



Actualización en Obstetricia

Predicción de la preeclampsia en la actualidad.

Gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas con discordancia en la translucencia nuchal aumentada.

¿Complicaciones de la biopsia de vellosidades coriales distintas al aborto?.

Prevalencia, historia natural y resultado clínico de la ventriculomegalia leve o moderada.

Inducción frente a vigilancia expectante en la restricción del crecimiento intrauterino a término: estudio aleatorizado de equivalencia (DIGITAT).

Magnesio para la neuroprotección fetal.

Lactogénesis tras el uso en el posparto temprano del implante anticonceptivo. Un ensayo controlado y aleatorizado.

Actualización en Ginecología

Tabaquismo pasivo y citología anormal en una población predominantemente hispana.

Tratar o no tratar, el dilema de la atipia escamosa de significado incierto (ASC-US).

Efecto de las isoflavonas de soja en la proteína C reactiva circulante en mujeres posmenopáusicas: meta-análisis de ensayos controlados aleatorios.

Puerto único comparado con laparoscopia convencional en la histerectomía vaginal asistida. Ensayo controlado aleatorizado.

Actualización en Oncología Ginecológica

Manejo de los tumores Phyllodes de mama.

Inhibidores de recaptación de serotonina y mortalidad por cáncer de mama en mujeres con tamoxifeno.

El potencial oncogénico de los pólipos endometriales.

Nuevas directrices para la detección precoz de cáncer de ovario.

Actualización en Suelo Pélvico

Factores de riesgo asociados a los desgarros perineales y cervicales graves durante el parto.

Prevalencia y factores de riesgo para la incontinencia anal tras ruptura del esfínter anal.

Actualización en Fertilidad

Efecto de la edad paterna sobre los resultados de reproducción asistida.

El daño local endometrial induce inflamación que promueve la implantación.

¿Aún hay lugar para la microcirugía reconstructiva para la esterilidad tubárica?

Editorial

El parto natural o el mito del buen salvaje en el siglo XXI.

Comité Editorial

Dr. Javier Haya, Dr. Ángel Luengo, Dra. Ana González, Dr. Aurelio Álamos
Dr. Ignacio Zapardiel, Dr. Juan José Escribano, Dr. JM. Bajo

Cuadernos de lectura crítica en Ginecología y Obstetricia

Septiembre 2011

Número 2. Libro 1.

Publicación cuatrimestral

**editorial
SELENE**

Predicción de la preeclampsia en la actualidad.

Abstract.

El objetivo es proporcionar una revisión de los avances en predicción de la preeclampsia subrayando los artículos más importantes y de interés entre los muchos publicados. Se marca una clara distinción entre las formas clínicas precoz y tardía.

La utilidad de los niveles maternos de factores angiogénicos para predecir preeclampsia, (especialmente aquella de inicio precoz) puede verse incrementada si se combinan varios marcadores y si se evalúan los cambios longitudinales entre el primer y el segundo trimestre. Combinar los factores angiogénicos del primer trimestre con la historia materna, la presión arterial media y el Doppler de la arteria uterina obtiene una detección de preeclampsia precoz del 90% con aproximadamente un 10% de falsos positivos (FP). La incorporación de parámetros que reflejen la falta de elasticidad vascular materna y las estrategias contingentes podría resultar en menor número de test que las estrategias concurrentes y una capacidad similar de predicción.

Conclusión.

La preeclampsia es la forma clínica que más contribuye a un resultado adverso materno ó perinatal; combinar múltiples test dentro de modelos multiparamétricos permite la identificación temprana de la mayoría de mujeres que la desarrollarán. Esto posibilitaría emplear los recursos de acuerdo con el riesgo individual y por tanto, de forma más eficiente.

Comentario.

La preeclampsia afecta al 2-3% de los embarazos y es la primera causa de ingreso materno en unidades de cuidados intensivos. Es causa frecuente de prematuridad y muerte neonatal. Existen dos formas de presentación, precoz y tardía, reflejo de una fisiopatología diferente que converge en un síndrome clínico común. Existen múltiples marcadores, todos ellos inútiles empleados de manera aislada:

- Antecedentes maternos. La presencia de un síndrome antifosfolipídico o la historia previa de preeclampsia son los factores de mayor riesgo. Ésta segunda, supone riesgo de mal resultado perinatal incluso en ausencia de preeclampsia en el embarazo actual.

- Hemodinamia materna. La presión arterial media materna a las 11-13 semanas puede señalar riesgo de preeclampsia precoz. Medir gasto cardiaco o hemodinamia cerebral no parece útil. El análisis de la onda de pulso refleja la elasticidad vascular y parece prometedor.
- Marcadores bioquímicos. Los marcadores de cromosopatía individualmente carecen de valor, con una sensibilidad inferior al 25% y 5-20% falsos negativos (FN). Los marcadores angiogénicos son más prometedores: factor de crecimiento placentario (PIGF), tirosin kinasa soluble fms-like (sTlt-1), factor de crecimiento vacular y endoglina soluble (sEng). Combinados alcanzan un 65% de sensibilidad con un 10% FN.
- Doppler. Permite la detección de la preeclampsia de

inicio precoz que se caracteriza por invasión trofoblástica defectuosa e hipoperfusión placentaria. La evaluación del notch en el segundo trimestre tiene una sensibilidad del 48-66% con 13-20% FN. Su realización en el primer trimestre otorga peores resultados: 20-30% sensibilidad con 5% FN.

- Tests combinados. En el segundo trimestre: Doppler + PIGF/sFLT-1/sEng sensibilidad 83-100%, 11-24% FN. Doppler + proteína placentaria 13 (PP13) + β HCG, sensibilidad cercana al 100% con 20% FN. En el primer trimestre: Doppler + PAPP/PP13 otorgan un 70-90% sensibilidad y 5-10% FN. Antecedentes maternos + Doppler + PIGF + sEng, sensibilidad 96,3%.

El momento óptimo del screening también puede resultar controvertido, porque aunque la mayoría de los marcadores son más sensibles en el segundo trimestre, la intervención profiláctica demostrada más útil es la introducción de aspirina antes de las 16 semanas.

Autor del comentario.

Luengo-Tabernero A.

Cita original.

Scazzocchio E, Figueras F. Contemporary prediction of preeclampsia. Curr Opin Obstet Gynecol. 2011; 23(2): 65-71.

Gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas con discordancia en la translucencia nucal aumentada.

Objetivo:

Evaluar los cariotipos y resultados de gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas (MCDA) en la translucencia nucal (TN) aumentada en el primer trimestre y discordante.

Método:

Se analizó la base de datos de ultrasonidos del Brigham & Women's Hospital desde Enero del 2000 hasta Octubre del 2009 para identificar todos los embarazos MCDA en el que uno de los gemelos tuviera $TN \geq 3,5$ mm y el otro gemelo TN normal. Se revisaron los resultados citogenéticos, hallazgos ecográficos y resultados del embarazo.

Resultados:

De 162 gestaciones gemelares MCDA, 11 fueron discordantes para $TN \geq 3,5$. Las anomalías cromosómicas estuvieron presentes en tres casos: en uno de ellos los gemelos fueron concordantes para trisomía 18, en otro fueron discordantes para un mosaico de trisomía 2 y en otro discordantes para mosaicismo placentario confinado (CPM) (tetraploidía de alta frecuencia). Los resultados adversos para los gemelos con cariotipos euploide o desconocido incluyeron uno con secuencia TRAP, otro con discordancia de crecimiento y un caso de atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica.

Conclusiones:

En esta serie de casos, las TN discordantes fueron un marcador

de anomalías cromosómicas así como de complicaciones específicas de gestaciones monocoriales, incluyendo secuencia TRAP, discordancia de líquido amniótico y anomalías estructurales. Sin embargo la anatomía y cariotipo fetal normales fueron los resultados más frecuentes.

Comentario:

Existe poca información disponible sobre la importancia de la TN aumentada en embarazos gemelares. Los datos son aun más escasos con respecto a TN discordante. Existen varias razones para sospechar que la frecuencia y la etiología de la TN aumentada pueden ser diferentes en los gemelos monocoriales en comparación con los fetos de gestaciones únicas. La TN aumentada aparece con mayor frecuencia en gemelos, con una mayor prevalencia en monocoriales frente a bicoriales

Los autores encuentran una discordancia de TN en el 7,4% de las gestaciones gemelares MCDA con asociación a anomalías cromosómicas en el 37% (3/8) de los cariotipos. Este porcentaje puede sobreestimar la verdadera frecuencia de anomalías cromosómicas en gemelos monocoriales con TN aumentada, debido al pequeño tamaño muestral y a la falta de información sobre el cariotipo en tres casos.

En estudios más amplios la frecuencia de TN aumentada (\geq percentil 95) ha demostrado ser significativamente más alta en monocoriales (15%) que en bicoriales (5%) o gestaciones únicas (5%), sin demostrar una mayor frecuencia de anomalías cromosómicas (Monni 2000, Sébire 2000; Zoppi 2009).

La aneuploidía concordante con malformaciones estructurales discordantes en gemelos monocigóticos se ha descrito en casos de trisomía 18 y trisomía 21. Los mecanismos para explicar la evolución fenotípica diferente de la misma anomalía cromosómica en gemelos monocigóticos siguen siendo desconocidos. Por el contrario, los gemelos monocigóticos pueden tener cariotipos discordantes debido a eventos de no disyunción que pueden ocurrir después de la meiosis dando lugar a divergencias cariotípicas en diferentes líneas celulares del blastocisto. Por lo que un gemelar MCDA con TN aumentada discordante requiere el estudio de cariotipo de ambos fetos. Los mosaicismos o los cariotipos discordantes obtenidos mediante biopsia de vellosidades coriales deben ser confirmados por amniocentesis y/o muestra de sangre de cordón.

El aumento de la TN es un factor reconocido de riesgo para las malformaciones estructurales, con mayor frecuencia, defectos cardiacos. Los embarazos gemelares se asocian con un mayor riesgo de anomalía congénita y la mayoría son discordantes en los defectos estructurales, sin tener en cuenta la zigosis (Sperling 2007). En los gemelos monocigóticos se observa una mayor incidencia de anomalías estructurales en comparación con gemelos dicigóticos y fetos únicos.

Las complicaciones específicas de las gestaciones monocoriales incluyen el síndrome de transfusión feto-fetal y la secuencia TRAP y deben ser tenidos en cuenta cuando se identifica un gemelo con TN aumentada.

En esta pequeña serie, la anatomía y cariotipo fetal normal del feto fueron los resultados más comunes, por lo que los autores concluyen que los padres de gemelos MCDA discordantes con TN aumentada deben ser alentados a realizar una completa evaluación antes de considerar la interrupción del embarazo.

Autor del comentario:

González-López A.

Cita original:

Edlow AG, Reiss R, Benson CB, Gerrol P, Wilkins-Haug L. Monochorionic diamniotic twin gestations discordante for markedly enlarged nuchal translucency. *Prenat Diagn* 2011; 31: 299–306

¿Complicaciones de la biopsia de vellosidades coriales distintas al aborto?

Objetivo.

La biopsia de vellosidades coriales (BVC) es el método más efectivo para el diagnóstico precoz de las enfermedades genéticas. El objetivo de esta revisión es aportar datos recientes sobre sus complicaciones.

Hallazgos.

Algunas complicaciones habían sido sobreestimadas en el pasado. Los mejores resultados actuales son debidos al uso de instrumentos más avanzados, al entrenamiento y a la experiencia de los profesionales.

Resumen.

La BVC es el método gold estándar de diagnóstico prenatal de primer trimestre. En los próximos años, con el incremento del uso del screening de primer trimestre para aneuploidías, se espera un incremento en la demandad de BVC. Datos recientes han clarificado algunas controversias pero la asociación entre BVC y complicaciones fetales y obstétricas es todavía poco clara.

Comentario.

La BVC puede ser transcervical (TC) o transabdominal (TA). Las complicaciones asociadas son:

- Sangrado: más común tras la TC. Spotting vaginal en 33% de las mujeres y sangrado importante en menos del 6%. La causa puede ser que en la TC se requieren más inserciones del dispositivo para obtener la biopsia o como consecuencia de un hematoma subcorial en el lugar de la punción (generalmente se resuelve espontáneamente).
- Hemorragia feto-materna: La cantidad de la hemorragia fetal es generalmente pequeña. Mayor riesgo con la TA. Se produce en la mayoría de los casos y se puede cuantificar incluyendo α -fetoproteína, proteína A del plasma asociada al embarazo, células fetales y células libre de DNA en la circulación materna. La isoimmunización Rh ocurre en casos de BVC realizadas en parejas Rh incompatibles, a las que no se ha administrado inmunoglobulina anti-D profiláctica.
- Hemangioma en el recién nacido: tumor endotelial benigno de pequeño tamaño que crece tras el parto. Aunque hay estudios discordantes, se ha sugerido la BVC-TC como factor de riesgo (hasta un 21%). Puede ser debido a 1) embolización de células trofoblásticas, que permanecen inactivas durante la vida fetal y tras el nacimiento proliferan. 2) Hipoperfusión fetal transitoria secundaria al sangrado

en el punto de la biopsia y/o liberación de sustancias vasoactivas desde la placenta que causan vasoconstricción o hemorragia en el feto.

- Trastornos hipertensivos: Los estudios son contradictorios. Incidencia 5,4%. El daño en la placenta induce inflamación y hemorragia focal, reduciendo la perfusión placentaria. Puede haber relación entre el grado de disrupción de la placenta y las complicaciones hipertensivas maternas. Evidencias indirectas niegan dicha asociación (no se encuentran diferencias en la pulsatilidad de las arterias uterinas antes y después de realizar la BVC).
- Infección: la infección intrauterina y la sépsis son excepcionales (0-0.6%), así como la perforación intestinal con peritonitis posterior. La bacteriemia transitoria ocurre en el 1.8% (4.1% tras TC). *Clostridium perfringens* y *Escherichia coli* fueron los patógenos más comunes en los casos de sépsis. El tiempo de incubación es corto, con síntomas antes de 24 horas. La contaminación ocurre por infección ascendente, inoculación directa de gérmenes intestinales o por deficiente esterilización del equipo.
- Reducción de extremidades e hipogenesia oromandibular: incidencia de 3-7/10000 nacimientos. Se debe a un daño en las arterias terminales de la placenta y a la reacción local inmunitaria producida por la transfusión materno-fetal seguida de apoptosis. El 50% son defectos transversales (ausencia de estructuras distales) y el 50% de éstos son digitales. La edad gestacional es la variable más importante: el peor momento es el periodo de morfogénesis de extremidades (hasta la semana 9), en la que el riesgo es 15 veces mayor. Estudios recientes sugieren que entre las 10-13 semanas no se incrementa el riesgo. Estratificado por edad, se encontró una incidencia de 11.7, 4.9, 3.8, 3.4 y 2.3/10000 BVC realizadas en las semanas 8, 9, 10, 11 y más de 12, respectivamente.

Autor del comentario.

Zornoza García V.

Cita original.

Farina A. Nonabortal pregnancy complications of chorionic villous sampling. *Curr Opin in Obstet Gynecol*, 2011; 23: 129-134.

Prevalencia, historia natural y resultado clínico de la ventriculomegalia leve o moderada.

Objetivo.

Estimar la prevalencia, la progresión clínica, la asociación con otras anomalías y los resultados en los fetos diagnosticados de ventriculomegalia, leve o moderada, en las semanas 18-24 de embarazo.

Método.

Estudio prospectivo de base poblacional en el norte de Inglaterra. Los datos fueron extraídos de la U.K. Northern Congenital Abnormality Survey, de aquellos casos identificados entre 1994

y 2008. Las anomalías adicionales se clasificaron de acuerdo a las European Surveillance of Congenital Anomalies guidelines. Se examinaron las diferencias entre las ventriculomegalia aislada y no aislada.

Resultados.

Hubo 355 casos confirmados de ventriculomegalia leve o moderada en gestaciones únicas de 18-24 semanas entre los 454.080 nacimientos registrados. Prevalencia de 7,8 por cada 10.000 nacimientos. No hubo cambios en la prevalencia a lo largo del tiempo ($p=0,84$). El porcentaje de anomalías cromosómicas en casos de ventriculomegalia aislada fue del 10,2% (IC 95%: 6,1-16,0) y del 4,5% para trisomía 21. Se identificaron otras anomalías estructurales adicionales en el 43,1% de los casos. En un 10,7% se encontraron anomalías postparto previamente no detectadas.

En los casos de ventriculomegalia aislada, el 61,9% se resolvió durante el seguimiento prenatal (la mayoría alrededor de las 24 semanas de gestación).

La probabilidad de muerte infantil por ventriculomegalia aislada fue del 3% (IC 95% 0,8 -7,6).

Conclusiones.

Este estudio proporciona datos epidemiológicos únicos sobre la ventriculomegalia leve y moderada. La información obtenida debería ayudar a asesorar a los padres.

Comentario.

El tamaño del atrio ventricular es constante después de las 15 semanas de gestación. El diagnóstico prenatal de una ventriculomegalia grave y/o asociada a otras anomalías tiene un mal pronóstico, con una alta incidencia de morbilidad posterior.

El pronóstico de una ventriculomegalia leve (10-12 mm) o moderada (13-15 mm) es menos claro. Hay evidencia de que el resultado es mejor cuando el atrio es de 10-12 mm y cuando la ventriculomegalia se resuelve antes del nacimiento. Los datos actuales confirman un predominio masculino entre los fetos diagnosticados de ventriculomegalia leve.

La actitud general incluye serología para toxoplasma y citomegalovirus. Puede ser útil el estudio de cariotipo; la proporción de aneuploidía en casos de ventriculomegalia es del 14,1%. La trisomía 21 es la alteración más frecuente.

Es importante el examen ecográfico y/o con resonancia nuclear magnética, en busca de otras anomalías estructurales. En el presente estudio se identificaron prenatalmente 113 casos con otras anomalías estructurales (la mayoría espina bífida y agenesia del cuerpo calloso), incluso con en cariotipo euploide. Esto es más frecuente a mayor ventriculomegalia.

Otros estudios han informado que en el 10-13% de los casos de ventriculomegalia aislada se diagnostican otras anomalías asociadas después del nacimiento. Tanto la presencia de marcadores ecográficos como la progresión de la ventriculomegalia pueden predecir la existencia de estas anomalías "no reconocidas" en la fase prenatal. Debe por tanto hacerse un especial esfuerzo diagnóstico en estos casos.

Autor del comentario.

González-López A.

Cita original.

Sethna F, Tennant PW, Rankin J, C Robson S. Prevalence, natural history, and clinical outcome of mild to moderate ventriculomegaly. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(4): 867-76.

Inducción frente a vigilancia expectante en la restricción del crecimiento intrauterino a término: estudio aleatorizado de equivalencia (DIGITAT)

Objetivo:

Comparar el efecto de inducción del parto con una política de vigilancia expectante para la restricción del crecimiento intrauterino a término.

Método:

Diseño multicéntrico aleatorizado de equivalencia (the Disproportionate Intrauterine Growth Intervention Trial At Term (DIGITAT)) en el que participaron 8 hospitales académicos y 44 hospitales no académicos de Holanda, entre Noviembre de 2004 y Noviembre de 2008. Las participantes eran mujeres gestantes con un embarazo único, en cefálica, de más de 36 semanas de gestación y con "sospecha de restricción del crecimiento intrauterino". Las intervenciones fueron inducción del trabajo de parto vs vigilancia expectante.

El objetivo primario fue la medida de resultado neonatal adverso, definido como la muerte antes del alta hospitalaria, Apgar a los cinco minutos inferior a 7, pH de la arteria umbilical inferior a 7,05 ó la admisión en la unidad de cuidados intensivos. El parto quirúrgico (parto vaginal instrumental o cesárea) fue un objetivo secundario. El análisis fue por intención de tratar.

Resultados:

321 mujeres embarazadas fueron asignadas aleatoriamente a inducción y 329 a la vigilancia expectante. En el grupo de inducción los niños nacieron 10 días antes (diferencia media de -9,9 días, IC 95%: -11,3 a -8,6) y pesaron 130 g menos que los recién nacidos en el grupo de vigilancia expectante (IC -188 g -71 g). Un total de 17 niños (5,3%) en el grupo de inducción experimentaron un resultado neonatal adverso en comparación con 20 (6,1%) en el grupo de vigilancia expectante (diferencia de -0,8%, IC -4,3% a 3,2%). Las cesáreas se realizaron en 45 madres (14,0%) en el grupo de inducción y 45 (13,7%) en el grupo de vigilancia expectante (diferencia de 0,3%, IC -5,0% a 5,6%). El número de partos instrumentales fue comparable entre los grupos, 8,4% en el grupo de inducción y 8,2% en el grupo expectante.

Conclusiones:

En las mujeres con sospecha de crecimiento intrauterino restringido a término, no se encontraron diferencias importantes en los resultados adversos entre la inducción de parto y la conducta expectante. Las pacientes que están dispuestas a la no intervención pueden elegir con seguridad un seguimiento expectante con vigilancia intensiva materna y fetal, sin embargo, es racional elegir la inducción para prevenir la morbilidad neonatal y posible muerte del feto.

Trial registration International Standard Randomised Controlled Trial number ISRCTN10363217.

Comentario:

El crecimiento intrauterino retardado (CIR) se asocia con mayor morbilidad perinatal (hipoglucemia, convulsiones, problemas de comportamiento, parálisis cerebral, enfermedad cardiovascular) y mayor mortalidad, por lo que los obstetras a menudo inducen el parto en este caso. Sin embargo, la inducción no parece mostrar reducción a corto plazo de los resultados adversos neonatales. La inducción puede aumentar las intervenciones obstétricas e incluso causar morbilidad neonatal si se realiza antes de las 39 semanas, por ello, la conducta expectante con monitorización fetal es una estrategia comúnmente aceptada. Comparar ambas conductas fue el objetivo del estudio DIGITAT.

La sospecha de CIR fue definida como circunferencia abdominal fetal por debajo del percentil 10, peso fetal estimado por debajo del percentil 10, aplanamiento de la curva de crecimiento en el tercer trimestre (según juicio del médico) o la presencia de los tres factores. Se incluyeron tanto fetos con alteraciones del Doppler como fetos con mediciones normales de la velocidad de flujo. Se excluyeron los fetos con disminución o ausencia de movimientos y a aquellos con trazados anormales de la frecuencia cardíaca.

Este estudio aleatorizado y de gran tamaño demuestra que una política de inducción del parto no afecta, ni a la tasa de resultados adversos neonatales, ni las tasas de parto instrumental o cesárea, a diferencia de anteriores estudios observacionales que sugieren que la inducción se asocia con un aumento de las intervenciones obstétricas, sin demostrar beneficio neonatal.

Dentro de las limitaciones del estudio destaca que no se utilizaron curvas de percentil de peso en todos los casos (su utilización podría haber identificado a los fetos en riesgo).

Los resultados neonatales relativamente favorables en los dos grupos de estudio podría reflejar el hecho de que los participantes y los médicos estuvieron más atentos a las posibles complicaciones (efecto Hawthorne). El seguimiento y supervisión se intensificó respecto a la práctica ordinaria en Holanda, por lo tanto los resultados neonatales podrían haber sido sesgados debido a la configuración de estudio y deben extrapolarse con cautela especialmente cuando no se puede ofrecer dicho seguimiento

Autor del comentario:

González-López A.

Cita original:

Boers et al. Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT). *BMJ.* 2010 Dec 21;341

Magnesio para la neuroprotección fetal.

Abstract.

La evidencia actual disponible sugiere que el sulfato de magnesio reduce el riesgo de parálisis cerebral cuando se administra a las madres antes de un parto pretérmino.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal establecen que son los

médicos los que deben decidir administrar sulfato de magnesio para la neuroprotección y deben hacerlo de acuerdo con alguno de los mayores estudios randomizados.

Debido a la heterogeneidad en la metodología, muchos clínicos pueden encontrar difícil seguir un protocolo terapéutico que se adhiera a la literatura disponible.

Este artículo pretende presentar un abordaje razonable que identifica a las pacientes para el tratamiento con sulfato de magnesio. Se muestra un algoritmo compatible con el retratamiento y la tocolisis concomitante.

Comentario.

Diversos estudios han evidenciado que el sulfato de magnesio reduce de forma significativa la parálisis cerebral cuando se emplea de forma antenatal en fetos menores de 32 semanas. El ACOG y la Sociedad de medicina materno-fetal establecieron en 2010 una recomendación conjunta, no existen sin embargo guías clínicas específicas, ni en EEUU, ni en nuestro medio.

Los autores presentan el siguiente protocolo:

Criterios de inicio del tratamiento:

- Edad gestacional de 23 a 31+6 semanas (ó 24 a 31+6 semanas, según el criterio de reanimación neonatal del centro).
- Parto pretérmino con modificación cervical con sospecha de parto antes de 12 horas.
- Rotura prematura de membranas.
- Diagnóstico de incompetencia cervical con sospecha de parto antes de 12 horas.
- Parto programado por indicación médica que pueda demorarse hasta completar tratamiento con sulfato de magnesio.

Criterios de exclusión:

- Muerte fetal intraútero/malformación incompatible con la vida.
- Contraindicación materna para el sulfato de magnesio (insuficiencia renal, enfermedad pulmonar grave...).

Tratamiento.

Dosis de carga de 6g IV a pasar en 20-30 minutos. Después, infusión de 2g/h hasta el parto o hasta un máximo de 12h.

Recidiva. El tratamiento se reiniciará en aquellas pacientes en las que se sospecha parto antes de doce horas. En pacientes en las que el tratamiento finalizó hace menos de 6 horas se reiniciará la pauta de 2g/h, hasta el parto o hasta un total de 12 horas. En las pacientes con más de 6 horas sin tratamiento se dará de nuevo una dosis de carga de 6g antes del tratamiento de mantenimiento.

Las altas dosis de sulfato de magnesio (por encima de 48g totales) se asocian con mortalidad neonatal, lo que se alcanza si se mantiene el tratamiento más allá de 48 horas.

Autor del comentario.

Luengo-Tabernero A.

Cita original.

Reeves SA, Gibbs RS, Clark SL. Magnesium for fetal neuroprotection. Am J Obstet Gynecol. 2011; 204(3): 202.

Lactogénesis tras el uso en el posparto temprano del implante anticonceptivo. Un ensayo controlado y aleatorizado.

Objetivo:

Evaluar la lactogénesis después de la inserción del implante anticonceptivo de etonogestrel en el posparto temprano.

Método:

Las mujeres sanas con un periparto saludable y un recién nacido a término, que desearon el implante anticonceptivo de etonogestrel fueron asignadas aleatoriamente en el posparto a inserción temprana (1-3 días) o estándar (4-8 semanas). Los resultados principales, el tiempo hasta la etapa II de la lactogénesis y el fracaso de la lactancia, fueron documentados mediante una medida validada. Los datos secundarios (continuación de uso del anticonceptivo, el análisis de la leche materna, las tasas de suplementación, efectos secundarios, y los patrones de sangrado) se recogieron en intervalos periódicos de 6 meses.

Resultados:

Sesenta y nueve mujeres fueron incluidas. Treinta y cinco fueron asignadas al azar a la inserción temprana y 34 a la inserción estándar. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en edad, raza, paridad, modo de parto, uso de la anestesia o experiencia previa de lactancia materna. La inserción temprana demostró ser no inferior a la inserción estándar, en tiempo de la etapa II de lactogénesis II (retraso de más de 8 horas) (temprana: [media \pm desviación estándar] 64,3 \pm 19,6 horas; estándar: 65,2 \pm 18,5 h, diferencia de medias, 1,4 horas, IC 95% 7,7 a 10,6 h). La inserción temprana se demostró no ser inferior a la inserción estándar en la incidencia de fracaso de la lactancia (3% en el grupo de la inserción temprana, 0% en el grupo de inserción estándar (diferencia de riesgo 0,03, IC 95% 0,02 a 0,08). El uso de fórmulas suplementadas no fue significativamente diferente entre los grupos. La composición de la leche a las 6 semanas, no fue significativamente diferente entre los grupos.

Conclusiones:

Los resultados de la lactancia materna fueron similares en las mujeres que se sometieron a la inserción temprana en comparación con la inserción normal del implante de etonogestrel.

Comentario:

Numerosos estudios han encontrado que el inicio de los anticonceptivos con sólo gestágenos después de 6 semanas postparto es seguro, tanto para la lactancia materna, como para el recién nacido y la madre, por lo que su práctica es recomendada desde la Organización Mundial de la Salud y la International Planned Parenthood Foundation. El inicio de dichos anticonceptivos antes de las 4 semanas ha sido menos estudiado. En las mujeres que no amamantan, la seguridad de los progestágenos en el período postparto temprano está bien establecida.

La administración de un anticonceptivo de acción prolongada y reversible en el hospital después del parto es ideal: no hay posibilidad de embarazo, la motivación para la anticoncepción es alta, no se

necesita una nueva visita y no interfiere con la capacidad de lactancia. El implante de etonogestrel ofrece la eficacia anticonceptiva con un excelente perfil de seguridad de hasta 3 años y con un rápido retorno de la fertilidad tras la retirada.

Este es uno de los pocos estudios publicados que evalúan los efectos de la anticoncepción hormonal en la lactancia materna temprana y uno de los pocos que utiliza el implante de etonogestrel. El diseño del estudio, aleatorizado y controlado, ofrece un nivel de evidencia I. En cuanto a las limitaciones el estudio no es ciego y el tamaño reducido, con muestra probablemente no representativa de la población general y además se limita a aquellas mujeres que tienen embarazos a término con pocas complicaciones. Se necesitan estudios adicionales en diversas poblaciones y otras situaciones como parto prematuro, complicaciones graves durante el embarazo o con hijos con problemas médicos; a fin de confirmar estos resultados, así como el seguimiento a largo plazo en los recién nacidos expuestos.

Autor del comentario:

González-López A.

Cita original:

Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(5): 1114-21.

Tabaquismo pasivo y citología anormal en una población predominantemente hispana.

Abstract.

Se busca evaluar la asociación entre el tabaquismo pasivo y la alteración citológica en una población estadounidense de predominio hispano.

Se incluyen 4403 mujeres (73% de origen hispano y 27% no hispanas) entre 18 y 55 años (media 30,14 años). Se realizó análisis de la varianza y regresión logística múltiple para determinar la asociación entre el tabaquismo pasivo y Papanicolaou.

La exposición pasiva al humo del tabaco se asoció con una citología anormal (OR 1,7 con un IC al 95% 1,14-2,52). También hubo asociación entre citología anormal y tabaquismo activo (OR 1,45 con un IC al 95% 1,03-2,04). Estas relaciones no se modificaron por etnia o con el aumento de horas a la semana de exposición pasiva.

El tabaquismo pasivo se asoció con la lesión de bajo grado ($p < 0,05$).

Conclusión.

La exposición pasiva al tabaco es un factor de riesgo independiente para la anormalidad citológica en mujeres hispanas y no hispanas. Este estudio se añade al creciente cuerpo de evidencia sobre los peligros del tabaquismo pasivo.

Comentario.

La asociación entre el tabaquismo con el cáncer de cérvix y con la displasia de alto grado es bien conocida. Varios estudios previos

han señalado así mismo una asociación con el tabaquismo pasivo. Este estudio se centra en la población hispana, que en los EEUU tiene una alta incidencia de cáncer cervical.

A pesar de no existir diferencias en la proporción de citologías anormales; en el presente estudio se observa que la población hispana tiene menos conductas de riesgo comparada con la no hispana: mayor edad en el primer contacto sexual, menos parejas, menos enfermedades de transmisión sexual (ETS) y menos tabaquismo activo o pasivo. En el estudio el 15,7% de las pacientes fuma de forma activa un 64,4% de forma pasiva y llama la atención, que un 20,1% de las pacientes refería antecedente de ETS.

Se identifican como factores de riesgo significativos para una citología anormal: ser soltera, un nivel bajo de ingresos, una menor edad y un mayor número de embarazos y partos.

El tabaquismo pasivo se asocia, independientemente de la cuantía de la exposición, con displasia leve y como previamente otros estudios han demostrado asociación, con displasia grave.

A pesar de que las campañas contra el tabaco que han disminuido la incidencia en el uso del mismo, la educación sanitaria en cada paciente con displasia cervical es fundamental, así como el asesoramiento sobre los factores de riesgo y sobre las medidas que favorecen la curación.

Autor del comentario.

Luengo-Tabernero A.

Cita original.

Ward KK, Berenson AB, Breitkopf CR. Passive smoke exposure and abnormal cervical cytology in a predominantly Hispanic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Mar; 204(3): 213.

Tratar o no tratar; el dilema clínico de la atipia escamosa de significado incierto (ASC-US).

Objetivo.

El control de pacientes con dos resultados consecutivos de citología con atipia escamosa de significado incierto (ASC-US) sigue siendo un dilema clínico. Se describen y comparan dos planes de seguimiento colposcópico, un tratamiento agresivo vs uno menos agresivo, para determinar cual es preferible.

Diseño.

Estudio retrospectivo de cohortes con un seguimiento de 10 años. Se realizó un estudio en dos hospitales holandeses incluyendo a todas las mujeres remitidas para colposcopia primaria tras dos resultados consecutivos de ASC-US (n=230) a cualquiera de ambos centros.

Material y Método: en uno de los hospitales se realizaba resección con asa de diatermia a toda anormalidad colposcópica, incluso sin sospecha de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) (estrategia agresiva n=118). En el otro hospital se siguió una política conservadora cuando la sospecha era de lesión de bajo grado (estrategia menos agresiva n=112). Objetivos: número de conizaciones, casos de CIN y seguimiento citológico en ambos

grupos.

Resultados.

En la colposcopia inicial el grupo agresivo obtuvo una incidencia de CIN, 10 veces mayor (19,5 vs 1,8%). El manejo conservador generó menos conizaciones ($p < 0,001$). El tratamiento agresivo obtuvo una normalización de la citología más rápida ($p < 0,001$). En el seguimiento a 10 años la incidencia de CIN fue similar en ambos grupos (8,4 vs 8,1%). Sin embargo en el seguimiento final no se encuentran diferencias estadísticas en la normalización global de las citologías de ambos grupos.

Conclusión.

Ambas estrategias son seguras y ambas muestran un buen resultado clínico. La decisión sobre el tratamiento debe ser ajustada a las preferencias individuales de cada mujer.

Comentario.

La incidencia de ASC-US/L-SIL referida en Holanda (con un cribado a partir de los 30 años y quinquenal) en el periodo estudiado es tan sólo del 2,5% del total de citologías. En la actualidad existe controversia sobre la estrategia óptima frente al ASC-US. El presente estudio compara dos enfoques muy distintos: resección con asa a todo hallazgo colposcópico (88,1%, con un 63,5% de muestras negativas) vs resección de los hallazgos en función de la opinión del colposcopista (7,1%).

La citología se normalizó en el 36,6% en los primeros 3 años y en el 92% a los 10 años en el grupo conservador. En el grupo agresivo la curación ocurrió en el 69,5% y el 94,1% respectivamente. Por lo que se concluye que el resultado a largo plazo no es distinto.

La tendencia actual consiste en disminuir el número de pacientes remitidos a colposcopia, con el fin de aumentar la especificidad de la misma. Sin embargo en la línea de evitar la morbilidad parece razonable evitar toda conización que sea posible, por su asociación con morbilidad obstétrica. El enfoque conservador requiere sin duda, un colposcopista entrenado para garantizar un seguimiento correcto.

El enfoque agresivo puede ser preferible en aquellos casos en los que el seguimiento es incierto, existen problemas psicológicos asociados, como un gran stress o un deseo intenso de normalización citológica más rápida.

Autor del comentario.

Luengo-Taberner A.

Cita original.

To treat or not to treat; the clinical dilemma of atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US). De Bie RP, Massuger LF, Van Dongen RA, Snijders MP, Bulten J, et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011; 90(4): 313-8.

Resumen

Hay pruebas convincentes de que la proteína C reactiva (PCR) es un nuevo marcador de riesgo para la enfermedad cardiovascular. El objetivo de este estudio fue examinar el efecto de las isoflavonas de soja en las concentraciones circulantes de PCR en mujeres posmenopáusicas. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y bases de datos ClinicalTrials.gov en Diciembre de 2010, se buscaron ensayos controlados aleatorios en mujeres posmenopáusicas, con uso de alimentos de soja con isoflavonas o extractos de isoflavona como tratamiento y con un informe sobre los cambios de la PCR. El meta-análisis se realizó con un modelo de efectos fijos o un modelo de efectos aleatorios para calcular la potencia del efecto combinado de los ensayos. Además, se llevaron a cabo análisis por subgrupos y metarregresión para examinar la influencia de los diseños de los estudios y las características de los participantes en las estimaciones del efecto. El análisis combinado de 14 ensayos mostró una ligera, pero no significativa, reducción de 0,17 mg/l (IC 95% -0,38 a 0,04, $p = 0,12$) en las concentraciones de PCR entre las mujeres posmenopáusicas que recibían isoflavonas de soja en comparación con los controles. No se observó heterogeneidad significativa. Los análisis por subgrupos mostraron que las isoflavonas de soja reducen significativamente la PCR en 0.70 mg/l (IC 95%: -1,17 a -0,23, $p = 0,003$) entre las mujeres con concentraciones basales de PCR superiores a 2,2 mg/l. No se apreciaron cambios significativos en los otros subgrupos. El análisis de metarregresión reveló, además, que la PCR basal fue un factor modificador del efecto potencial del tratamiento con isoflavonas en la reducción de la PCR. El presente meta-análisis no encontró pruebas suficientes para afirmar que las isoflavonas de soja reduzcan significativamente las concentraciones de PCR en mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, las isoflavonas de soja sí que pueden producir una reducción significativa de la PCR en mujeres postmenopáusicas con niveles elevados de ésta.

Comentario.

La PCR (o CRP por sus siglas en inglés) es una proteína plasmática, que aumenta sus niveles en respuesta a la inflamación (proteína de fase aguda). Su papel fisiológico es unirse a la fosfolipasa expresada en la superficie de las células moribundas o muertas y a algunos tipos de bacterias, con el fin de activar el sistema del complemento, por la vía del complejo C1q.1

Es sintetizada por los adipocitos y por el hígado en respuesta a factores liberadores. No debe ser confundida con el péptido C (Cadena de aminoácidos o péptido que forma parte de la proinsulina), ni con la Proteína C (un importante anticoagulante natural, que se transforma en “proteína C activada” por acción de la trombina).

En la actualidad se considera la PCR como un marcador de riesgo cardiovascular, ya que puede reflejar la situación del endotelio vascular. El hallazgo de una cifra superior a 2.4 mg/l duplica el riesgo de sufrir un evento coronario comparado con un nivel inferior a 1 mg/l. Por tanto, a pesar de no ser específica, puede orientar a la hora de establecer el riesgo cardiovascular.

Las isoflavonas pudieran intervenir protegiendo el endotelio arterial de varias maneras, pero básicamente disminuyendo la tasa de colesterol LDL y ejerciendo un potente efecto antioxidante. El mejor modo de comprobar la eficacia de las isoflavonas de soja en este campo es analizando el número de eventos cardiovasculares

Efecto de las isoflavonas de soja en la proteína C reactiva circulante en mujeres posmenopáusicas: meta-análisis de ensayos controlados aleatorios.

que suceden en poblaciones homogéneas, cuya única diferencia estribe en la ingesta o no de éstas. Sin embargo, una vía alternativa es mediante la valoración de la PCR, que como acabamos de comentar resulta un marcador de la situación endotelial.

Los resultados de este metaanálisis resultan superponibles a los que contamos ya en relación con las cifras de colesterol LDL: las isoflavonas no modifican este colesterol cuando los niveles son normales, pero sí lo disminuyen cuando éstos están elevados y lo hacen de manera más intensa cuanto mayor es el desequilibrio en este parámetro. De igual modo parece que actuarían las isoflavonas en relación a la PCR. Si la paciente tiene una situación buena de su endotelio y por tanto cifras normales de este marcador, las isoflavonas apenas tienen acción. Pero si el endotelio manifiesta un estado de inflamación, las isoflavonas de soja sí que actúan protegiéndolo y disminuyendo los niveles circulantes de PCR.

En este sentido y ante la falta de estudios que revisen directamente los eventos cardiovasculares, podemos mantener la sospecha clínica de que las isoflavonas de soja pudieran ejercer una acción protectora frente a la patología cardiovascular, al menos en las mujeres menopáusicas que manifiestan elevaciones basales de la PCR.

Autor del comentario

Dr. Javier Haya Palazuelos. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Ciudad Real y Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tomelloso.

Cita original

Dong JY, Wang P, He K, Qin LQ. Effect of soy isoflavones on circulating C-reactive protein in postmenopausal women: meta-analysis of randomized controlled trials. *Menopause*. 2011 Jun. [Epub ahead of print].

Puerto único comparado con laparoscopia convencional en la histerectomía vaginal asistida. Ensayo controlado aleatorizado.

Objetivo.

Comparar los resultados inmediatos en las pacientes sometidas a histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, mediante puerto único con dos canales vs multipuerto convencional.

Método.

Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a histerectomía vaginal asistida por laparoscopia con puerto único (N=50) vs técnica convencional (N=50). Las medidas de resultado incluyeron: pérdida de sangre intraoperatoria, tiempo operatorio, complicaciones postoperatorias inmediatas, tiempo de expulsión de gases después de la operación y dolor post-operatorio (evaluado mediante escala visual analógica (EVA) y uso de analgésicos postoperatorios).

Resultados.

Las características generales de las pacientes fueron similares en ambos grupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en pérdida estimada de sangre, tiempo hasta la

expulsión de gases, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias inmediatas, dolor irradiado al hombro, estancia hospitalaria o tiempo operatorio ($121,96 \pm 39,97$ minutos para puerto único comparado con $127 \pm 22,2$ minutos para la convencional, $p=0,438$). Sin embargo el dolor postoperatorio fue significativamente menor en el grupo de puerto único en comparación con el grupo convencional, con menores puntuaciones medias en la EVA ($3,64 \pm 2,75$ vs $5,08 \pm 2,76$ a las 24 horas ($p=0,011$) y $2,31 \pm 1,94$ en comparación con $2,84 \pm 2,07$ a las 48 horas ($p=0,043$) y menor dosis analgésica postoperatoria.

Conclusiones.

La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia con puerto único transumbilical de dos canales disminuye de manera significativa el dolor postoperatorio y el uso de analgésicos.

Comentario.

La incisión única en cirugía laparoscópica se desarrolló con el objetivo de reducir la invasión de la laparoscopia convencional (que conlleva de 3 a 5 incisiones). La laparoscopia convencional asegura un excelente acceso al campo quirúrgico sin interferencia de los instrumentos. Los principales problemas con el puerto único de tres canales son: colocación del cirujano y su equipo, movimiento relativamente restringido de la mano del cirujano dentro de un campo pequeño y visión en dos dimensiones. No obstante los avances técnicos (endoscopios y dispositivos especializados flexibles y curvos) pueden ofrecer una mejor instrumentación en la cirugía de puerto único.

Un sistema de dos canales, como defienden los autores puede superar estas limitaciones y que justifica el gasto adicional de los nuevos instrumentos, aunque en este artículo no se evalúan las diferencias de costes.

El estudio ofrece un diseño prospectivo y aleatorizado. A favor de su robustez, la cirugía de todos los pacientes fue llevada a cabo por el mismo cirujano, utilizando la misma técnica. En cuanto a las limitaciones del estudio los autores reconocen un muy corto período de seguimiento (2-10 meses), no investiga otros procedimientos como la quistectomía o la histerectomía endoscópica total. Dado que el uso de analgésicos no fue continuo, es razonable pensar que existan errores en la valoración del dolor en función de la forma de toma de analgésicos y en la forma de registro, inmediato o diferido, del dolor.

Autor del comentario:

González-López A.

Cita original:

Chen YJ, Wang PH, Ocampo EJ, Twu NF, Yen MS, et al. Single-port compared with conventional laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(4): 906-12.

Manejo de los tumores Phyllodes de mama

Objetivo:

Examinar el tratamiento y los resultados de 165 pacientes con

tumores phyllodes y revisar las opciones para el manejo quirúrgico.

Método:

Estudio retrospectivo de 165 pacientes que acudieron al Instituto

Curie entre Enero de 1994 y Noviembre de 2008 para tumores phyllodes benignos, borderline o malignos.

Resultados:

La mediana de seguimiento fue de 12,65 meses (rango 0 a 149,8 meses). La edad media al diagnóstico fue de 44 años (rango 17-79). A 160 (97%) se les realizó cirugía conservadora, 3 de las cuales (1,8%) se sometieron a cirugía oncoplastica de mama. Las mujeres más jóvenes tuvieron una probabilidad significativamente mayor de tener un tumor phyllodes benigno ($p=0,0001$) o un tumor de pequeño tamaño ($p<0,0001$). El examen histológico mostró benignidad en 114 (69%), tumor borderline en 37 (22%) y tumor maligno en 14 (9%). El tamaño tumoral promedio fue de 30 mm (rango 5-150). Los márgenes del tumor se consideraron incompletos (<10 mm) en 46 casos (28%), con cirugía de rescate en el 52% de las pacientes. Sólo el grado del tumor fue un factor de riesgo significativo para los márgenes de resección incompletos ($p=0,005$). 15 pacientes (10%) desarrollaron recidiva local y dos, metástasis. En el análisis univariante fueron factores significativos de riesgo de recidiva local: el grado histológico ($p=0,008$) y el tamaño tumoral ($p=0,02$), con un riesgo incrementado para los tumores borderline y tumores de gran tamaño. Resultados similares se obtuvieron mediante el análisis multivariante ($p=0,07$).

Conclusiones:

El pilar del tratamiento de los tumores phyllodes sigue siendo la extirpación quirúrgica con margen de seguridad, ofreciendo cirugía conservadora siempre que sea posible. Para los tumores borderline y malignos o en casos de recurrencia local del tumor, la mastectomía y la reconstrucción mamaria inmediata pueden ser la opción preferida. El análisis genético potencialmente complementará el examen histológico clásico con el fin de mejorar el manejo de estos tumores. El papel de los tratamientos adyuvantes no está aprobado y debe ser valorado individualmente.

Comentario:

Los autores de este artículo hacen una revisión de sus casos y de la literatura, en base a la ausencia de un consenso claro sobre el tipo de cirugía para estos tumores (conservadora o radical), en particular para los tumores recurrentes, malignos o borderline. Los autores defienden y es generalmente aceptado que siempre que sea posible se realice cirugía conservadora y/u oncoplastica. Esta política se demostró también en los datos SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) por Mac-Donald en 2006 con la participación de 821 pacientes (la supervivencia específica a los 5 años con mastectomía o cirugía conservadora fueron comparables). Esto es aceptable sólo cuando los márgenes son seguros, por consenso normalmente 1 cm. Los factores predictivos de recurrencia aceptados son el grado histológico, bordes afectos y tamaño tumoral.

En general se acepta que la linfadenectomía axilar no está indicada, debido a la muy baja incidencia de afectación linfática. En un estudio multicéntrico reciente (Gullett, Breast J 2009) con 1035 pacientes se realizó vaciamiento axilar en el 9% de las pacientes, en

sólo nueve casos hubo afectación. La biopsia selectiva de ganglio centinela podría hacerse en aquellos casos en los que se sospeche, clínica o radiológicamente, afectación ganglionar.

Respecto a la radioterapia y quimioterapia adyuvantes existe mucha variabilidad de resultados en los distintos estudios y no se utilizan en la práctica habitual.

Autor del comentario:

González-López A.

Cita original:

Guillot E, Couturaud B, Rey F, Curnier A, Ravinet J, et al. Breast Cancer Study Group of the Institut Curie (2011). Management of Phyllodes Breast Tumors. The Breast Journal, 17: 129–137

El potencial oncogénico de los pólipos endometriales

Resumen.

El objetivo de este estudio fue revisar la literatura médica respecto a la asociación entre menopausia, sangrado uterino, tamaño y riesgo de malignidad, entre las mujeres sometidas a resección de pólipos.

Se realizó búsqueda en las bases de datos electrónicas (PubMed, MEDLINE y Cochrane Database). Las palabras clave fueron “pólipo endometrial”, “enfermedad maligna”, “ultrasonido”, “histerosonografía solución salina”, “histeroscopia” e “histopatología”.

Se realizó análisis cuantitativos de los estudios observacionales que evaluaban los efectos de la menopausia, el sangrado vaginal y el tamaño en el riesgo de malignidad en pacientes sometidos a resección de pólipos (1.552 publicaciones). Diecisiete estudios cumplieron los criterios de inclusión para esta revisión, con un total de 10.572 pacientes. El riesgo de malignidad entre las mujeres con pólipos de endometrio en este meta-análisis fue de 377 entre 10.572 (3,57%).

La prevalencia de pólipos premalignos (hiperplasia con atipia) fue de 5,42% entre las mujeres postmenopáusicas y del 1,7% en mujeres en edad reproductiva (RR 3,86). La prevalencia de neoplasia en mujeres con sangrado fue del 4,15% en comparación y del 2,16% para las que no tenían sangrado (RR 1,97). Entre las postmenopáusicas sintomáticas con pólipos endometriales, en el 4,47% había un pólipo maligno en comparación con el 1,51% en mujeres posmenopáusicas asintomáticas (RR 3,36).

Los autores concluyen en base a los datos de estudios observacionales, que tanto el sangrado vaginal como la situación postmenopáusica en las mujeres con pólipos endometriales se asocian con un mayor riesgo de malignidad endometrial.

Comentario.

Con la llegada de la ecografía transvaginal de alta resolución, la histerosonografía y la histeroscopia, el diagnóstico de pólipos endometriales se ha incrementado. Algunas pacientes están asintomáticas en el momento del diagnóstico, mientras que otras presentan patrones anormales de sangrado (sangrado intermenstrual, menorragia, secreción o sangrado postmenopáusico).

La resección quirúrgica de los pólipos tiene, aunque baja, una tasa de morbilidad. Por ello, debe establecerse que procedimientos podrían evitarse, puesto que en las mujeres premenopáusicas existe una alta tasa de resolución espontánea y dado que los pólipos menores de 1 cm a menudo regresan.

En la revisión sistemática de estudios realizada por los autores, el estado menopáusico y el sangrado anormal son factores predictivos significativos de malignidad, estos dos parámetros representan importantes factores de riesgo en mujeres con pólipos. Estos resultados pueden ayudarnos en el asesoramiento y la atención clínica.

Por otro lado los autores sugieren que el tamaño del pólipo no predice de forma independiente el riesgo de malignidad, aunque los datos sobre el tamaño del pólipo y el riesgo de malignidad no fueron susceptibles de meta-análisis debido a las diferentes unidades de la medición (longitud, volumen o peso). Otros factores de riesgo como el uso de tamoxifeno, la anticoncepción hormonal, la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión y su relación con los pólipos endometriales malignos deben ser mejor estudiados.

Autor.

González-López A

Cita original.

Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2010 Nov; 116(5): 1197-205.

Nuevas directrices para la detección precoz de cáncer de ovario.

Resumen.

Reconocimiento de síntomas y signos

- Deben llevarse a cabo pruebas complementarias en Atención Primaria si la mujer (especialmente si es mayor de 50 años) refiere cualquiera de los siguientes síntomas de forma persistente o frecuente (especialmente más de 12 veces por mes), distensión abdominal, sensación de saciedad precoz, pérdida del apetito, dolor pélvico o abdominal; aumento de la urgencia urinaria y/o frecuencia, también aquellos síntomas que sugieran intestino irritable, que rara vez se presenta por primera vez en las mujeres de esta edad.

Primeras pruebas

- Medida sérica de CA125. Si es igual o mayor de 35 UI/ml, se debe realizar una ecografía de abdomen y pelvis.
- Para cualquier mujer con CA125 menor de 35 UI/ml, o con CA125 mayor de 35 UI/ml pero con ecografía normal, se deben evaluar e investigar cuidadosamente otras causas de sus síntomas. En ausencia de otra causa clínica evidente, recomendar nueva consulta si sus síntomas se hacen más frecuentes y/o persistentes.

Índices de Malignidad

- Cálculo del índice de riesgo de malignidad (RMI) tras realizar una ecografía. El RMI es un producto de la puntuación ecográfica (U), el estado menopáusico (M) y la concentración sérica de CA125 ($RMI = U \times M \times CA125$). Se derivarán a todas las mujeres con una puntuación de RMI de 250 o mayor a un equipo multidisciplinario de especialistas.
- Resultado ecográfico: se suma 1 punto por cada una de las siguientes características: quiste multilocular, áreas sólidas, afectación bilateral, ascitis y sospecha de metástasis. Así.

U=0 para una puntuación de ultrasonidos de 0 puntos, U=1 una puntuación de ultrasonidos de 1 punto y U=3 para una puntuación de ultrasonido de 2-5 puntos.

- El estado de menopausia se califica como 1 en premenopáusicas y 3 en posmenopáusicas (ausencia de periodo de más de 1 año o mujer de más 50 años con histerectomía)
- El CA125 sérico se mide en UI/ml

Diagnóstico histológico.

- Debe ofrecerse quimioterapia citotóxica a las mujeres con sospecha de cáncer de ovario avanzado, siempre y cuando el diagnóstico sea confirmado por citología o histología.

Papel de la linfadenectomía retroperitoneal sistemática

- No debe realizarse linfadenectomía sistemática retroperitoneal (pélvica y paraaórtica hasta venas renales) como parte del tratamiento quirúrgico estándar en mujeres con sospecha de cáncer de ovario inicial (estadio I).

Quimioterapia adyuvante sistémica

- No se debe aplicar quimioterapia adyuvante a mujeres con una estadificación quirúrgica óptima, enfermedad en estadio Ia o Ib y bajo riesgo histológico (grados 1 o 2).

Apoyo en las necesidades de las mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de ovario

- Debe ofrecerse a todas estas mujeres información sobre su enfermedad, incluyendo potenciales problemas psicosociales y psicosexuales. El equipo debe ofrecerse a dar información en el momento que la paciente lo desee; ésta debe ser todo lo detallada que la paciente desee y pueda haga frente; en un formato adecuado, incluyendo información por escrito.

Comentario.

El Instituto Nacional del Reino Unido para la Salud (NICE) ha publicado su primera guía clínica para la detección, diagnóstico y manejo inicial de cáncer de ovario epitelial. El cáncer de ovario tiene una alta mortalidad, debido a que signos y síntomas son difíciles de detectar. La mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas y tienen un pronóstico muy desfavorable.

Uno de los objetivos de la guía es el diagnóstico precoz, al incrementar llamar la atención sobre sintomatología. NICE recomienda a los profesionales de atención primaria solicitar las concentraciones séricas de la proteína CA125 si una mujer (especialmente si es mayor de 50 años) se presenta con clínica persistente o frecuente de distensión abdominal, sensación de peso, pérdida del apetito, aumento de la frecuencia urinaria o dolor abdomino-pélvico. Si esta prueba es positiva, se debe solicitar una ecografía y derivar al especialista. De esta manera, al aumentar el número de analíticas y de ultrasonidos se pretende sensibilizar y promover el diagnóstico precoz en atención primaria ayudando a los médicos generales en la toma de decisiones.

Autor del comentario.

González-López A.

Fuente.

NICE clinical guideline 122: Ovarian cancer. The recognition and initial management of ovarian cancer. Quick reference guide.

Abril 2011

Enlace de interés

<http://www.nice.org.uk/>

Factores de riesgo asociados a los desgarros perineales y cervicales graves durante el parto.

Objetivos:

Analizar los factores de riesgo modificables para los desgarros de tercer-cuarto grado y desgarros cervicales en EEUU en la práctica obstétrica actual.

Métodos:

Se registraron 228.668 partos desde el 2002 al 2008 de 19 hospitales dentro de 12 instituciones, de los cuales se recabó información sobre las características de la paciente, complicaciones prenatales, características del parto, del expulsivo y los resultados maternos y neonatales. Sólo se incluyeron mujeres con gestaciones únicas y partos eutócicos por encima de la semana 34. Se excluyeron los partos en los que no estaba recogida la información acerca de los desgarros y aquellos complicados con distocia de hombros. Fueron analizadas 87267 mujeres por desgarros perineales de 3º o 4º grado y 71170 por desgarros cervicales.

Resultados:

Los desgarros de tercer y cuarto grado se dieron en 2516 mujeres (2223 nulíparas (5,8 %), 293 multíparas (0,6 %) y los desgarros cervicales ocurrieron en 536 mujeres (324 nulíparas (1,1%), 212 multíparas (0,5%)).

Los factores de riesgo para los desgarros de tercer y cuarto grado fueron: nuliparidad (7,2 veces incremento de riesgo), proceder de Asia o de las islas del Pacífico, peso elevado del recién nacido, parto instrumental, episiotomía y una segunda fase del parto prolongada. Un elevado índice de masa corporal (IMC) se asoció a menor tasa de desgarros.

Los factores de riesgo asociados a desgarros cervicales fueron: edad materna temprana, parto con ventosa, uso de oxitocina en multíparas y la existencia de cerclaje, independientemente de la paridad.

Conclusiones:

Esta amplia muestra refleja los desgarros graves que ocurren en la práctica obstétrica actual. La nuliparidad y el uso de la episiotomía son importantes factores de riesgo para los desgarros perineales de tercer y cuarto grado, así como el cerclaje aumenta el riesgo de desgarros cervicales. Muchos factores de riesgo no son modificables. Nivel de evidencia II.

Comentario:

Debe destacarse de este estudio el aporte novedoso de los factores de riesgo relacionados con los desgarros cervicales y su frecuencia, poco estudiados en la literatura. Llama la atención que los autores hablan de una menor asociación de desgarros de tercer y cuarto grado en mujeres usuarias de epidural, dato no refrendado en el resto de los estudios dado que aumenta la segunda fase del parto y el número de partos instrumentales, ambos relacionados

con el aumento de desgarros. Los autores argumentan que puede ser por el mayor control que se realizaría sobre la fase de expulsivo. La episiotomía se demuestra como uno de los principales factores de riesgo para desgarro perineal (2,4 veces el riesgo en nulíparas y 4,4 en multíparas) y a pesar de las políticas de uso restrictivo la frecuencia de uso en el estudio era del 62%.

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es el alto porcentaje de cesáreas. El 43,8% de las mujeres que se sometió a un intento de parto vaginal, lo cual puede explicar la menor asociación de desgarros perineales en mujeres de IMC elevado, hecho no observado en otros estudios. Se debe a que las mujeres con un IMC elevado tienen más riesgo de cesárea por el miedo del obstetra a potenciales complicaciones.

En resumen, aunque hay factores que no son modificables existen otros, modificables muy importantes como el uso rutinario de la episiotomía.

Autor del comentario:

Sánchez- Hipólito L.

Cita original:

Helain J. Landy et al., Characteristics Associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 627–35.

Prevalencia y factores de riesgo para la incontinencia anal tras ruptura del esfínter anal.

Objetivo.

Estudiar la prevalencia y los factores de riesgo para la incontinencia anal tras la ruptura del esfínter anal.

Material y método.

Estudio observacional retrospectivo. En un hospital universitario noruego de 2003 a 2005, entre 14959 partos vaginales, 591 mujeres fueron diagnosticadas de ruptura del esfínter anal (3,9%). Las pacientes fueron entrevistadas y exploradas a los 10 meses del parto. La continencia anal se clasificó según la escala de St. Mark (0, continencia anal completa; 3 o más, incontinencia anal). Los defectos de los músculos del esfínter anal se diagnosticaron mediante ecografía endoanal.

Resultados.

Se observó incontinencia anal con un valor de St. Mark de 3 o más en un 21% de las mujeres con ruptura del esfínter, con ausencia de control de gases como síntoma más prevalente. Las mujeres con incontinencia anal refirieron con mayor frecuencia incontinencia de orina que aquellas analmente competentes. En una regresión múltiple de factores de riesgo obstétricos y maternos, el único estadísticamente significativo fue el desgarro del esfínter de IV grado. La incontinencia anal fue más frecuente en pacientes con defecto ecográfico demostrado en la consulta a los 10 meses postparto.

Conclusión.

La incontinencia urinaria y anal tras ruptura esfinteriana es

frecuente y las variables prenatales obstétricas y maternas no pueden predecirlas. El desgarro grado IV y el defecto ecográfico persistente se asocian con la incontinencia anal.

Comentario.

La incontinencia anal, afecta al 0,4-7,7% de la población, es causa de una gran morbilidad y de una gran pérdida de calidad de vida. La ruptura del esfínter anal durante el parto es el factor de riesgo más importante.

Los autores realizan corrección quirúrgica inmediata tras el parto y controla los 10 meses del mismo. El porcentaje de parto instrumental en el periodo estudiado es bajo (8,5% ventosa y 1% fórceps), con un 20% de episiotomías. Aunque el parto instrumentado es factor de riesgo, en especial el fórceps (RR 1,3), el 75% de los desgarros III-IV ocurrieron en partos eutócicos. El 93% de los desgarros es de grado III y un 7% de grado IV. La incontinencia anal es más prevalente en estos últimos.

El 64% de las mujeres estudiadas realizaron ejercicios de Kegel tras el parto. Los autores no encuentran asociación estadística entre la continencia anal y los ejercicios, si bien la intensidad o frecuencia de los mismos no ha sido evaluada.

La ecografía endoanal permite detectar defectos uni o bilaterales de las fibras de los esfínteres externo e interno. Sin embargo los autores señalan que observar estos defectos puede deberse a múltiples causas: cirugía reparativa inicial insatisfactoria, defectos no detectados en el momento de la corrección junto a los sí diagnosticados y corregidos, cicatrización insuficiente o a una combinación de éstos.

Los autores concluyen que la incontinencia anal no puede predecirse mediante variables prenatales. Sólo el desgarro de grado IV es asocia de forma significativa con un valor alto en la escala de St. Mark. Por ello se recalca la importancia de disminuir los desgarros de grado IV, diagnosticar de forma precisa precoz los mismos y corregirlos de forma adecuada.

Por otro lado, este estudio remarca la importancia de una búsqueda adecuada de los casos de desgarros y de incontinencia anal, datos que a menudo son infradiagnosticados y además infrapublicados.

Autor del comentario.

Luengo-Tabernero A.

Otro artículo de interés sobre desgarros.

Jandér C, Lyrenäs S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001; 80(3): 229-34.

Cita original.

Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydslaug A, Staff AC. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 Apr;90(4):319-24.

Efecto de la edad paterna sobre los resultados de reproducción asistida.

Objetivo.

Resumir los conocimientos actuales sobre la relación entre

edad paterna y resultados de las técnicas de reproducción asistida (TRA).

Diseño.

Revisión sistemática de la literatura. Búsqueda en Pubmed.

Resultados.

Los 10 estudios incluidos en la revisión no muestran clara correlación entre edad paterna avanzada y tasas de fertilización, implantación, embarazo, aborto o recién nacido vivo. Tampoco se afecta la calidad embrionaria de los días 2-3. Sin embargo sí se encontró una disminución significativa en la formación de blastocisto. Salvo en el volumen, las características del semen como motilidad, concentración y morfología no disminuyeron con la edad.

Conclusiones.

No hay evidencia suficiente para demostrar un efecto desfavorable de la edad paterna en los resultados de las TRA.

Comentario.

Se está incrementando el número de parejas que posponen la paternidad hasta los 40-50 años, reflejo del incremento en la esperanza de vida y el papel de la mujer en la sociedad. Se conocen los efectos adversos de la edad materna sobre la fertilidad, pero se ha estudiado poco la relación con la edad paterna. Con los años en el varón disminuye la eficacia de las espermatogonias, disminuyen todos los tipos de células germinales y aparecen lesiones en los túbulos seminíferos: desde espermatogénesis reducida hasta esclerosis completa. Hay cambios en el eje hipotálamo-pituitario-testicular, con aumento del nivel de FSH a partir de los 30 años. Estos cambios podrían producir un deterioro en los parámetros del semen, aunque sólo se ha objetivado la disminución del volumen.

El desarrollo temprano del embrión se produce predominantemente bajo control del genoma materno, por lo que la edad paterna no influye en la calidad de los embriones día 2 y 3. Sin embargo, un incremento en el número de mutaciones en el esperma de padres mayores podría explicar el incremento en la frecuencia de oocitos disgenéticos y consecuentemente el incremento en el desarrollo adverso del blastocisto.

Limitaciones:

9 de los 10 estudios fueron retrospectivos, con metodología heterogénea, variaciones en los criterios de inclusión y exclusión, no todos ajustaron por factores de confusión (paridad, número previo de ciclos, años de fumador, índice de masa corporal de la mujer y número de oocitos obtenidos). El único estudio prospectivo analizado sí encuentra disminución en la consecución de embarazo y recién nacido vivo con cada año de edad paterna, ajustando con la edad materna.

No hay punto de corte unánime para hablar de edad paterna avanzada; en algunos países se permite la donación de semen hasta los 50 años.

Autor del comentario.

Zornoza-García V.

Cita original.

Dain L, Auslander R, Dirnfeld M. The effect of paternal age on assisted reproduction outcome. Fertil Steril, 2011; 95 (1): 1-8.

El daño local en el endometrio induce una respuesta inflamatoria que promueve el éxito de la implantación.

Objetivo.

Estudiar si una inflamación inducida por trauma puede ser el mecanismo del efecto favorable de la biopsia endometrial en la tasa de implantación en pacientes con fertilización in vitro (FIV).

Diseño.

Ensayo clínico controlado. Se incluyen 64 mujeres con ciclos previos de FIV fallidos: 42 pacientes en el grupo experimental y 22 en el grupo control. Se tomó una biopsia de endometrio en ambos grupos el día 21 del ciclo menstrual espontáneo. En el grupo experimental se había tomado previamente otra biopsia el día 8 y/o un día del 11 al 13 del mismo ciclo. En el siguiente ciclo menstrual se les realizó FIV/ICSI.

Resultados.

En la biopsia de endometrio del día 21, en el grupo experimental se obtuvo una mayor respuesta inflamatoria, con un número, estadísticamente mayor, de macrófagos/células dendríticas, citoquinas proinflamatorias, factor α de necrosis tumoral (TNF- α), oncogen α regulador del crecimiento (GRO- α), interleucina 15 (IL-15) y macrófago inflamatorio proteína 1B (MIP-1B). Efecto de estimulación directo de TNF- α sobre MIP-1B, GRO- α e IL-15. Correlación positiva entre el nivel de macrófagos/células dendríticas, expresión de MIP-1B y TNF- α y el resultado exitoso del embarazo.

Conclusiones.

Una respuesta inflamatoria inducida por la biopsia puede facilitar la preparación del endometrio para la implantación. El incremento en la expresión de MIP-1B podría servir para predecir competencia en la implantación.

Comentario.

En los humanos, el útero es receptivo durante la fase secretora (días 19 a 23), conocida como ventana de implantación. La receptividad inadecuada es responsable de dos terceras partes de los fallos de implantación.

Varios autores han demostrado previamente que una biopsia de endometrio realizada en el ciclo espontáneo que precede al tratamiento FIV, dobla el índice de implantación, el embarazo clínico y los nacidos vivos. Todo ello sugiere que el daño local del endometrio facilita el éxito de la implantación.

Un alto nivel de citoquinas endometriales proinflamatorias, caracterizan la implantación temprana. Estas citoquinas puede ser secretadas por las células endometriales y por las células del sistema inmune, reclutadas al sitio de implantación. De éstas, el 65-70% son células natural killer específicas uterinas, esenciales para establecer una decidua adecuada. El 10-20% de los leucocitos deciduales son macrófagos y células dendríticas que permanecen en la decidua todo el embarazo y secretan factores de crecimiento, quimiocinas y citoquinas reguladoras de la implantación del blastocisto, angiogénesis, desarrollo placentario y homeostasis decidual.

El daño local por la biopsia de endometrio produce una

respuesta inflamatoria que se mantiene hasta el siguiente ciclo. Así, las citoquinas proinflamatorias, como el TNF- α , producidas por el endometrio dañado, estimulan la secreción de otras quimio/citoquinas, que reclutan macrófagos y células dendríticas. Estas células inmunitarias aumentan la respuesta inflamatoria y desencadenan la producción, por el epitelio uterino de moléculas que interaccionan con el blastocisto facilitando su unión a la pared uterina.

Autor del comentario.

Zornoza García V.

Cita original.

Gnainsky Y, Granot I, Aldo PB, Barash A, Or Y, et al. Local injury of the endometrium induces an inflammatory response that promotes successful implantation. *Fertil Steril*, 2010; 94 (6): 2030-2036.

¿Aún hay lugar para la microcirugía reconstructiva para la esterilidad tubárica?

Abstract.

Revisión del papel actual de la cirugía reconstructiva tubárica en la era de las técnicas de reproducción asistida (TRA).

La cirugía reparativa permitiría a la pareja disponer de un número ilimitado de intentos para la concepción natural. Los riesgos operatorios son bajos. El riesgo de embarazo ectópico tras la cirugía es del 4-10%. Mientras que por otro lado, las TRA se asocian potencialmente con múltiples complicaciones: hiperestimulación ovárica grave (0,25-2%), embarazo múltiple (hasta un 25%), embarazo ectópico (1-13%) y mayor tasa de malformaciones mayores y muerte fetal.

Las tasas de nacimiento con TRA discurren ente 19% y 35% en función de la legislación y la limitación en el número de ovocitos y embriones transferidos.

La recanalización tras ligadura tubárica es una de las principales indicaciones, con resultado de embarazo hasta en un 84%. La salpingostomía y la adhesiolisis de adherencias importantes tienen los peores resultados (3-65% embarazo).

La obstrucción tubárica proximal puede ser tratada con éxito mediante anastomosis tubocornual. Los hidrosalpinx deben ser extirpados antes de las TRA si no pueden ser reconstruidos.

Las TRA se recomiendan para pacientes mayores de 37-38 años, para la patología tubárica grave, tras embarazos ectópicos reiterados o en caso de esterilidad por factor masculino.

Conclusión.

La cirugía reconstructiva aún juega un papel en el tratamiento de la esterilidad y no ha sido apartada por las TRA en el tratamiento de primera línea para la esterilidad de origen tubárico.

Comentario.

El daño tubárico es causa del 25-35% de los casos de esterilidad. Hasta el 25% de las mujeres con ligadura de trompas solicitan invertir el procedimiento por pérdida de hijos o una nueva pareja (porcentaje y motivos semejantes al deseo de reversión de vasectomía). El éxito

de las TRA no está garantizado, no están exentas de complicaciones y el número de ciclos posible se ve limitado por la legislación y la capacidad económica de la pareja. La cirugía tubárica por el contrario pretende ser curativa y restaurar la fertilidad permanentemente (lo que no es del todo cierto pues persiste un riesgo muy incrementado de embarazo ectópico). La cuidadosa selección de pacientes es fundamental. Sólo los pacientes con enfermedad tubárica leve o moderada son adecuados.

Los resultados por patologías son:

- Reversión de la esterilización tubárica. Tasa acumulada de embarazo del 40 al 84%. En mujeres mayores de 40 años del 15 al 64%. El riesgo de embarazo ectópico es menor del 10%.
- Adhesiolisis peritubárica. En los casos de adherencias graves sólo se obtiene gestación en el 20%, por lo que estos casos deben ser remitidos a TRA.
- Anastomosis tubo-cornual. Tiene buenos resultados, con un 29-50% de embarazos a término.
- Fimbrioplastia y salpingostomía. Tiene los peores resultados

dentro de la cirugía tubárica. Las trompas que no puedan ser reparadas, deben ser extirpadas.

Puede concluirse de esta revisión que la cirugía tubárica aún podría jugar un papel importante en el tratamiento de la infertilidad. Sin embargo, el éxito de la reconstrucción es altamente cirujano dependiente y actualmente existen muy pocos ginecólogos capaces de realizar esta cirugía a alto nivel. Así mismo la enseñanza de este tipo de intervenciones a los residentes es casi inexistente lo que hace muy difícil pensar en el resurgimiento de esta técnica en el futuro próximo.

Autor del comentario.

Luengo-Tabernero A.

Cita original.

Schippert C, Garcia-Rocha GJ. Is there still a role for reconstructive microsurgery in tubal infertility? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011 Jun; 23(3): 200-5.

Editorial

El parto natural o el mito del buen salvaje en el siglo XXI

La idea de que todo lo “natural” y ajeno a lo humano es bueno no es una novedad. Desde el famoso texto de Cristóbal Colón en que dice haber llegado al paraíso terrenal, la imaginación se desbordó para atribuir todo tipo de bondades ingenuas a los indígenas (los naturales, como se les llamaba en los documentos españoles de la época) y todo lo natural, que estaba exento de manipulación humana. La Ilustración también incidió sobre tema, Locke y sobre todo Rousseau, vuelven a insistir en la superioridad de aquello que es ajeno al raciocinio humano, y que no está “contaminado” con las “maldades” derivadas de los avances sociales, culturales y científicos. Gran parte de este concepto tuvo su base en el descubrimiento de “buenos salvajes” en las islas del océano Pacífico, como las Antillas, con indígenas desnudos, de fácil trato y naturaleza amable, descritos por viajeros del siglo XVIII como James Cook. Reminiscencias de estos superados conceptos quedan aún en todas las sociedades modernas, incluida la nuestra. En muchos aspectos de la vida cotidiana nos encontramos con este deseo de la vuelta a lo “natural”, en contraposición a lo artificial o industrial. Ejemplos de esta tendencia los tenemos por doquier, desde la comida procedente de “cultivos ecológicos” hasta el rechazo de la ropa que lleve en su composición algún porcentaje de fibra sintética.

No deja de tener cierto sentido, en los tiempos que corren, la búsqueda de una menor artificialidad. Todos estamos de acuerdo por ejemplo, en que el consumo de productos precocinados industrialmente y enriquecidos en grasas trans, que los hace más atractivos, sabrosos y fáciles de conservar, resulta mucho menos saludable que los cocinados de manera tradicional. Sin embargo, la existencia de ejemplos puntuales y concretos a la idea genérica de que todo lo natural es bueno y lo artificial es malo, existe una distancia conceptual enorme. Ni todo lo natural es bueno, ni todo lo artificial es malo. Breves ejemplos ilustrativos de esta idea, la Amanita phalloides es un hongo muy bonito y muy natural y absolutamente mortal si se consume; el brote de Escherichia coli que ha castigado el centro de Europa procedía de semillas germinadas de cultivos ecológicos, ajenos a los controles microbiológicos de los productos habituales. Por otro lado, las vacunas, que podrían considerarse como un paradigma del manejo de la Naturaleza por parte del ser humano, han contribuido y siguen contribuyendo a la salvación de millones de vidas en todo el mundo.

Todas estas ideas genéricas, se pueden aplicar, casi punto por punto, a lo que nos atañe a los obstetras: el manejo del parto. Como primera aproximación, podríamos establecer que existen dos grandes grupos de mujeres parturientas. Por una parte aquellas únicamente quieren que el parto transcurra con rapidez, seguridad, sin sufrimiento y termine en la obtención de un recién nacido sano y una mamá feliz. E incluso, un porcentaje nada desdeñable de este grupo de parturientas cree que la mejor solución para conseguir esto es la cesárea, e incluso llegan a exigirla enérgicamente, insistiendo en que la “cesárea a la carta” es un derecho (¡quién sabe si algún día llegarán a tener razón!). Por otro lado, un grupo mucho más minoritario, pero muy activo, que quiere convertir el parto en una vivencia inolvidable y que para ello creen que la intervención humana en este proceso natural debe ser la mínima posible. Su base filosófica descansa en el antiguo concepto, ya comentado del “buen salvaje”, de que en las civilizaciones menos desarrolladas, el parto es un proceso “natural”, en el que todo transcurre de una manera adecuada, sin que sea necesaria la intervención de nadie, salvo los familiares más cercanos a la parturienta. Algo similar a lo que sucede en todas las especies de mamíferos, en donde las hembras tienen sus partos sin mayor dificultad ni problema. Suelen presentar antiguas imágenes, de mujeres pariendo en cuclillas o en otras posiciones, en las que todo parece transcurrir de una manera perfecta, a diferencia de lo que sucede cuando el hombre interviene con su tecnología, en donde todo se desvirtúa y pierde su sentido.

Ciertamente esta postura minoritaria es respetable. De hecho algunos de sus conceptos son asumibles por parte de la Medicina Moderna. Por ejemplo, la episiotomía sistemática está desechada de todos los paritorios, al igual que el rasurado o el enema de rutina. Es responsabilidad de cualquier profesional que atienda a una mujer parturienta el intentar que este proceso sea lo más satisfactorio y lo menos agresivo posible, tanto para la mujer como para el neonato. En este sentido, creo que nadie discute que todo lo que sea “humanizar” el parto es un bien objetivo.

Pero creo que no debemos perder la perspectiva histórica de lo que ha sido y es el parto en la especie humana. Durante el proceso de la evolución, nuestros antepasados, al abandonar las selvas para conquistar las estepas, consiguieron la postura erguida, con las múltiples ventajas que eso suponía, como liberar las

manos para la manipulación de objetos, un mayor campo de visión para apreciar la llegada de depredadores o la existencia de presas para cazar, la presentación una menor superficie a la irradiación solar, etc... Pero esto también trajo ciertas desventajas, como la dificultad que tiene la sangre en ascender por las piernas hasta el corazón, en contra de la gravedad, o las modificaciones que se produjeron en la pelvis, con una protrusión del sacro y de las últimas vértebras lumbares hacia adelante, constituyendo el promontorio y estrechando enormemente el canal del parto. Es por ello que la bipedestación conlleva una dificultad intrínseca al hecho de parir y desde entonces, habitualmente las hembras humanas han necesitado de la ayuda de sus congéneres para culminar adecuadamente el proceso del parto. Pese a esta ayuda, el peaje de liberar las manos ha sido y es muy elevado. Sólo hay que pensar que en las sociedades en las que no existe asistencia sanitaria al parto la mortalidad perinatal suele superar el 100/1.000 y que la ONU calcula que en todo el mundo fallecen aproximadamente entre 350.000 y 500.000 mujeres cada año durante el parto o como consecuencia de éste. Muy recientemente se han publicado datos estremecedores sobre el novísimo país Sudán del Sur, en el cual muere una de cada siete mujeres que se ponen de parto, cifra por cierto, similar a la de su vecino Níger. Si tenemos en cuenta estas cifras, creo que la idílica imagen de la mujer pariendo “naturalmente”, sin asistencia sanitaria, queda totalmente desacreditada. Textualmente, encontramos afirmaciones de la OMS tales como: “Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto”. O “La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.”

Y es que si comparamos los datos de las sociedades avanzadas, en donde el parto se asiste en un ámbito sanitario adecuado, con las de los países menos desarrollados, uno no tiene por menos que echarse las manos a la cabeza por semejante desigualdad. Siguiendo a la OMS: “El riesgo de muerte materna durante el parto o inmediatamente después de éste es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7.300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48.000”. Y de los neonatos mejor ni hablamos. Esto nos muestra bien a las claras el enorme avance en cuanto a seguridad que ha aportado la medicina moderna a la atención al parto, tanto para la madre como para el neonato. ¿Tenemos que renunciar a estos logros en aras de la idílica idea de un “parto natural”? Opino que sería una tremenda irresponsabilidad y que aquellos que alegremente propugnan esta modalidad de parto deberían ser responsables legales de los inevitables desastres que se producen cuando el parto transcurre en medios inadecuados y sin los óptimos recursos sanitarios que la tecnología nos proporciona.

Por otro lado, está claro que según la “Ley de Autonomía del Paciente” éste tiene derecho a opinar e incluso decidir, sobre su la marcha de un proceso médico o quirúrgico. Según esto la madre podría decidir si quiere parir, por ejemplo, en su casa o en un hospital, siendo teóricamente igual de aceptables ambas posturas. Pero creo que es conveniente tener muy presente que existe un tercero en discordia, que es “el no nacido”; la jurisprudencia nos lo recuerda constantemente, ya que el que está a punto de nacer tiene los mismos derechos que su madre. Y ya que el neonato no puede manifestar sus intenciones, es la Sociedad la que tiene que velar por él y como representantes de ésta, somos los profesionales sanitarios que atendemos partos los que tenemos que velar por sus derechos, fundamentalmente por su seguridad. Por ello, por ejemplo, aunque una parturienta se negara a ser monitorizada para conocer el estado de bienestar de su feto, el juez de guardia inmediatamente nos va a autorizar a realizar dicha técnica, ya que la gestante no es la depositaria de todos los derechos de su hijo y entre ellos los de su seguridad durante el parto.

En resumen, totalmente de acuerdo en que se puede avanzar en conseguir un parto menos intervenido y ese debe ser nuestro objetivo. Pero nunca debemos podemos ni debemos perder el norte de que es la seguridad materna y fetal lo que nos debe guiar siempre, por encima de todo, no debiendo renunciar nunca a esta máxima en aras de una mayor “naturalidad” en el parto. Por último y a modo de paradójica reflexión, resulta extraño que en los países sin medios sanitarios se esté luchando a brazo partido para conseguir una atención médica al parto y en aquellos en donde ya está bien implantada, haya pacientes que despreocupadamente la rechacen.

Dr. Javier Haya Palazuelos

Para comentarios, sugerencias o envío de artículos para comentar, contactar a través de: jhayap@sego.es

Patrocinado por Laboratorios  MERCK



SELENE EDITORIAL, S.L, C/Jeréz, 21, 28231 Las Rozas (Madrid)

Tel. 91 639 59 65

 editorial
SELENE

Soporte válido nº1/04-R-CM

ISBN: 1130-2512



© 2011 Selené Editorial, S.L, y los autores se reserva todos los derechos mundiales. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso del editor y los autores.