. El 21% de esas mujeres tuvieron un bebé de bajo peso, a diferencia del 14% de las participantes con menor demanda física en el trabajo, publicó la revista "BJOG".

Además de esas exigencias, el horario prolongado y el trabajo por turnos o temporal estuvieron asociados con parto prematuro o bajo peso al nacer. Las mujeres que trabajaron más de 40 horas por semana o por turnos tenían un alto riesgo de tener un bebé de bajo peso. Las que hacían trabajos temporales, tenían cuatro veces más riesgo de parto prematuro que aquellas con un empleo estable.

El estudio no pudo identificar los motivos de esas relaciones, explicó el equipo de la Dra. Isabelle Niedhammer. En el caso de los empleos temporales, podría ser que ese tipo de trabajo tenga peores condiciones, incluido un mayor estrés.

Por su parte, la investigadora explicó que el trabajo con alta demanda física, como los que exigen levantar peso, transportar cargas pesadas o estar de pie durante mucho tiempo, estuvo asociado con complicaciones del embarazo en estudios previos.

En el nuevo estudio, las mujeres con empleos que no exigían demasiadas habilidades eran más propensas a trabajar por turnos, tener horarios prolongados o tener ocupaciones demandantes físicamente.

El equipo tuvo en cuenta también factores como la educación de las mujeres y sus hábitos, como fumar, y halló que las condiciones laborales parecían afectar el resultado del embarazo, independientemente de los factores socioeconómicos.

Según la Dra. Niedhammer, los resultados indican que las mujeres deberían hablar con sus médicos sobre sus ocupaciones en la primera consulta prenatal y, si es necesario y posible, modificar sus condiciones laborales.

Dado que esas condiciones se pueden modificar, el equipo concluyó que se necesitan más estudios sobre cómo ciertas condiciones pueden afectar la salud de un embarazo.

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RIESGOS EN EMBARAZO

Contrariamente a lo que indicaban estudios previos, la enfermedad periodontal no parece estar relacionada con nacimientos prematuros y otros problemas del embarazo, según señala un artículo publicado en "American Journal of Obstetrics and Gynecology".

"Dado el vínculo teórico sobre la infección o inflamación y muchos resultados adversos del embarazo, es biológicamente plausible que la enfermedad periodontal esté relacionada con problemas en el embarazo", explicó el equipo de la Dra. Sindhu K. Srinivas, del University of Pennsylvania Health System (Estados Unidos).

Estudios previos que observaron que este tema se focalizaban en un único problema del embarazo, indicaron los autores. La investigación actual, en cambio, observó el impacto de la enfermedad de las encías sobre un grupo de problemas relacionados con el embarazo, incluido el nacimiento prematuro, el mal crecimiento fetal, la muerte del recién nacido y la preeclampsia.

Los investigadores estudiaron a mujeres de tres hospitales que tenían entre seis y 20 semanas de gestación. En total participaron a 311 mujeres con enfermedad periodontal y 475 sin esa dolencia.

Los autores hallaron que las mujeres con enfermedad periodontal no corrían más riesgo de desarrollar las complicaciones relacionadas con el embarazo estudiadas. "Aunque la posibilidad biológica y el potencial de tratamiento que podía reducir el parto prematuro y otros resultados adversos eran alentadores, este estudio demuestra que no hay relación entre la enfermedad periodontal y los resultados adversos del embarazo", concluyeron los investigadores.

RECOMIENDAN A LAS MUJERES QUE TOMEN YODO TRES MESES ANTES DE QUEDAR EMBARAZADAS

Los expertos del Grupo Español de Yodo en el Embarazo y el Niño (GEYEN) recomiendan a las mujeres tomar ácido fólico, yodo y vitamina B12 durante tres meses antes del embarazo y, como mínimo, hasta la 12 semana de gestación, momento en el que debería pasarse a la monoterapia con yodo hasta el final de la lactancia.

Esta es una de las conclusiones de la "Jornada de Debate sobre la Prevención durante el Embarazo de las Deficiencias en el Recién Nacido causadas por Déficit Moderado de Yodo", celebrada en Granada.

Asimismo, se acordó desaconsejar el uso de antisépticos yodados en la mujer gestante o lactante, debido "al gran contenido en yodo de estos y la alta toxicidad que pueden producir". Además, respaldaron recomendar el uso de las leches maternizadas "con el más elevado contenido de yodo" y que la mujer en la lactancia tome suficiente yodo "para que el bebé pueda ingerir la cantidad que necesita".

También se rechazó la posibilidad de suplir la necesidad de yodo en el embarazo mediante polivitamínicos por aportar "dosis menores que las obtenidas mediante la alimentación". Indicaron que se trata "de productos caros y no financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS)". "No son medicamentos y por tanto no han demostrado a las autoridades sanitarias sus beneficios", acotaron.

En este sentido, el Grupo GEYEN recomienda sólo la prescripción de fármacos avalados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) para garantizar la dosis adecuada (200-300 microgramos de yodo) sin los riesgos de incremento del aporte vitamínico.

LOS PROBIÓTICOS AYUDAN A EVITAR LA OBESIDAD POSPARTO

Las mujeres embarazadas, que toman suplementos probióticos a partir del primer trimestre de gestación, son menos propensas a desarrollar obesidad central después de haber dado a luz, según reveló un nuevo estudio de la University of Turku (Finlandia). Los resultados del mismo han sido difundidos en el European Congress on Obesity, celebrado en Amsterdam (Holanda).

La obesidad central fue definida como un índice de masa corporal de 30 puntos o más, o una circunferencia de cintura mayor a 80 centímetros.

Un año después del parto, el 25% de las mujeres que recibían probióticos junto con asesoramiento alimenticio tenía obesidad central, comparado con el 43% de las que sólo habían obtenido consejos de alimentación.

"Este es el primer estudio que demuestra que la dieta complementada con probióticos durante el embarazo y la lactancia influye en la adiposidad femenina durante los 12 meses del período posparto", explicó Kirsi Laitinen.

Los hallazgos provienen de un estudio con 256 mujeres embarazadas que recibieron cápsulas probióticas más asesoramiento alimentario, o píldoras placebo sin consejos.

Las cápsulas probióticas, que contenían lactobacillus y bifidobacterium, fueron continuadas hasta seis meses después del parto, cuando las mujeres dejaron de amamantar exclusivamente.

Los porcentajes de mujeres con obesidad central al año eran del 25%, 43% y 40% en los grupos que recibieron, respectivamente, probióticos, sólo asesoramiento alimenticio y ningún consejo ni píldora activa. Los porcentajes correspondientes de grasa corporal fueron del 28%, 29% y 30%, respectivamente.

Laitinen señaló que una limitación del estudio fue "la falta de mediciones iniciales de la circunferencia de cintura, que no fue posible de realizar en las mujeres embarazadas".

El consumo de probióticos "junto con una dieta equilibrada ofrece un método razonablemente económico, práctico, seguro y potencialmente satisfactorio para ser usado con otros factores de estilo de vida en el control de la obesidad", indicó el equipo.

LA DIABETES SUELE AFECTAR LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES

Un tercio de las mujeres con diabetes tipo 1 tiene alguna dificultad sexual, según indica un nuevo estudio coordinado por investigadores de la

Katholieke Universiteit Leuven (Bélgica), que publica "Diabetes Care". Los resultados también sugieren que la depresión es un factor clave relacionado con los problemas en la actividad sexual de estas mujeres. No obstante, a diferencia de lo que se ha mostrado en los hombres, las complicaciones de la diabetes en sí no tienen un impacto importante sobre el bienestar sexual femenino.

El estudio incluyó a 652 mujeres con diabetes tipo 1. Después de 10 años, las participantes completaron un cuestionario sobre función sexual y se sometieron a análisis físicos, una evaluación del estado de ánimo y a pruebas de laboratorio.

El 35% de las mujeres fueron clasificadas como con una disfunción sexual, según reveló el equipo del Dr. Paul Enzlin. Los problemas notificados por esas mujeres incluyeron pérdida de la libido en un 57% de los casos, dificultades con el orgasmo en el 47%, menor excitación en el 38% y dolor en el 21%.

En análisis iniciales, la disfunción sexual se relacionó con la mayor edad, no estar casadas, ser posmenopáusicas, tener problemas circulatorios y depresión. Después de tener en cuenta otras varias condiciones que podían afectar estas asociaciones, sólo la depresión y el estado marital se vinculaban de manera significativa con la disfunción sexual.

Al igual que se realizan un control anual de las complicaciones de la diabetes, "las mujeres con la forma tipo 1 deberían también ser consultadas regularmente sobre la presencia de síntomas depresivos, función y satisfacción sexual", concluyó el equipo del Dr. Enzlin.

EL ASMA PREMENSTRUAL ESTÁ INFRADIAGNOSTICADA Y PUEDE AFECTAR AL 57% DE LAS ASMÁTICAS

El asma premenstrual está infradiagnosticada y puede afectar al 57% de las mujeres asmáticas, según muestran los resultados de un estudio realizado recientemente en mujeres con esta dolencia durante dos y cuatro ciclos menstruales consecutivos, valorando síntomas, medicación y flujo espiratorio máximo, y que concluyó que en casi seis de cada diez mujeres se producía un deterioro del asma en al menos en un ciclo.

La neumóloga de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Dra. Teresa Bazús, señaló que "los mecanismos por los que ocurre esto son desconocidos", y apuntó que a mujer asmática que padezca este tipo de molestias respiratorias perimenstruales no tiene porque temer que ello condicione el desarrollo de su posible embarazo, y tampoco se ha demostrado que la toma de anticonceptivos orales pueda suponer ni un beneficio del asma.

En cuanto a la presencia de una menstruación irregular y el asma, la Dra. Bazús considera que "sería aconsejable seguir investigando el mecanismo del asma durante los ciclos mensuales irregulares para mejorar el tratamiento de la patología y conocer mejor la influencia hormonal en el mismo".

Por otro lado, según muestran los datos de un estudio realizado por la American Lung Association en 2002, la prevalencia del asma entre los chicos fue un 30% superior que entre las chicas. Sin embargo, en el mismo período de tiempo la prevalencia del asma entre mujeres mayores de 18 años fue un 70% superior al de los hombres de la misma edad.

Los expertos señalan que el asma en la mujer tiene más síntomas, precisa más medicación y provoca una peor calidad de vida que los asmá-

ticos varones. En este sentido, la Dra. Bazús aseguró que "las hormonas femeninas pueden ser la clave, como un factor que actúa favoreciendo la inflamación y la hiperreactividad de la vía aérea".

El asma es la enfermedad respiratoria más común y que más complicaciones causa durante el embarazo. En este sentido, La Dra. Bazús aseguró que "un mal control del asma tiene más riesgo para la madre y el feto que tomar diariamente la medicación". Además, un ataque de asma supone un riesgo mayor para el feto debido a la disminución del aporte de oxígeno, es decir, si respira bien la madre respira bien el hijo.

Desgraciadamente estudios publicados en 2006 demuestran que en todas las categorías de asma, incluso las más graves, se disminuye las dosis de corticoides inhalados en el primer trimestre, favoreciendo la aparición de los ataques. El asma en mujeres durante el embarazo, según señaló la Dra. Bazús, debería de ser controlada por los especialistas, cuyo objetivo en el tratamiento de la enfermedad sería que el feto tuviera una adecuada oxigenación y para ello es necesario prevenir la falta de oxígeno en la madre. Según la neumóloga, "para que no surjan complicaciones en la madre ni el feto durante el embarazo es necesario que el asma esté bajo un control total".

SANIDAD AUTORIZA LA VENTA DE LA "PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS" EN LAS FARMACIAS SIN NECESIDAD DE RECETA MÉDICA

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha autorizado la venta de la "píldora del día después" en las farmacias sin necesidad de receta médica y a cualquier persona sin límite de edad, según anunció la titular del ramo, Trinidad Jiménez, en rueda de prensa conjunta con la ministra de Igualdad, Bibiana Aído.

Jiménez señaló que esta medida, cuyo fin es "evitar los embarazos no deseados", será efectiva dentro de tres meses, e insistió en que el Gobierno no quiere que sea "un método anticonceptivo más", pero sí que pretende facilitar el acceso a esta píldora para "situaciones de emergencia". En cualquier caso, negó que se trate de un "método abortivo", porque este medicamento "no es eficaz una vez que existe implantación en el útero".

Según dijo, "con esta decisión se eliminan los obstáculos con lo que se encuentran las mujeres, en particular las más jóvenes para acceder a algunos métodos anticonceptivos". "El objetivo que una mujer que lo necesite en un momento dado lo pueda conseguir sin ningún tipo de traba", resumió.

La titular de Sanidad resaltó que con esta medida, España "se une a la larga lista de países de su entorno, como Francia, Bélgica, Reino Unido, Bélgica, Luxemburgo y recientemente Estados Unidos, donde la anticoncepción hormonal de emergencia es de libre dispensación".

"En España hay un problema que hay que abordar con firmeza y es que este país registra elevadísimas tasas de interrupciones del embarazo entre jóvenes y adolescentes", como demuestra el hecho que en 2007 de los 112.000 abortos registrados, "más de 6.000 se dieron en chicas menores de 18 años", aseveró.

Jiménez insistió en que el Gobierno "no quiere que se convierta en un método anticonceptivo de uso habitual" y argumentó que este hecho no se ha producido en los países que llevan tiempo comercializando el

medicamento sin receta, en donde han disminuido “significativamente las interrupciones voluntarias del embarazo”.

La ministra indicó que la decisión ha sido tomada con la asesoría de un comité de expertos y científicos, quienes han puesto de manifiesto que el consumo de la píldora “no tiene efectos secundarios ni ningún tipo de contraindicación”, aunque “no se puede hacer un uso abusivo de la misma”. Sobre la cuestión de la edad, dijo que “al ser un medicamento que se puede vender libremente sin receta, no se entra a la regulación de edades”.

Además, consideró que “no habrá ningún tipo de problema con el colectivo de farmacéuticos” a la hora de dispensarla en las farmacias y avisó que “una vez que el Gobierno autorice la expedición existe una obligación de tenerla” en las farmacias. Asimismo, cree que “no existe aquí una cuestión relacionada con la objeción de conciencia”.

Jiménez explicó que este medicamento no estará financiado por el Sistema pública de Salud “porque es un método de excepción, de urgencia, de emergencia, para casos muy excepcionales”, aunque precisó que hay ocho autonomías que lo dispensan de forma gratuita en centros de planificación y en centros hospitalarios.

Del mismo modo, apuntó que esta decisión se enmarca dentro de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que “en breve” estará ultimada.

Por su parte, Aído destacó que la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se pondrá en marcha junto con las comunidades autónomas y contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y con las organizaciones sociales.

La titular de Igualdad señaló que la estrategia “se va a establecer con criterios de calidad y de equidad en el Sistema Nacional de Salud y pondrá especial énfasis en colectivos con especiales dificultades como los adolescentes, los jóvenes, las personas con discapacidad y las mujeres extranjeras”.

Aído aseguró que el Gobierno “reconoce el valor social de la maternidad y apoya de manera efectiva la maternidad libremente decidida” y quiere que se produzcan el menor número de embarazos no deseados, “para lo que la nueva ley pondrá el énfasis a la prevención, la información y el acceso a métodos anticonceptivos” Finalmente, apuntó que el Ejecutivo esta “ultimando” el anteproyecto de ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo.

CONSUMO DE CAFEÍNA DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DE LABIO LEPORINO EN EL FUTURO HIJO

Un estudio, coordinado por el Institute of Basic Medical Sciences (Noruega), relaciona el consumo de café u otras sustancias cafeínicas, durante los primeros meses de embarazo, con un riesgo levemente mayor de tener un hijo con labio leporino, aunque estos resultados no deberían generar alarma, según uno de los científicos que realizó la investigación.

“El labio leporino es un resultado realmente poco común”, explicó el Dr. Allen J. Wilcox, coautor del estudio. “Incluso si este hallazgo fuera cierto, supondría un riesgo muy pequeño para una mujer. Pero de hecho no sabemos si realmente es cierto”, agregó el experto.

El equipo de investigadores indicaron en “American Journal of Epidemiology” que en Noruega el labio leporino y el paladar hendido tienen una incidencia relativamente alta, con 2,2 niños nacidos con el defecto por cada 1.000 nacimientos vivos.

El estudio comparó a 573 mujeres que habían dado a luz a bebés con labio leporino con y sin paladar hendido o solamente con paladar hendido, con 763 pacientes cuyos hijos no habían desarrollado problemas faciales.

Comparado con las no bebedoras de café, las mujeres, que consumían hasta tres tazas por día durante los primeros tres meses de embarazo, eran 1,39 veces más propensas a tener un bebé con labio leporino con o sin paladar hendido. En tanto, el riesgo era 1,59 veces mayor entre las participantes que tomaban tres o más tazas de café por día.

Por su parte, el Dr. Wilcox señaló que tener un pariente de primer grado con un problema congénito facial aumentaba el riesgo unas 50 veces.

No se halló relación entre la ingesta de café y el paladar hendido solamente, mientras que las mujeres que tomaban té en realidad tenían menos riesgo de dar a luz un niño con algún problema facial de nacimiento.

“Si hay algo en el café que es culpable del labio leporino en los bebés, no parece ser la cafeína”, manifestó el investigador. Estudiar los efectos del consumo de café es difícil, según el autor, porque su ingesta está relacionada con muchos otros factores. Por ejemplo, las mujeres que beben café son más propensas a fumar y sus dietas son distintas a las de las no bebedoras de café.

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