



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volumen 72, número 9, septiembre 2004

EDITORIAL

443 *Carlos Fernández del Castillo S.*

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 445 **Frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola en mujeres en posparto inmediato**
Desirée Sagarnaga Durante, Cecilia Delgado Monge, Guadalupe Sáenz Flores, Edith Tufiño Olivares, Margarita Levario Carrillo
- 450 **Estudio clínico-patológico de coccidioidomicosis vinculada con el embarazo en cuatro mujeres mexicanas**
Ana Laura Calderón Garcidueñas, Karina Piña Osuna, Ricardo M Cerda Flores
- 455 **Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay**
Mercedes Colomar, María Belizán, María Luisa Cafferata, Ana Labandera, Giselle Tomasso, Fernando Althabe, José M. Belizán

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 466 **Cáncer del cuello uterino. Panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo**
Alfonso Torres Lobatón, Guadalupe Rojo Herrera, Alfonso Torres Rojo, Gabino Hurtado Estrada, Edgar Román Bassaure
- 475 **Desarrollo psicosexual y educación sexual**
Mario Souza y Machorro

HACE 55 AÑOS

- 487 **Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta**
Traducción del Dr. Fernando Alonso O.

CONTENT

EDITORIAL

443 *Carlos Fernández del Castillo S.*

ORIGINAL ARTICLES

- 445 **Frequency of antibodies against rubella virus in puerperium women**
Desirée Sagarnaga Durante, Cecilia Delgado Monge, Guadalupe Sáenz Flores, Edith Tufiño Olivares, Margarita Levario Carrillo
- 450 **A clinical and pathological study of coccidioidomycosis and pregnancy in four Mexican women**
Ana Laura Calderón Garcidueñas, Karina Piña Osuna, Ricardo M Cerda Flores
- 455 **Practices of maternal and perinatal care performed in public hospitals of Uruguay**
Mercedes Colomar, María Belizán, María Luisa Cafferata, Ana Labandera, Giselle Tomasso, Fernando Althabe, José M. Belizán



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volume 72, number 9, September 2004

REVIEW ARTICLES

- 466 **Cervical cancer. Current view of its epidemiology and risk factors**
Alfonso Torres Lobatón, Guadalupe Rojo Herrera, Alfonso Torres Rojo, Gabino Hurtado Estrada, Edgar Román Bassaure
- 475 **Psychosexual development and sexual education**
Mario Souza y Machorro

55 YEARS AGO

- 487 **Placenta previa and early detachment of placenta**
Translation by Dr. Fernando Alonso O.

CONTENU

ÉDITORIAL

- 443 *Carlos Fernández del Castillo S.*

ARTICLES ORIGINAUX

- 445 **Fréquence d'anticorps face au virus de la rubéole chez des femmes en post-partum immédiat**
Desirée Sagarnaga Durante, Cecilia Delgado Monge, Guadalupe Sáenz Flores, Edith Tufiño Olivares, Margarita Levario Carrillo
- 450 **Étude clinico-pathologique de la coccidiomycose associée à la grossesse chez quatre femmes mexicaines**
Ana Laura Calderón Garcidueñas, Karina Piña Osuna, Ricardo M Cerda Flores
- 455 **Pratiques en l'attention maternelle et périnatale réalisées dans les hôpitaux publics d'Uruguay**
Mercedes Colomar, María Belizán, María Luisa Cafferata, Ana Labandera, Giselle Tomasso, Fernando Althabe, José M. Belizán

ARTICLE DE RÉVISION

- 466 **Cancer du col utérin. Panorama actuel de son épidémiologie et de ses facteurs de risque**
Alfonso Torres Lobatón, Guadalupe Rojo Herrera, Alfonso Torres Rojo, Gabino Hurtado Estrada, Edgar Román Bassaure
- 475 **Développement psico-sexuel et éducation sexuelle**
Mario Souza y Machorro

IL Y A 55 ANS

- 487 **Placenta précoce et décollement prématuré de placenta**
Traduction du docteur Fernando Alonso O.



Editada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Fundada por la Asociación Mexicana de la Ginecología y Obstetricia en 1945

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

EDITOR

Dr. Carlos Fernández del Castillo S.*

EDITOR ASOCIADO

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta*

EDITOR COORDINADOR

Dr. Ernesto Castelazo Morales*

CONSEJO EDITORIAL

Dr. J. Trinidad González Gutiérrez
Dr. José Manuel Septién González
Dr. Víctor Espinosa de los Reyes

Dr. Juan Rodríguez Argüeyes
Dr. Carlos Mac Gregor SN
Dr. Samuel Karchmer K

Dr. Efraín Vázquez Benítez
Dr. Roberto Ahued Ahued
Dr. José Antonio Sereno Coló
Dr. Jesús Puente Tovar

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Jesús Leal del Rosal
(Chihuahua, Chih.)
Dr. Juan Antonio Bujáidar Bujáidar
Dr. Reynaldo Milla Villeda
(Durango, Dgo.)
Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Dr. Oscar Flores Carreras
Dr. Emigdio Torres Fariás
Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez
Dr. Armando Vera Torres
(Guadalajara, Jal.)
Dr. Jorge González Durazo
(Hermosillo, Son.)
Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez
(León, Gto.)
Dr. José de Jesús Montoya Romero
(Mazatlán, Sin.)
Dr. Fernando Gasque López
(Mérida, Yuc.)
Dra. Judith Ablanado Aguirre
Dr. Alberto Alvarado Durán
Dr. Manuel Álvarez Navarro
Dr. Carlos Aranda Flores
Dr. Aquiles R. Ayala Ruíz
Dr. René Bailón Uriza
Dr. Héctor Hugo Bustos López
Dr. Francisco Cabral Castañeda

Dr. Guillermo Díaz Barreiro
Dr. Paolo Di Castro Stringher
Dr. Julio Fernández Alba
Dr. Ángel García Alonso
Dr. Salvador Gaviño Ambríz
Dr. Fco. Javier Gómezpedroso Rea
Dra. Patricia Grether González
Dr. Pablo Gutiérrez Escoto
Dr. Juan Carlos Hinojosa y Ríos
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
Dr. Valentín Ibarra Chavarría
Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Dr. Alberto Kably Ambe
Dr. Jorge Kunhardt Rasch
Dr. Roger Lara Ricalde
Dra. Teresita Leis Márquez
Dr. Mario López Llera
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Dr. José Niz Ramos
Dr. Javier Ortiz Ibarra
Dr. Carlos Quesnel García-Benítez
Dr. Gilberto Ramírez Cueto
Dr. Armando Torres Ramírez
Dr. José Antonio Ruíz Moreno
Dr. Carlos Salazar López Ortíz
Dr. Carlos Sánchez Basurto
Dr. Guillermo Santibáñez Moreno

Dr. Javier Santos González
Dr. Luis Senties Cortina
Dr. Claudio Serviere Zaragoza
Dr. Luis Simón Pereira
Dr. Gilberto Tena Alavez
Dr. Rubén Tlapanco Barba
Dr. César Trejo Ramírez
Dr. Roberto Uribe Elías
Dr. José Edmundo Valdés Macho
Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco
Dr. Manuel Villalobos Román
Dr. Carlos Villanueva Díaz
(México, D.F.)
Dr. Carlos Félix Arce
Dr. Samuel Hernández Ayup
Dr. Pedro Tonda Ribo
(Monterrey, N.L.)
Dr. Norberto Plascencia Moncayo
(Querétaro, Qro.)
Dr. Antonio de Jesús Briseño Sainz
(San Luis Potosí)
Dr. David Antonio Nava Muñoz
(Tijuana B.C.)
Dr. Pedro Coronel Brizio
(Xalapa, Ver.)

*SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDITORES DE REVISTAS BIOMÉDICAS, A.C. (AMERBAC) Y MIEMBROS DE LA WORLD ASSOCIATION OF MEDICAL EDITORS (WAME).



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

AGRUPACIONES FEDERADAS

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guadalajara, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de "La Laguna", A.C.
Sociedad Potosina de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de León, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tampico y Ciudad Madero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana, A.C.
Asociación Veracruzana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Sinaloense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia del Estado de Chihuahua, A.C.
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Puebla, A.C.
Asociación Michoacana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Veracruzana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monclova, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Juárez, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, A.C.
Asociación Tabasqueña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad Oaxaqueña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad Xalapeña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Estado de Guerrero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Noreste de Tamaulipas, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Saltillo, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxtla Gutiérrez, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Toluca, A.C.
Sociedad Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ensenada, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Durango, A.C.
Sociedad Hidalguense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Victorense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Querétaro, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán, Sinaloa, A.C.

Asociación de Gineco-Obstetricia de los Mochis, A.C.
Asociación Colimense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Sureste de Veracruz, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Piedras Negras, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxpan, Ver., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Mayo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Quintana Roo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de San Luis Río Colorado, Son., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Morelos, A.C.
Asociación Vallartense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Costa de Chiapas, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas, A.C.
Asociación Sudcaliforniana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Tlaxcala, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nayarit, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Sur del Estado de Chihuahua, A.C.
Asociación de Ginecoobstetras Guasave-Guamúchil, A.C.
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro., A.C.
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, A.C.
Asociación de Ginecoobstetras del Sur de Jalisco, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles y Zona Huasteca, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P., A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guaymas, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora, A.C.
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Delicias, A.C.
Colegio de Ginecoobstetras de Uruapan, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Matehuala, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Coatzacoalcos, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico de Tehuacán, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico de la Cuenca del Papaloapan, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico del Norte del Edo. de Guerrero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Poza Rica, Ver., A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco, A.C.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Fundada en 1960

Comité Ejecutivo
2003-2005

Dr.Dr. Javier Santos González
Presidente

Dr. Alberto Kably Ambe
Secretario

Dr. René Bailón Uriza
Tesorero

Vocales

Dr. Manuel Álvarez Navarro
Región I
Dr. Héctor Alejandro González
Región II
Dr. Enrique Soto Canales
Región III

Dr. José Gómez Alarcón
Región IV
Dr. Emigdio Torres Farías
Región V
Dra. C. Martha Acosta Velázquez
Región VI

Dr. Marco A. Fuentes Ocampo
Región VII

Afiliada a:



Federación Latino Americana
de Sociedades de
Obstetricia y Ginecología
FLASOG
Fundada en 1952



FIGO
The International Federation
of Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en: ARTEMISA, EMBASE CD/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, EMBASE CD/PEDIATRICS, EXCERPTA MÉDICA, INDEX MEDICUS,
ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE, SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual 2004

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 870.00
Personal:	\$ 850.00
Ejemplares ya publicados:	\$ 120.00

En el extranjero:

Institucional (multireaders):	\$ 160.00 dls.
Personal:	\$ 155.00 dls.

*La suscripción se puede iniciar en cualquier época del año
Precios sujetos a cambio

Toda correspondencia debe dirigirse al editor/At'n. Sra. Bertha Schoelly de Larrondo.
Ginecología y Obstetricia de México. Calle de Nueva York No. 38, Col. Nápoles, 03810 México, D.F. Tel. 5682-0156.

Realizada, comercializada y distribuida por Nieto Editores, SA de CV, Av. de las Tzinnias 10, col. Jardines de Coyoacán, México, DF, CP 04890. Tel.: 5678-2811, fax: 5679-6591. Impresa en: MPM, SA de CV, Manuel Sotero Prieto núm. 13, Circuito Científicos, Ciudad Satélite, Naucalpan, Estado de México, CP 53100.

Coordinación editorial: Evangelina Andraca Alcalá y Dr. Enrique Nieto R.

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo
Calle de Nueva York No. 38, Col. Nápoles
Del. Benito Juárez, 03810, México, D.F.
Tels: 5682-0156, 5682-4823,
de 17:00 a 20:00 horas.
Fax: 5682 5601

Publicidad

Georgina González Tovar

Ejecutiva de ventas

Tel. 5678-2811.

Celular: 044-55-1047-16-45

E-mail: ggonzalez@nietoeditores.com.mx

Karla Armenta Tovar

Ejecutiva de ventas

Tel. 5678-2811.

Celular: 044-55-1825-02-24

E-mail: karmenta@nietoeditores.com.mx



Los editores, el consejo y el comité editorial de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO nos sentimos complacidos por la trascendencia que día a día ha logrado la revista de los ginecólogos y obstetras mexicanos. El crecimiento y el éxito de una publicación se miden por la cantidad de lectores y, en el caso de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, éstos son más de 15,000 por mes; de éstos, 4,500 reciben la versión impresa en papel, el resto la consultan en la internet.

Ante tal cantidad de lectores, y la posibilidad de ver acrecentado su número, el proceso de selección de los artículos que se proponen para su publicación tiene mayores exigencias, todas ellas basadas en los lineamientos establecidos por los organismos encargados de la vigilancia y calificación de las revistas científicas.

El tiempo y el esfuerzo dedicados a la revisión minuciosa de los manuscritos, al intercambio de opiniones entre los miembros del comité editorial y los autores, son cada vez mayores, pues también mayores son las exigencias para colocar a la revista en las mejores y más prestigiadas bases de datos de información en ciencias de la salud (Index Medicus, Medline, Science Citation Index, Artemisa, Índice Médico Lationoamericano y otros más en los que está inscrita).

En el transcurso de los últimos seis meses no sólo han aumentado nuestros lectores, sino el interés de muchos de ellos expresado en las cartas dirigidas al editor para comentar artículos, criticarlos y aportar opiniones valiosas.

Así como la mayor recompensa de cualquier autor de un escrito es alcanzar la mayor cantidad de lectores,

la recompensa de los editores y de los miembros del comité editorial radica en tener cada vez más manuscritos entre los cuales elegir los mejor estructurados desde el punto de vista metodológico, los de investigación más rigurosa o las revisiones más exhaustivas, útiles y amenas.

Hoy tenemos más lectores que hace un año y muchísimos más que en 1945, cuando apareció el primer número de esta revista.

Nuestra preocupación y nuestra responsabilidad es contribuir la educación continua de nuestro colegas.

Este número ofrece al lector varios temas para la lectura y reflexión; de entre ellos vale la pena resaltar el que expone un panorama actual de la epidemiología y factores de riesgo de cáncer de cuello uterino. Éste es la principal causa de muerte por cáncer en la mujer, aun cuando en años recientes se haya reportado un descenso del 20% en sus cifras de mortalidad. Los autores de este artículo destacan que la actividad sexual y la paridad en la adolescencia, la infección cervical por el virus del papiloma humano y la deficiencias nutricionales constituyen factores de riesgo vinculados con la causa de la enfermedad.

El artículo que revisa el desarrollo psicosexual y la educación sexual se relaciona espontáneamente con el anterior pues, como se plantea en el primero, la ausencia o carencia de educación sexual han dado pie al aumento de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, factor causal del cáncer de cuello uterino. Los demás artículos también son importantes e interesantes.

Dr. Carlos Fernández del Castillo S.

Frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola en mujeres en posparto inmediato

Desirée Sagarnaga Durante,* Cecilia Delgado Monge,* Guadalupe Sáenz Flores,* Edith Tufiño Olivares,* Margarita Levario Carrillo**

RESUMEN

Antecedentes: la importancia clínica y epidemiológica de la rubéola radica en los efectos teratogénicos que produce en el feto; por esto, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita constituyen grandes problemas de salud pública.

Objetivos: determinar la frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola en mujeres en posparto inmediato e identificar los factores relacionados con la ausencia de inmunidad frente a éste.

Material y métodos: mujeres en el puerperio inmediato. Se trata de un estudio transversal que se realizó entre los años 2000 y 2002. Las pacientes residían en la zona urbana y rural del municipio de Delicias del estado de Chihuahua, México. Se realizó una entrevista que comprendió los factores relacionados con la ausencia de inmunidad frente al virus de la rubéola: edad, grado de escolaridad, número de gestaciones y lugar de residencia. Se tomó una muestra sanguínea entre 1 y 6 horas posteriores al parto y se determinó la inmunoglobulina G frente al virus de la rubéola.

Resultados: se estudiaron 396 pacientes. La edad promedio fue de 24 ± 6 años (media $\pm$ desviación estándar). La frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola fue del 87% (IC 95% 84-90). Los factores relacionados con la ausencia de anticuerpos frente a este virus fueron: número de gestaciones y grado de escolaridad; pacientes cuyo embarazo se trataba de la primera o segunda gestación y que tenían menor frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola (84%). La frecuencia de anticuerpos protectores fue del 95% en pacientes con más de dos embarazos ($p = 0.03$).

Conclusión: en esta población, la frecuencia observada de anticuerpos frente al virus de la rubéola es menor a la informada en países industrializados. Se sugiere reforzar los procedimientos para la vacunación posparto y después del aborto en mujeres susceptibles, a fin de prevenir las consecuencias de la infección. Asimismo, se recomienda realizar de manera periódica pruebas para la detección de anticuerpos contra rubéola, como protocolo de estudio premarital.

Palabras clave: anticuerpos frente al virus de la rubéola, rubéola congénita, embarazo, estado inmunitario.

ABSTRACT

Background: The significance of clinical and epidemiological rubella lies in its teratogenic effects on fetus; thus, rubella and congenital rubella represent great public health problems.

Objectives: To determine the frequency of antibodies against rubella virus in early puerperium women, and to identify factors related to the absence of immunity against it.

Material and methods: During the period 2000-2002, a cross-sectional study was conducted. Women in puerperium period, residents of urban and rural areas of Delicias, Chihuahua, Mexico, were included. Women were interviewed and asked about factors that have been associated with the absence of immunity against rubella virus such as age, schooling, number of gestations, and residence area. We collected a blood sample between 1 and 6 hours after delivery, and anti-rubella IgG was determined.

Results: 396 patients aged 24 ± 6 years were studied. The frequency of antibodies against rubella virus was of 87% (CI 95% 84-90). The factors related to the absence of antibodies against rubella were: number of gestations and schooling; patients whose pregnancy was the first or second gestation had a smaller frequency of antibodies against rubella virus (84%) compared to those with two previous gestations (95%, $p = 0.03$).

Conclusion: The observed frequency of antibodies of rubella virus in this population is smaller than the informed one in industrialized countries. It is recommended to reinforce procedures of vaccination for susceptible women and after delivery, in order to prevent the infection consequences, as well as routinely carry out tests for detection of antibodies against rubella like protocol of premarital study.

Key words: antibodies against rubella virus, congenital rubella, pregnancy, immunity state.

SOMMAIRE

Antécédents : l'importance clinique et épidémiologique de la rubéole tient aux effets tératogènes qu'elle produit sur le fœtus ; pour cela, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale constituent de grands problèmes de santé publique.



Objectifs : déterminer la fréquence d'anticorps face au virus de la rubéole chez des femmes en post-partum immédiat et identifier les facteurs concernant l'absence d'immunité en présence de celui-ci.

Matériel et méthodes : on a réalisé une étude transversale où l'on a inclus des femmes en suite de couche immédiat durant la période 2000-2002. Celles-ci résidaient dans l'agglomération urbaine et rurale de la municipalité de Delicias à l'état de Chihuahua, Mexique. On a réalisé une enquête qui a compris les facteurs concernant l'absence d'immunité face au virus de la rubéole : âge, niveau de scolarité, nombre de gestations et lieu de résidence. On a pris un échantillon sanguin entre 1 et 6 heures dans le post-partum et on a déterminé les anticorps IgG face au virus de la rubéole.

Résultats : on a étudié 396 patientes. La moyenne d'âge a été de 24 ± 6 ans (moyenne $\pm$ déviation standard). La fréquence d'anticorps face au virus de la rubéole a été du 87% (IC 95% 84-90). Les facteurs concernant l'absence d'anticorps face à ce virus ont été : nombre de gestations et niveau de scolarité ; patientes dont la grossesse était la première ou deuxième gestation et qui avaient une fréquence mineure d'anticorps face au virus de la rubéole (84%). La fréquence d'anticorps protecteurs a été du 95% chez des patientes avec plus de deux gestations ($p=0.03$).

Conclusions : dans cette population, la fréquence observée d'anticorps face au virus de la rubéole est mineure à celle informée dans les pays industrialisés. On suggère renforcer des procédés pour vaccination post-partum et après l'avortement chez des femmes susceptibles, afin de prévenir les conséquences de l'infection. Pareillement, on recommande de réaliser des tests de manière périodique pour la détection d'anticorps contre la rubéole comme protocole d'étude pré-maritale.

Mots-clés : anticorps face au virus de la rubéole, rubéole congénitale, grossesse, état immunitaire.

La importancia clínica y epidemiológica de la rubéola radica en los efectos teratogénicos que produce en el feto;^{1,2} por esto, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita constituyen grandes problemas de salud pública. En el 2001, los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud aprobaron la siguiente resolución: "fortalecer los esfuerzos para reducir el número de mujeres en edad fértil susceptibles a la rubéola y prevenir los casos de síndrome de rubéola congénita mediante la implantación de estrategias de vacunación acelerada contra la rubéola y aumentar su vigilancia epidemiológica."³ Es claro que el control de la rubéola y el programa de eliminación deben incorporar la protección individual de toda mujer en edad fértil y la vacunación de niños, a fin de interrumpir la transmisión de la rubéola.⁴

En México, el estudio de 67 pacientes embarazadas con diagnóstico de rubéola permitió reconocer las manifestaciones de la rubéola congénita más frecuentes en la prematuridad: bajo peso al nacimiento y alteración de los potenciales provocados auditivos del tallo

cerebral. Así, los autores concluyeron que en nuestro país la rubéola continúa causando daño fetal.⁵

Se han identificado diferencias importantes en la susceptibilidad frente al virus de la rubéola entre países y aun dentro de un mismo país, dependiendo de sus condiciones geográficas y sociodemográficas; esto, a su vez, obliga a disponer de datos epidemiológicos de cada población.^{5,6}

En la búsqueda de estos patrones epidemiológicos, algunos estudios han mostrado el amplio rango de inmunidad frente a la rubéola existente en mujeres. En algunas áreas geográficas de España se llega a encontrar inmunidad hasta en 98% de las mujeres embarazadas;^{1,7} en países como Rusia y Nigeria se encontraron los anticuerpos contra rubéola en embarazadas con frecuencias de 59.8 y 77.5%.^{8,9} En México, la Encuesta Nacional Seroepidemiológica de la Rubéola, realizada entre 1987 y 1988, mostró variaciones regionales; los estados del sur tuvieron porcentajes de seropositividad entre 65 y 74%; los del centro, porcentajes intermedios de 75 a 84; y los del norte, con excepción de Nuevo León y Tamaulipas, registraron los porcentajes más altos: entre 85 y 89%.⁶ Esto permitió cuestionar los estudios que informaban niveles de seropositividad en México entre 87.1 y 97.7% en menores de 14 años de edad.^{1,2,6}

Con el fin de identificar los factores relacionados con la ausencia de inmunidad frente al virus de la rubéola en mujeres embarazadas, se han realizado diversos estudios, como el de Lee y colaboradores, que establecen que en 1992 el perfil de la mujer que dio a luz a un niño con síndrome de rubéola congénita tenía

* Unidad de Medicina Familiar 33, IMSS.

** Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, IMSS, Chihuahua, México.

Correspondencia: Dra. Margarita Levario Carrillo. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, IMSS. División del Norte 2300 CH44-228, Col. Altavista, CP 31320, Chihuahua, Chihuahua, México.

Recibido: enero, 2004. Aceptado: agosto, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

las siguientes características: de 20 a 24 años de edad, multigrávida, hispana o blanca, consumidora de drogas ilícitas.¹⁰ En un estudio realizado en España se encontró una relación significativa entre los títulos protectores de anticuerpos y la edad materna, también entre éstos y el nivel de escolaridad de las gestantes.⁷ Los resultados coinciden con el estudio de los factores determinantes de la rubéola realizado en México en 1992, en una población de 10 a 14 años de edad; en éste se demostró la correlación de la escolaridad, edad y lugar de residencia (en orden de importancia) con la inmunidad frente a la rubéola.¹

A pesar de que el uso difundido de vacunas muy efectivas e inocuas ha reducido de manera importante la incidencia de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, siguen apareciendo casos de esta enfermedad.¹¹ Por ende, se ha sugerido la evaluación sistemática de la inmunidad frente a este virus. Sin embargo, no hay pruebas de que existan estudios actualizados de este tipo en el estado de Chihuahua, que estarían justificados dada la frecuencia de mortalidad por malformaciones congénitas y la alta tasa de mortalidad perinatal.^{12,13}

Los objetivos de este estudio fueron: determinar la frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola en mujeres en posparto inmediato e identificar factores relacionados con la ausencia de inmunidad frente al virus de la rubéola.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal con mujeres en el puerperio inmediato que se atendieron en la Unidad de Medicina Familiar 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social entre el año 2000 y el 2002. Las pacientes eran residentes de las zonas urbana y rural del municipio de Delicias en el estado de Chihuahua, México. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la unidad mencionada. Se excluyó a las pacientes con complicaciones durante la gestación.

Una vez explicados los objetivos y los pasos del estudio, se realizó una entrevista que incluyó los factores relacionados con la ausencia de inmunidad frente al virus de la rubéola, como: edad, grado de escolaridad, número de embarazos y lugar de residencia.⁷

La muestra se obtuvo de manera no probabilística, con una confiabilidad del 95% y un poder de prueba del 80%. Para determinar el tamaño de la muestra de los factores relacionados con la ausencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola, se tomaron como referencia los resultados publicados en 1999 por Ferrer y colaboradores en España,⁷ donde se informa una relación significativa con la edad y el nivel de instrucción de las gestantes. Se tomó en cuenta la variable de menor prevalencia, es decir, la instrucción básica; 17% tuvo ausencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola.

Para llevar a cabo el estudio serológico, el personal de enfermería previamente adiestrado tomó una muestra sanguínea de 4 cc durante el puerperio inmediato (entre 1 y 6 horas posparto) y la depositó en un tubo de ensayo sin anticoagulante para luego centrifugarla y congelarla a -20°C hasta su procesamiento. Se empleó el ensayo IMx rubéola IgG 2.0, que es un enzimoimmunoensayo de micropartículas para la determinación cuantitativa y cualitativa de los anticuerpos IgG frente al virus de la rubéola en suero humano. El ensayo y el analizador IMx se utilizaron para la determinación del estado de inmunidad.

RESULTADOS

Se estudiaron 396 pacientes en posparto inmediato. La edad promedio fue de 24 ± 6 años (media $\pm$ desviación estándar), fueron cinco las mujeres menores de 20 años de edad ($n = 84$) y mayores de 40.

En 95% de los casos el nacimiento ocurrió a término (mayor a 37 semanas de gestación) ($n = 377$) y sólo en 5% ($n = 19$) el parto fue prematuro. La frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola fue del 87% (IC95% 84-90).

Se observaron frecuencias similares de anticuerpos frente al virus de la rubéola en los grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años; a partir de los 30 años la frecuencia fue mayor al 90%; y en el grupo de edad de 40 a 45 años se observó una frecuencia del 100%.

Por lo que se refiere a las variables relacionadas con el estado inmunitario frente al virus de la rubéola (cuadro 1), la edad se estratificó en menores y mayores de 30 años y no se identificó una correlación

significativa, al igual que en las variables ocupación materna y lugar de residencia (rural o urbana).

Cuadro 1. Variables relacionadas con el estado inmunitario frente al virus de la rubéola en mujeres en el posparto inmediato

Variable	Con anticuerpos protectores n (%)	Sin anticuerpos protectores n (%)	p
Edad (años)			
< 30	285 (86)	45 (14)	0.17
> 30	61 (92)	5 (8)	
Número de gestaciones			
1-2	242 (84)	45 (16)	0.03
3-10	104 (95)	5 (5)	
Ocupación			
Hogar	218 (88)	30 (12)	0.79
Fuera del hogar	127 (87)	19 (13)	
Escolaridad			
Primaria o menos	146 (92)	13 (8)	0.03
Secundaria o más	200 (85)	36 (15)	
Residencia			
Urbana	270 (87)	39 (13)	0.99
Rural	76 (87)	13 (13)	

Los factores relacionados con la ausencia de anticuerpos frente a este virus fueron: número de embarazos; pacientes cuyo embarazo era el primero o segundo y que tenían menor frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola (84%). La frecuencia de anticuerpos protectores fue del 95% ($p = 0.03$) en las pacientes con más de dos gestaciones.

El promedio de años escolares cursados fue de 8 ± 3 . Se pudo identificar mayor frecuencia de anticuerpos protectores en mujeres que sólo cursaron un grado escolar de primaria que en las que tenían mayor grado escolar ($p = 0.03$).

DISCUSIÓN

La frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola en la población estudiada fue del 87%; esta población tuvo menor frecuencia a la observada en países industrializados (cuadro 2). Sin embargo, se apreció un ligero aumento con respecto a dos estudios nacionales: la Encuesta Nacional Seroepidemiológica realizada entre 1987 y 1989⁶ y un estudio llevado a cabo en población rural y urbana del estado de Guanajuato.¹⁴

De acuerdo con otros estudios,⁷ se vio incremento en la frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola conforme avanza la edad; sin embargo, el tamaño de la muestra se redujo en el extremo superior de la edad reproductiva y se obtuvo 100% de anticuerpos frente a este virus.

El hecho de que las mujeres mayores de 30 años tengan mayor protección frente al virus de la rubéola sugiere la propagación del virus salvaje, puesto que éstas no fueron vacunadas cuando cursaban los grados básicos de escolaridad en México (primaria y secundaria). No fue sino hasta 1998, 25 años después de iniciado el Programa Nacional de Inmunizaciones,¹⁵ que esta vacuna se integró al esquema básico de vacunación (sarampión, rubéola y parotiditis). No hay pruebas de que la limitación en la circulación del virus sea suficiente para proteger eficazmente a las mujeres seronegativas en edad fértil.¹

A partir de 1974 comenzaron a realizarse con regularidad pruebas para la detección de anticuerpos contra rubéola, en California, Estados Unidos, como protocolo de estudio premarital; y, desde 1980,¹⁰ se cuenta con programas de inmunización en las escuelas.

Cuadro 2. Frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola en diversos estudios

Autor	Localización	Año	Edad	Serología (%)
José MV y col. ⁶	México	1987-1989	10-14 Edad fértil	69.3 80
Macías-Hernández AE y col. ¹⁴	Guanajuato, México	1993	15-39	78 58.9 (medio rural)
Ferrer C y col. ⁷	Lliria, Valencia	1999	15-45	95.2
Onyenekwe CC y col. ⁹	Lagos, Nigeria	2000		77.5
Odlan JO y col. ⁸	Leningrado, Rusia	2001	15-45	59.8
Estudio actual	Delicias, Chihuahua, México	2001-2002	15-40	87

En conclusión, los resultados de este estudio sugieren que la frecuencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola es menor a la informada en países industrializados. El perfil de las mujeres con anticuerpos frente a este virus no está definido, ya que sólo el número de embarazos y el grado de escolaridad mostraron una relación significativa. Se sugiere reforzar los procedimientos para la vacunación posparto y después del aborto en mujeres susceptibles, a fin de prevenir las consecuencias de la infección.¹³ Asimismo, se recomienda realizar pruebas de manera periódica para la detección de anticuerpos contra rubéola como protocolo de estudio premarital. Tal vez las poblaciones donde la prevalencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola es menor al 95% puedan adoptar estas estrategias.

REFERENCIAS

1. Tapia R, Sepúlveda J, Salvatierra B, Muñoz O, Bustamante ME, Álvarez y Muñoz MT, et al. Factores determinantes de la rubéola en población de 10 a 14 años de edad en México. *Salud Publica Mex* 1992;34:211-21.
2. José MV, Olvera J, Serrano O. Epidemiología de la rubéola en México. *Salud Publica Mex* 1990;34:318-27.
3. Castillo C, de Quadros CA. Control acelerado de la rubéola y prevención del síndrome de rubéola congénita en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11:273-6.
4. Hinman AR, Hersh BS, de Quadros CA. Rational use of rubella vaccine for prevention of congenital rubella syndrome in the Americas. *Rev Panam Sal Publica* 1998;4:156-60.
5. Figueroa R, Ortiz FJ, Arredondo JL, Ahued JR. Resultado de los embarazos complicados con rubéola, 1990-1997. *Salud Publica Mex* 1999;41:271-7.
6. José MV, Olvera J. La seroepidemiología de la rubéola en México: datos y teoría. *Salud Publica Mex* 1992;34:328-34.
7. Ferrer C, Climent M, Giner S, Silvestre S, Giménez P. Prevalencia de anticuerpos frente al virus de la rubéola en mujeres gestantes en un centro de salud. *Aten Primaria* 1999;23:429-33.
8. Odland JO, Sergejeva IV, Ivaneev MD, Jensen IP, Stray-Pedersen B. Seropositivity of cytomegalovirus, parvovirus and rubella in pregnant women and recurrent aborters in Leningrad county, Russia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1025-9.
9. Onyenekwe CC, Kehinde-Agbeyangi TA, Ofor US, Arinola OG. Prevalence of rubella-IgG antibody in women of childbearing age in Lagos, Nigeria. *West Afr J Med* 2000;19:23-26.
10. Lee SH, Ewert DP, Frederick PD, Mascola L. Resurgence of congenital rubella syndrome in the 1990s. Report on missed opportunities and failed prevention policies among women of childbearing age. *JAMA* 1992;267:2616-20.
11. Solórzano F, López A, Alvarez y Muñoz MT, Miranda G, Gadea T, Vázquez G. Síndrome de rubéola congénita en lactantes atendidos en un hospital pediátrico. *Gac Med Mex* 2001;137:105-9.
12. Indicadores. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997. *Salud Publica Mex* 1999;41:138-46.
13. Ramírez JA, Benavides FG, Lacasaña M, Marínez JM, García AM, Benach J. Mortalidad por defectos del tubo neural en México, 1980-1997. *Salud Publica Mex* 2003;45:356-64.
14. Macías AE, Ponce de León S, Muñoz JM, López F, Cano A, Vera A. Seroepidemiología de la rubéola en una población femenina en edad fértil en León, Guanajuato. *Salud Publica Mex* 1993;35:339-44.
15. Nuevo esquema de vacunación en México. *Salud Publica Mex* 1999;41:1-2.

Estudio clínico-patológico de la coccidioidomicosis vinculada con el embarazo en cuatro mujeres mexicanas

Ana Laura Calderón Garcidueñas,^{*,**} Karina Piña Osuna,^{**} Ricardo M Cerda Flores^{*}

RESUMEN

Antecedentes: los estudios realizados en las poblaciones del noreste de México demuestran que existe una amplia variabilidad en la prevalencia cruda de la reacción cutánea positiva a coccidioidina que va del 30 al 49%. Uno de los factores de riesgo reportados para coccidioidomicosis diseminada es el embarazo.

Objetivos: describir el espectro clínico de la coccidioidomicosis fatal en cuatro mujeres con la enfermedad durante el embarazo o el puerperio, discutir los hallazgos de las autopsias y revisar la literatura médica.

Material y métodos: se revisaron los archivos de patología de 1983 al 2000 de un hospital de referencia del noreste de México. De 4,598 autopsias realizadas, cuatro casos correspondieron a coccidioidomicosis en mujeres embarazadas; de éstos, se revisaron los expedientes clínicos y de autopsia y el material histopatológico.

Resultados: el espectro clínico incluyó un caso de septicemia y pérdida fetal, un caso de neumonía atípica, un caso de meningitis crónica que inició con alteraciones neuropsiquiátricas y un caso con insuficiencia renal consecutiva a enfermedad hipertensiva del embarazo y cuadros neumónicos repetidos. Todas las pacientes tuvieron granulomas con abundantes esférulas micóticas y el patrón de afectación pulmonar fue con múltiples nódulos bilaterales de 2-10 mm.

Conclusión: en las mujeres embarazadas que viven en áreas endémicas o que han viajado a éstas durante el embarazo debe considerarse el diagnóstico de coccidioidomicosis si padecen síndrome febril y neumonía, sobre todo si se encuentran infiltrados bilaterales y patrón nodular fino, con o sin eritema nodoso o meningitis.

Palabras clave: coccidioidomicosis, embarazo, autopsias, México.

ABSTRACT

Background: In northeastern Mexican population prevalence of positive cutaneous reaction to coccidioidin varies from 30 to 49%. Pregnancy is a risk factor for disseminated coccidioidomycosis.

Objectives: 1) To describe the clinical spectrum of coccidioidomycosis in four women who acquired the disease during pregnancy or puerperium. 2) To discuss the autopsy findings. 3) To review the medical literature.

Material and methods: From 1983 to 2000, files of the Pathology Department of a reference tertiary hospital in northeastern Mexico were reviewed. Four cases of 4,598 autopsies corresponded to pregnant women with coccidioidomycosis. Clinical and autopsy charts, and the histological material were studied.

Results: Clinical spectrum included a septicemia case with fetal lost, an atypical pneumonia, a chronic meningitis with neuropsychiatric alterations and a patient with hypertensive pregnancy disease with secondary renal insufficiency and repeated episodes of pneumonia. All patients at autopsy showed multiple granulomas with abundant mycotic spherules. Lung involvement included bilateral 2-10 mm nodules.

Conclusion: In pregnant women of endemic areas or who had traveled to these zones during pregnancy, coccidioidomycosis should be considered in the differential diagnosis of febrile syndrome with pneumonia, specially if it is accompanied of bilateral nodular infiltrates in lung, with or without erythema nodosum or meningitis.

Key words: coccidioidomycosis, pregnancy, autopsies, Mexico.

SOMMAIRE

Antécédents : les études réalisées dans les populations du nord-est de Mexique montrent qu'il existe une ample variabilité dans la prévalence crue de la réaction cutanée positive à la coccidioidine qui va du 30 au 49%. Un des facteurs de risque reportés pour la coccidiomycose disséminée est la grossesse.

Objectifs : décrire le spectre clinique de la coccidiomycose fatale chez quatre femmes avec la maladie durant la grossesse ou la suite de couche, discuter les découvertes des autopsies et réviser la littérature médicale.

Matériel et méthodes : on a révisé les archives de pathologie de 1983 au 2000 d'un hôpital de référence du nord-est de Mexique. De



4,598 autopsias efectuadas, cuatro cas ont correspondu à la coccidiomycose dans des femmes enceintes ; de ceux-ci, on a révisé les dossiers cliniques et d'autopsie et le matériel hystopathologique.

Résultats : le spectre clinique a compris un cas de septicémie et perte fœtale, un cas de pneumonie atypique, un cas de méningite chronique qui s'est initié avec altérations neuropsychiatriques et un cas avec insuffisance rénale consécutive à une maladie hypertensive de la grossesse et signes cliniques répétés de pneumonie. Toutes les patientes ont eu des granulomes avec abondance de sphérules mycotiques et le patron d'affectation pulmonaire a été de multiples nodules bilatéraux de 2-10 mm.

Conclusion : pour les femmes enceintes qui habitent des zones endémiques ou qui y aient voyagé pendant la grossesse, on doit considérer le diagnostic de coccidiomycose si elles souffrent de syndrome fébrile et pneumonie, surtout si l'on trouve infiltrés bilatéraux et patron nodulaire fin, avec ou sans érythème nodulaire ou méningite.

Mots-clés : coccidiomycose, grossesse, autopsies, Mexique.

La mayoría de las mujeres que padecen coccidioidomicosis durante el embarazo tiene un pronóstico favorable;^{1,2} sin embargo, en algunos casos existen complicaciones graves, como la pérdida fetal y la prematuridad e, incluso, muerte materna.³

Hace poco, en un estudio de mortalidad hospitalaria realizado en el noreste de México en mujeres embarazadas, 4.5% de las muertes se debieron a coccidioidomicosis; *Coccidioides immitis* fue el agente infeccioso más frecuente en la muerte obstétrica indirecta.⁴

En las áreas endémicas de Estados Unidos una de cada 1,000 mujeres embarazadas padece coccidioidomicosis, con una tasa de diseminación 40 veces mayor que la de la población general, especialmente en población afro-americana.⁵ La distribución del riesgo de diseminación en coccidioidomicosis es del 23% si la infección se inicia durante el primer trimestre del embarazo, 59% en el segundo y 68% en el tercero.⁵ El hecho de que el factor embarazo se relacione con mayor riesgo de diseminación se debe a la disminución de células T auxiliaadoras, lo que resulta en un estado relativo de inmunosupresión.^{6,7}

Los objetivos de este estudio fueron: 1) describir el espectro clínico de cuatro casos de coccidioidomicosis fatal en mujeres que adquirieron la enfermedad durante

el embarazo o el puerperio, 2) discutir los hallazgos de la autopsia y 3) hacer una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron los archivos de autopsia del departamento de patología del Hospital Regional de Especialidades Núm. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León, México. De 1983 al 2000 se realizaron 4,598 autopsias, de las cuales cuatro correspondieron a mujeres que padecieron coccidioidomicosis durante el embarazo o el puerperio y en quienes la enfermedad fue la causa directa de la muerte. Estas pacientes se incluyeron al estudio.

RESULTADOS

Se describen el cuadro clínico y los hallazgos de la autopsia de los cuatro casos observados:

Caso 1

Se trató de una mujer de 27 años, ama de casa, residente de Nuevo Laredo, Tamaulipas, con tabaquismo positivo (dos o tres cigarrillos al día) durante los últimos siete años. A las 27 semanas de gestación inició con fiebre, escalofrío, rotura prematura de membranas y trabajo de parto espontáneo de un producto obitado. En otro hospital le dieron el diagnóstico de sepsis y se le realizó histerectomía por hemorragia persistente posparto. Posteriormente ingresó a nuestro hospital en estado séptico, con insuficiencia respiratoria y renal que requirieron apoyo ventilatorio y diálisis peritoneal. Sus estudios reportaron hemoglobina de 5.3 g/dL, hematócrito 16 %, leucocitos 30,400/mm³ (segmentados 87%, bandas 8%, linfocitos 5%). En los 27 días de estancia hospitalaria llegó a padecer insuficiencia hepática. En la autopsia se observó un patrón miliar

* Departamento de Patología, Hospital de Especialidades núm. 25, IMSS, Monterrey, México.

** División de Genética. Centro de Investigación Biomédica del Noreste, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Monterrey, México.

Correspondencia: Dra. Ana Laura Calderón Garcidueñas. Av. San José 4823, Col. Cedros, Monterrey, NL, México, CP 64370. Tel.: (01-81) 81904036. Fax: (01-81) 8190-4035. E-mail: acald911@hotmail.com

Recibido: enero, 2004. Aceptado: agosto, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

en el bazo (400g) y en los pulmones (pulmón derecho 850 g, izquierdo 800 g) con numerosas lesiones de 1 a 2 mm, con tendencia a confluir hasta formar nódulos de 10 mm (figura 1). Sin embargo, los lavados bronquiales siempre fueron negativos para un agente etiológico específico. El hígado (3,250 g) mostró múltiples lesiones purulentas de 0.5 cm. Desde el punto de vista histológico las lesiones en los pulmones y el bazo fueron granulomas sin necrosis caseosa, mientras que las hepáticas fueron abscesos con esférulas de *Coccidioides immitis*.

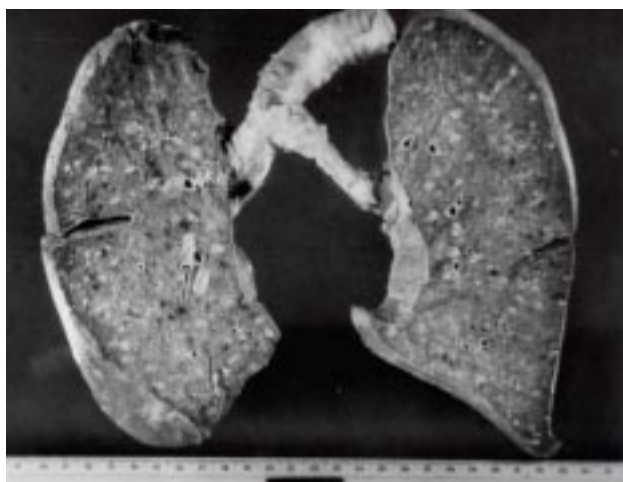


Figura 1. Pulmones al corte que muestran nódulos parenquimatosos bilaterales de 2-10 mm.

Caso 2

Ama de casa de 24 años de edad, residente de Piedras Negras, Coahuila, que cursaba su cuarto embarazo. Inició con neumonía un mes antes de su ingreso. Fue hospitalizada en su lugar de origen, en donde le prescribieron tratamiento con antibióticos (amino-glucósidos) durante dos semanas. Se le dio de alta del hospital, pero la fiebre se reinició y se agregó disnea progresiva. Se admitió en nuestro hospital a las 28 semanas de gestación, con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía atípica. Los estudios demostraron: hemoglobina de 10 g/dL, hematócrito de 31%, leucocitos 15,200/mm³ (segmentados 77, linfocitos 15%, eosinófilos 7%, bandas 1%). Mientras se le practicaba un lavado bronquial para diagnóstico tuvo un paro cardiorrespiratorio reversible. Posteriormente se le hizo operación cesárea y se obtuvo un producto único, vivo. La placenta mostró numerosos

infartos pequeños y calcificaciones. La insuficiencia respiratoria se incrementó y la paciente murió. En los pulmones se observó un patrón miliar con numerosos granulomas (pulmón derecho 1,350 g; pulmón izquierdo 1,150 g), bazo (450 g) (figura 2), ganglios linfáticos, riñones, páncreas, meninges y cerebro.

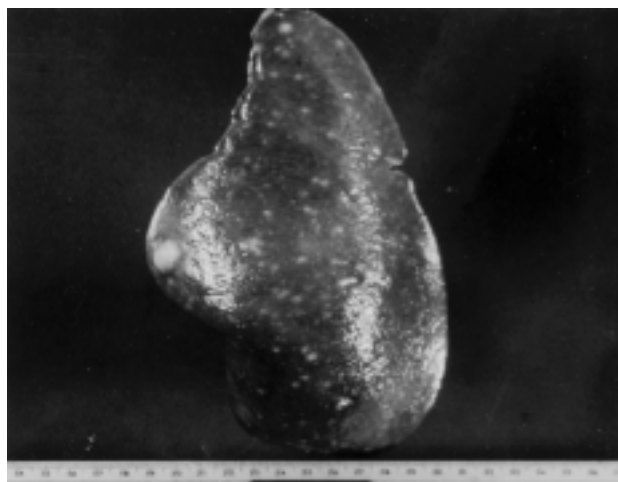


Figura 2. Bazo que muestra numerosos nódulos subcapsulares que corresponden a granulomas micóticos.

Caso 3

Ama de casa de 23 años de edad, residente de Sabinas, Coahuila, que inició su padecimiento nueve meses antes de su ingreso a este hospital y dos días después del nacimiento de su único hijo. La paciente padeció cefalea, mostró poco interés por el recién nacido y aplanamiento afectivo, cuadro que se clasificó como depresión posparto. Durante los siguientes meses, según refirieron los familiares, la cefalea se incrementó en intensidad y se localizó en la región frontal, acompañada de fotofobia. La paciente no volvió a reincorporarse a sus actividades normales. A su ingreso, la paciente se encontraba en estado estuporoso, consecutivo al edema cerebral severo y la dilatación de los ventrículos laterales. Se realizó una ventriculostomía frontal derecha. El examen del líquido cefalorraquídeo ventricular reportó glucosa de 35 mg/dL (concentración sérica de 90 mg/dL), proteína 15 mg/dL, 750 células/mm³ (85% segmentados, 15% linfocitos). La paciente murió cuatro días después a causa del edema cerebral y la hernia del uncus. La autopsia registró meningitis basal y se corroboraron los diagnósticos de ingreso; además, en el lóbulo

inferior del pulmón izquierdo se encontró una lesión granulomatosa de 1 cm. Las esférulas micóticas se observaron en ambos sitios.

Caso 4

Mujer de 22 años de edad, residente de Piedras Negras, Coahuila, que padeció enfermedad hipertensiva del embarazo con necrosis renal bilateral e insuficiencia renal secundaria. Un día después del parto inició con un cuadro neumónico, que aparentemente se resolvió con tratamiento antibiótico para volver a manifestarse, al menos, en dos ocasiones más antes de que se le realizara una biopsia pulmonar que sólo mostró fibrosis e inflamación crónica. La paciente recibió diferentes esquemas de antibióticos. Diez meses después del inicio fue enviada a nuestro hospital debido a que presentaba convulsiones. Se recibió una paciente séptica, febril, con insuficiencia renal crónica y respiratoria y crisis convulsivas generalizadas. La paciente murió cuatro días después debido a coagulación intravascular diseminada. En la autopsia se observaron numerosos granulomas abscedados en los pulmones (derecho 500 g e izquierdo 300 g) y meningitis granulomatosa de predominio basal.

COMENTARIOS

En las poblaciones del Noreste de México se tiene una variabilidad en la prevalencia cruda de reacción cutánea positiva a coccidioidina que va del 30 al 49%.^{8,9} Las pacientes de este estudio eran residentes del área de mayor riesgo para coccidioidomicosis en México,⁸ y vivían en ciudades cercanas a la frontera con Estados Unidos (Valle de San Joaquín).

Todas son ejemplo de infección diseminada durante el tercer trimestre del embarazo o en el puerperio. La paciente del caso 1 tuvo un cuadro clínico séptico con pérdida fetal y el compromiso pulmonar se subestimó hasta su ingreso a nuestro hospital. Sin embargo, los lavados bronquiales repetidos no demostraron un agente etiológico. En el caso 2, la infección se clasificó como neumonía atípica, pero también los lavados bronquiales fallaron para demostrar la causa. Durante la autopsia no se observaron lesiones bronquiales en estos dos casos, a pesar del grave compromiso del parénquima pulmonar con granulomas. Este hallazgo

es importante porque en caso de un cuadro clínico sugerente y lavados bronquiales repetidamente negativos, los resultados de la biopsia deberán tomarse en cuenta para el diagnóstico. En estas dos pacientes, además del incremento en el peso de los pulmones, el bazo estaba crecido y fácilmente detectable a la palpación. En casos como los anteriores, el diagnóstico diferencial con tuberculosis puede ser difícil, pero los estudios serológicos suelen ser de utilidad. En la coccidioidomicosis temprana las pruebas cualitativas (inmunodifusión, inmunoensayo enzimático o aglutinación de partículas de látex) permiten la detección sérica de anticuerpos IgM; la cuantificación del título de IgG fijadora de complemento, que aparece más tardíamente, también es útil para el diagnóstico.¹⁰ Mediante métodos moleculares, la amplificación de las secuencias genómicas de *Coccidioides immitis* mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), seguida de hibridación, es una prueba sensible y rápida, aunque no está disponible en la mayor parte de los hospitales de nuestro país.¹¹

En la paciente del caso 3 la evolución natural y prolongada de la meningitis crónica, con un inicio peculiar, fue la causa de la muerte. El cuadro neuropsiquiátrico, con estado depresivo y cefalea, se interpretó como depresión posparto en otro hospital. Posteriormente, la paciente y su familia no buscaron atención médica sino hasta que los síntomas de la hipertensión intracraneal se hicieron evidentes.

En el caso 4, los repetidos episodios de neumonía, aunados a la insuficiencia renal hicieron necesaria la toma de una biopsia percutánea pulmonar que no fue concluyente y que quizá debió haberse repetido. La insuficiencia renal parece ser una enfermedad previa, frecuente en pacientes con coccidioidomicosis diseminada, incluso en ausencia de trasplante renal.¹²

Estos cuatro casos muestran el espectro clínico de la coccidioidomicosis que concluyó con una enfermedad diseminada y fatal, con duración diferente de la enfermedad (de semanas hasta 10 meses).

¿Por qué la mujer embarazada tiene riesgo más elevado de coccidioidomicosis diseminada? Algunos estudios han demostrado que las concentraciones de estradiol y progesterona alcanzadas en la mujer embarazada estimulan directamente el crecimiento de

Coccidioides immitis,¹³ y que los efectos de la concentración nanomolar de las hormonas sexuales en este hongo son influidos por un sistema específico citosólico de unión a proteína.¹⁴ Es más, la tasa de maduración de la esférula y la liberación de endosporas se aceleran en forma dosis-dependiente por la concentración de 17 beta-estradiol, sobre todo el nivel encontrado en el embarazo avanzado.¹⁵ Además, la respuesta de linfocitos a fitohemaglutinina y concavalina A está moderadamente disminuida durante el último trimestre del embarazo.¹⁶ Estos hallazgos explican, al menos en parte, la predisposición del embarazo a la diseminación de la infección. Ninguna de las pacientes tuvo lesiones cutáneas, ni masas en los tejidos blandos.¹⁷ Algunas veces las lesiones granulomatosas aisladas en la piel ayudan al diagnóstico;¹⁸ el eritema nodoso se asocia con mejor pronóstico de la coccidioidomicosis en mujeres embarazadas.¹⁹ Se observó discreta eosinofilia únicamente en una paciente, aunque hay reportes de la importancia del incremento de estas células en la infección diseminada.²⁰

En conclusión, es importante considerar el diagnóstico de coccidioidomicosis en la mujer embarazada con enfermedad febril neumónica, sobre todo con infiltrados nodulares finos bilaterales diseminados, con o sin meningitis. Como se mostró en este trabajo, los lavados bronquiales pueden fallar para detectar el agente causal en casos con afectación pulmonar miliar, pero sin daño bronquial; en esos casos, las pruebas serológicas y moleculares, así como la biopsia pulmonar, pueden ser decisivas para el diagnóstico oportuno.

REFERENCIAS

1. Caldwell JW, Arsura EL, Kilgore WB, Garcia AL, Reddy V, Johnson RH. Coccidioidomycosis in pregnancy during epidemic in California. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):236-9.
2. Wack E, Ampel N, Galgiani J, Bronnimann D. Coccidioidomycosis during pregnancy. An analysis of ten cases among 47,120 pregnancies. *Chest* 1988;94(2):376-9.
3. Ostrosky-Zeichner L, Rex JH. Update on fungal infections: Pregnant women, neonates, and the immunocompromised. 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents & Chemotherapy, September 1-17, 2000. File://A:\Today's-Diagnosis of Coccidioidomycosis.htm
4. Calderón-Garcidueñas AL, Martínez-Salazar G, Fernández-Díaz H, Cerda-Flores RM. Mortalidad materna hospitalaria: causas y concordancia entre el diagnóstico clínico y el de autopsias en el Centro Médico del Noreste del IMSS, México. *Ginec Obstet Mex* 2002;70:95-102.
5. Peterson M, Schuppert K, Kelly P, Pappagianis D. Coccidioidomycosis and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48(3):149-56.
6. le S, Rubio ER, Alper B, Szerlip HM. Respiratory complications of pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57(1):39-46.
7. Rosenstein NE, Emery KW, Werner SB, Kao A, Johnson R, Rogers D, et al. Risk factors for severe pulmonary and disseminated coccidioidomycosis: Kern County, California, 1995-1996. *Clin Infect Dis* 2001;32(5):708-15.
8. González-choa A. La importancia médica de la coccidioidomicosis en la frontera entre México y Estados Unidos de América. *Salud Pulca Mex* 1968;10(3):319-26.
9. Velasco-Rodríguez VM, Martínez-Ordaz VA, Padua y Gabriel A, Lazo-Saénz JG, Cicero-Sabido R. Usefulness of the coccidioidin skin test in patients with diabetes mellitus in an endemic zone. *Rev. Invest Clin* 2001;53(3):223-7.
10. Pappagianis D. Serologic studies in coccidioidomycosis. *Semin Respir Infect* 2001;16(4):242-50.
11. Vaz A, Pineda-Román M, Thomas A, Carlson R. Coccidioidomycosis: An update. <http://www.hosprract.com/issues/1998/09/vaz.htm>
12. Calderón-Garcidueñas AL, Piña-Osuna K, Leal-Moreno AM, López-Cárdenas A, Cerda-Flores RM. Características clínico-patológicas y distribución del número de autopsias de pacientes fallecidos por coccidioidomicosis en un hospital de referencia del Noreste de México. *Gac Med Mex* 2004;140(4):33-38.
13. Drutz DJ, Huppert M. Coccidioidomycosis: factors affecting the host-parasite interaction. *J Infect Dis* 1983;147(3):372-90.
14. Powell BL, Drutz DJ, Huppert M, Sun SH. Relationship of progesterone- and estradiol-binding proteins in *Coccidioides immitis* to coccidioidal dissemination in pregnancy. *Infect Immun* 1983;40(2):478-5.
15. Huppert M, Sun SH, McGuire WL. Human sex hormones stimulate the growth and maturation of *Coccidioides immitis*. *Infect Immun* 1981;32(2):897-907.
16. Barbee RA, Hicks MJ, Grosso D, Sandel C. The maternal immune response in coccidioidomycosis. Is pregnancy a risk factor for serious infection? *Chest* 1991;100(3):709-15.
17. Olivere JW, Meier PA, Fraser SL, Morrison WB, Parsons TW, Drehner DM. Coccidioidomycosis- the airborne assault continues: an unusual presentation with a review of the history, epidemiology, and military relevance. *Aviat Space Environ Med* 1999;70(8):790-6.
18. Buiuc D, Dobrescu A, Dobrescu G, Petrescu Z, Branisteanu L. Further comment on the importance of microscopy in clinical microbiology. The argument for the diagnosis of the skin manifestations of histoplasmosis and coccidioidomycosis. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 1990;94(2):393-6.
19. Arsura EL, Kilgore WB, Ratnayake SN. Erythema nodosum in pregnant patients with coccidioidomycosis. *Clin Infect Dis* 1998;27(5):1201-3.
20. Harley WB, Blasser MJ. Disseminated coccidioidomycosis associated with extreme eosinophilia. *Clin Infect Dis* 1994;18(4):627-9.

Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay

Mercedes Colomar,* María Belizán,** María Luisa Cafferata,* Ana Labandera,*** Giselle Tomasso,* Fernando Althabe,* José M. Belizán,* por el Grupo de Estudio de Prácticas Perinatales

RESUMEN

Antecedentes: una de las formas para medir la calidad de la atención proporcionada en los hospitales es evaluar la tasa de utilización de las prácticas que han demostrado ser benéficas para la salud de la población atendida.

Objetivo: realizar un relevamiento del uso de prácticas relacionadas con la atención materna y perinatal en hospitales públicos de Uruguay, así como conocer las opiniones y perspectivas de las usuarias acerca de algunas de esas prácticas.

Material y métodos: estudio descriptivo de corte transversal basado en hospitales. Para el estudio de la prevalencia se utilizó un formulario que debía llenarse con datos extraídos de los registros hospitalarios y una encuesta dirigida a la mujer. Para la encuesta de opinión se utilizó un cuestionario que debía contestar la mujer en el posparto inmediato.

Resultados: participaron 773 mujeres que asistieron a 12 hospitales. La tasa de administración de corticoides a mujeres con amenaza de parto pretérmino fue igual o menor a 40%. La administración de ácido fólico antes y enseguida de la concepción, el acompañamiento durante el parto, el manejo activo del alumbramiento y la posición supina del recién nacido tuvieron tasas de utilización inferiores al 35%. La episiotomía y el rasurado perineal demostraron tasas de utilización superiores al 50%.

Conclusiones: existen prácticas que han probado ser benéficas para el cuidado de la salud y que aún no se han incorporado en forma rutinaria a los hospitales. Siguen empleándose prácticas que han demostrado ser inefectivas e, incluso, perjudiciales.

Palabras clave: opinión pública, salud de la mujer, calidad de la atención a la salud, apoyo social, episiotomía, prevención y control de hemorragia posparto, enema, afeitado perineal, trabajo de parto, parto, recién nacido, prevención y control del síndrome de muerte súbita, cateterización periférica, prevención y control del síndrome de dificultad respiratoria, ácido fólico, corticoesteroides, hierro, tabaquismo.

ABSTRACT

Background: Quality of care can be measured by the rate of use of beneficial and ineffective or deleterious practices.

Objective: To perform a survey of the use of maternal and perinatal care practices in public maternities of Uruguay, and to know the opinions and perspectives of the users concerning some of these practices.

Material and methods: Cross-sectional hospital based descriptive study. For the prevalence study, a questionnaire filled with data taken from hospital records and a women survey were used. For the opinion study, a women questionnaire during early postpartum period was done.

Results: 773 women from 12 hospitals were enrolled in the study. The rate of administration of corticosteroids in women with risk of preterm delivery was < 40%. Periconceptional folic acid administration, psychosocial support during labour, active management during the third stage of labour, and supine position of the newborn, showed rates of utilization lower than 35%. Episiotomy and perineal shaving showed rates of use higher than 50%.

Conclusions: Some evidence-based beneficial health care practices are still not routinely implemented in public hospitals. Ineffective and even harmful practices are still used.

Key words: public opinion, women health, health care quality, social support, episiotomy, postpartum hemorrhage/prevention and control, enema, perineal shaving, labor, delivery, infant, newborn, sudden death syndrome/prevention and control, peripheral catheterization, respiratory distress syndrome/prevention and control, folic acid, corticosteroids, iron, tobacco.

SOMMAIRE

Antécédents : l'une des formes pour mesurer la qualité d'attention offerte dans les hôpitaux est d'évaluer le taux d'utilisation des pratiques qui ont prouvé être bénéfiques pour la santé de la population observée.

Objectif : réaliser un relèvement de l'usage de pratiques concernant l'attention maternelle et périnatale dans des hôpitaux publiques d'Uruguay, ainsi que connaître les opinions et perspectives des usagères à propos de quelques-unes de ces pratiques.



Matériel et méthodes : étude descriptive de type transversal basé sur des hôpitaux.

Pour l'étude de la prévalence on a utilisé un formulaire qu'il fallait remplir avec des données extraites des registres hospitaliers et une enquête dirigée à la femme. Pour l'enquête d'opinion on a utilisé un questionnaire à répondre par la femme dans le post-partum immédiat.

Résultats : 773 femmes qui ont assisté à 12 hôpitaux ont participé. Le taux d'administration de corticoïdes dans des femmes avec menace d'accouchement avant-terme a été égal ou mineur au 40%. L'administration d'acide folique avant et après la conception, l'accompagnement durant l'accouchement, la manœuvre active de l'enfantement et la position en supination du nouveau-né ont eu des taux d'utilisation inférieurs au 35%. L'épisiotomie et le rasage périnéal ont démontré des taux d'utilisation supérieurs au 50%.

Conclusions : il existe des pratiques qui ont prouvé être bénéfiques pour le soin de la santé et qui ne se sont pas encore incorporées de façon routinière aux hôpitaux. Des pratiques qui ont démontré ne pas être effectives ou, même, préjudiciables continuent d'être employées.

Mots-clés : opinion publique, santé de la femme, qualité de l'attention à la santé, soutien social, épisiotomie, prévention et contrôle d'hémorragie post-partum, lavement, rasage périnéal, travail d'accouchement, accouchement, nouveau-né, prévention et contrôle du syndrome de mort subite, cathétérisation périphérique, prévention et contrôle du syndrome de difficulté respiratoire, acide folique, corticostéroïdes, fer, tabagisme.

Una de las formas para medir la calidad de la atención proporcionada en los hospitales es evaluar la tasa de utilización de las prácticas que han demostrado ser benéficas para la salud de la población atendida. Las medidas del proceso de atención evalúan si los médicos ofrecen las intervenciones que más aumentan las probabilidades de que los pacientes alcancen el mejor resultado posible.¹⁻² El conocimiento acerca de la prevalencia del uso de las mejores prácticas estimula, a su vez, su implantación y mejora la calidad de atención. La propagación de esta información en la población favorece que las usuarias conozcan cuáles son las mejores intervenciones para su salud que pueden interactuar para que les sean provistas y que eventualmente concurren a los hospitales que más las utilicen.

El objetivo de este estudio es realizar un relevamiento del uso de diversas prácticas relacionadas con la atención del embarazo, el parto y al recién nacido en hospitales públicos de Uruguay, así como hacer una encuesta a las mujeres, luego del parto, para conocer sus perspectivas acerca de algunas de las prácticas.

* Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Montevideo, Uruguay.

** Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Buenos Aires, Argentina.

*** Presidenta de la Asociación de Parteras Uruguayas. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: José M. Belizán. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Casilla de Correo 627. Montevideo 11000, Uruguay. Fax: (+598) 24872593. E-mail: belizanj@clap.ops-oms.org
Recibido: julio, 2004. Aceptado: agosto, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal basado en hospitales. Se compuso de dos elementos: 1) registro de la prevalencia de las prácticas seleccionadas mediante la revisión de los registros hospitalarios, observación de las encuestadoras y preguntas a las mujeres puérperas y 2) encuesta sobre las perspectivas de las mujeres puérperas con preguntas cerradas y abiertas acerca de algunas de las prácticas seleccionadas (cuadro 1).

Selección de las prácticas

Se seleccionaron dos grupos de prácticas para la atención del embarazo, parto y recién nacido: prácticas de atención benéfica y prácticas de atención perjudicial. Las prácticas benéficas fueron las que, mediante investigaciones clínicas de buena calidad metodológica, demostraron ser efectivas para reducir la morbilidad o mortalidad materna o perinatal.³⁻⁹ Se seleccionaron las que pudieron realizarse en el nivel primario de atención y que no requirieron tecnología costosa.

Las prácticas perjudiciales fueron las que, mediante las mismas investigaciones clínicas anteriores, no demostraron efectividad en la reducción de la morbilidad o mortalidad materna y perinatal, fueron agresivas o afectaron la dignidad de las mujeres, su satisfacción con la experiencia del parto o con la atención recibida en los servicios de salud.¹⁰⁻¹⁴

En el cuadro 1 se describen las prácticas y las fuentes de donde se obtuvo la información relevada.

Cuadro 1. Descripción de las prácticas realizadas, fuentes de datos utilizadas y encuesta de opinión a las mujeres

	<i>Descripción</i>	<i>Prevalencia obtenida de</i>	<i>Encuesta de opinión</i>
Prácticas benéficas			
Complementación con ácido fólico antes y después de la concepción para prevenir defectos del tubo neural	La indicación de ingerir ácido fólico a dosis de 500 mcg diarios durante 3 meses antes de la concepción y el primer trimestre del embarazo. ³	Encuesta a la mujer	No
Complementación con hierro durante el embarazo	Complementación con Fe para prevenir la baja concentración de hemoglobina en el nacimiento o a las 6 semanas posparto. ⁶	Encuesta a la mujer	No
Consejo para dejar de fumar durante el embarazo	Intervención dirigida a proporcionar consejos para dejar de fumar. Estos consejos pueden ser verbales, escritos o ambos. ⁴	Encuesta a la mujer	No
Corticoesteroides prenatales en mujeres con amenaza de parto pretérmino para maduración pulmonar	Administrar corticoesteroides prenatales a mujeres con riesgo de parto pretérmino para la maduración pulmonar fetal. ⁵	Registros hospitalarios	No
Acompañamiento durante el trabajo de parto	Apoyo psicosocial durante el trabajo de parto brindado en forma continua por una persona adiestrada. ⁹	Encuesta a la mujer	Sí
Acompañamiento durante el parto	Apoyo psicosocial en forma continua durante el parto brindado por una persona adiestrada. ⁹	Encuesta a la mujer	Sí
Manejo activo del alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto	Administración de 10 UI de oxitocina intramuscular a la salida del hombro fetal, tracción controlada del cordón y pinzamiento del mismo para prevenir la hemorragia posparto. ⁷	Registros hospitalarios	No
Posición del recién nacido para dormir	Colocar al niño boca arriba al dormir para prevenir el síndrome de muerte súbita infantil. ⁸	Observación de la encuestadora	Sí
Prácticas perjudiciales			
Aplicación de vía endovenosa de rutina	La aplicación rutinaria de una vía endovenosa con suero durante el trabajo de parto. ¹³	Registros hospitalarios	No
Rasurado perineal	Rasurado durante el trabajo de parto de la zona púbica. ¹⁰	Encuesta a la mujer	Sí
Uso de enemas	Uso de enemas de poco o gran volumen, de solución salina, medicinal o de golpe de agua. ¹¹	Encuesta a la mujer	Sí
Episiotomía	Realización de episiotomía rutinaria, medio lateral o mediana ¹²	Registros hospitalarios	Sí

Fe: hierro.

Selección de los hospitales y de la población de mujeres

En la recolección de datos se consideraron elegibles y se invitaron a participar, para realizar el relevamiento epidemiológico, a todos los hospitales del sector público de atención de Uruguay que atendieran más de 100 partos al año y que contaran con parteras.*

Para el estudio de la perspectiva de las mujeres se seleccionaron al azar seis hospitales, entre los que habían aceptado participar en el relevamiento epidemiológico. Esos hospitales realizarían ambos módulos: el estudio de prevalencia y el de perspectiva de las usuarias.

* En Uruguay se les dice parteras a las obstetras. En otros países de América Latina también se les llama matronas, obstétrices u obstétricas.

La población elegible fueron mujeres que hubieran tenido un parto vaginal en los hospitales seleccionados, sin complicaciones graves, como hemorragia posparto o desgarro perianal grave, que hubieran tenido un hijo vivo sin enfermedades graves y que aceptaran contestar el cuestionario.

Instrumento del estudio

Para el estudio de la prevalencia se utilizó un formulario con una sección de datos que debían extraerse de los registros hospitalarios (historia clínica, libro de partos) y una sección con preguntas y opciones cerradas para la mujer acerca del uso de las prácticas seleccionadas.

Para la encuesta de la perspectiva, opiniones y creencias de las usuarias sobre las prácticas realizadas

se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas acerca de la percepción de la utilidad de cada práctica, las fuentes de información que generaron su opinión, las preferencias en relación con las prácticas, así como sus opiniones sobre las ventajas y desventajas con respecto a algunas de las prácticas.

Recolección, manejo y análisis de los datos

Las parteras de cada institución recibieron un manual de instrucciones para la aplicación de ambos cuestionarios.

Para seleccionar a la población elegible, la encuestadora revisaba a diario el libro de partos del hospital, recolectaba de los registros hospitalarios la información solicitada y luego realizaba la encuesta a la mujer. A las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión se les entrevistaba en las primeras 24 horas después del parto. Antes de comenzar con el cuestionario se les leía el texto del consentimiento informado para que expresaran en forma escrita la aceptación de ingresar al estudio. No ingresaron las mujeres que no lo consintieron y se descartaron los datos recolectados de sus registros hospitalarios.

El estudio se llevó a cabo entre octubre del 2001 y julio del 2002.

Los cuestionarios se ingresaron en una base informática de datos, previa detección de inconsistencias.

La prevalencia de las prácticas se calculó como la proporción de mujeres o neonatos que recibieron la práctica en cada hospital. La unidad de análisis fue el hospital y se reportan las prevalencias de cada práctica. Como medida de resumen se presentó la mediana de la prevalencia hospitalaria junto con el rango (menor tasa de prevalencia-mayor tasa de prevalencia).

En el estudio de perspectiva de las mujeres la unidad de análisis fueron las mujeres. Se reporta el porcentaje de las respuestas sobre el total de mujeres encuestadas en los hospitales seleccionados. Según la calidad de la respuesta, una de las investigadoras clasificó y agrupó las preguntas con opciones de respuesta abierta.

Tamaño muestral

Para estimar la prevalencia de una práctica usada en 15% con precisión de $\pm 7\%$ y confiabilidad del 95% fue necesario encuestar a 50 mujeres por maternidad. Esa estimación arrojaría la misma cifra en caso que la prevalencia de la práctica fuera del 85%.

Aspectos éticos

Los hospitales participantes dieron su autorización para realizar el estudio. A las mujeres que se les invitó a participar, se les solicitó la firma de un consentimiento informado, donde se explicaba el objetivo del estudio y se les pedía autorización para entrevistarlas.

RESULTADOS

Características de la población

De las 20 instituciones invitadas, 15 aceptaron participar y realizaron el estudio de prevalencia. Se excluyó del análisis a tres instituciones, por no haber aportado un tamaño muestral suficiente (38 mujeres). Las 12 instituciones que participaron correspondieron a 10 de los 19 departamentos de Uruguay.

Se encuestaron 773 mujeres. En el cuadro 2 se reportan las características de la población encuestada.

Prevalencia de prácticas

La tasa de administración de corticoesteroides en mujeres con amenaza de parto pretérmino fue igual o menor a 40% en la mitad de los hospitales encuestados; la tasa mínima que se encontró fue del 18%.

De las ocho prácticas benéficas, cuatro (administración de ácido fólico periconcepcional, acompañamiento durante el parto, manejo activo del alumbramiento y posición supina del recién nacido) tuvieron tasas de utilización inferiores al 35% en 75% de los hospitales encuestados. Las prácticas más utilizadas fueron la administración de hierro, el consejo para abandonar el hábito de fumar y el acompañamiento durante el trabajo de parto (figura 1).

Por lo que se refiere a las prácticas perjudiciales, tres de ellas (episiotomía en primíparas, episiotomía en el total de las mujeres y el rasurado) demostraron tasas de utilización superiores al 50% en todos los hospitales.

Destaca que en todos los hospitales encuestados el uso de la episiotomía en primíparas fue superior al 80%.

En la mitad de los hospitales encuestados el uso de enema fue mayor del 30% y alcanzó 80% en algunas instituciones. La mitad de los hospitales encuestados registró tasas de indicación de vía venosa periférica de entre 20 y 40%.

Cuadro 2. Características basales de la población encuestada

Características	N	%
Total de mujeres encuestadas	773	100
Edad (años)		
<20	208	26.8
20 a 34	488	63.1
>35	66	8.4
sin datos	11	1.4
Estado marital		
Casada	211	27.3
Soltera	202	26.1
Unión de hecho	330	42.7
Otros	23	3
Sin datos	7	0.9
Educación (años de instrucción)		
< 6 años de instrucción	366	47.4
Entre 7 y 12 años de instrucción	360	46.6
> 12 años de instrucción	24	3.1
Sin datos	23	3
Antecedentes obstétricos		
Primípara	241	31.2
Con 1 o más partos previos	510	66
Sin datos	22	2.8
Embarazo actual planificado		
Sí	241	31.2
No	505	65.3
No responde	9	1.2
Sin datos	18	2.2
Realizó control prenatal		
No hubo control	45	5.8
Entre 1 y 4 consultas	449	58.1
Más de 5 consultas	244	31.5
Sin datos	35	4.5
Diagnóstico de amenaza de parto pretérmino		
Sí	83	10.7
No	657	85
Se desconoce	28	3.6
Sin datos	5	0.6
Fumó durante el embarazo		
Sí	192	24.8
No	552	71.4
No responde	2	0.3
Sin datos	27	3.5

Opiniones y perspectiva de las mujeres

Para la encuesta de opinión sobre las prácticas se entrevistaron 293 mujeres provenientes de seis instituciones (cuadro 3). A continuación se muestran los resultados acerca de la opinión y las preferencias de las mujeres con respecto a las prácticas, así como del hábito de fumar durante el embarazo. Se incluye el punto de vista de las ventajas y desventajas que las mujeres piensan que tiene cada práctica y la fuente de donde obtuvieron la información.

Tabaquismo durante el embarazo

De las mujeres participantes en el estudio 87% (257) opinó que fumar durante el embarazo es perjudicial. Se expresaron distintos motivos que sustentaron dicha opinión: 81% consideró que afecta al bebé, 6.6% que afecta a la madre y al niño, 0.4% que agita a la madre, 3.5% porque lo dicen los médicos o la gente y 5.4% no sabe por qué es perjudicial.

Enema

En relación con la opinión sobre el enema, casi la mitad (45.4%) de las mujeres consideró que debe colocarse antes del parto, 19.5% (57) que no debe colocarse y 19.1% (56) no sabía.

Sesenta y siete por ciento (197) de las mujeres consideró que el enema tiene, al menos, una ventaja; entre ellas, que es más higiénico en el parto, que es mejor o más cómodo para la madre en el parto y que es mejor para el bebé y para el médico.

En relación con las desventajas, 20.1% (59) de las mujeres consideró que la práctica tiene, al menos, una, entre éstas se mencionó que es molesto para la madre.

Las mujeres mencionaron que la información que tenían del enema provenía de diferentes fuentes: familiares mujeres o amigas, 24.9% (73); producto de su percepción personal, 24.2% (71); experiencia adquirida con otros embarazos, 22.2% (65), y brindada por algún personal de los servicios de salud, 12.9% (37).

Cuarenta por ciento (119) de las mujeres prefirió que le colocaran el enema antes del parto.

Rasurado

La mayoría de las mujeres (86.5%) consideró que siempre se les debe rasurar antes del parto.

Ochenta y ocho por ciento (258) consideró, al menos, una ventaja de esa práctica; entre ellas, que es más higiénico, evita infecciones, es mejor o más cómodo para la madre después del parto y que es mejor para el bebé y el médico.

Por otro lado, 16.4% (48) de las mujeres consideró que el rasurado tiene, al menos, una desventaja; entre éstas, que es molesto para la madre porque arde o da picazón o porque la pueden lastimar al realizarlo.

La información que las usuarias tenían del rasurado provenía de las siguientes fuentes: experiencia obtenida en otros embarazos, 24.2% (71); de su percepción personal, 31.4% (92); de familiares mujeres o amigas

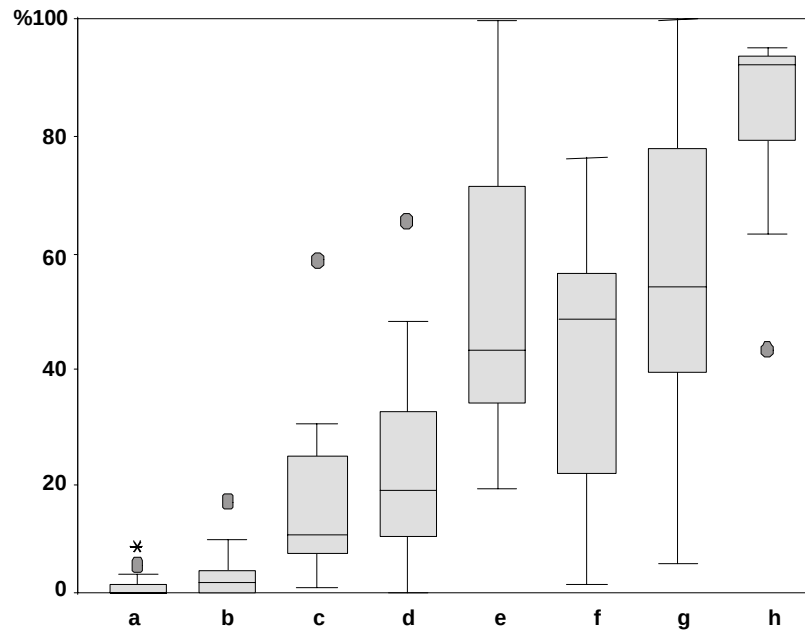


Figura 1. Distribución de frecuencias de utilización de las ocho prácticas benéficas o recomendadas. a: administración de ácido fólico durante los embarazos planificados; b: posición supina del recién nacido para dormir; c: manejo activo del alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto; d: administración de corticoesteroides prenatales en mujeres con amenaza de parto pretérmino para maduración pulmonar; e: complementación con hierro durante el embarazo; f: consejo para dejar de fumar durante el embarazo; g: acompañamiento durante el trabajo de parto; h: acompañamiento durante el parto.

Cuadro 3. Opiniones de las usuarias sobre la utilización de algunas de las prácticas utilizadas (total de mujeres entrevistadas 293*).

Prácticas	Sí		A veces		No		No sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Es perjudicial fumar durante el embarazo?	257	87.7	**		11	3.8	14	4.8
¿Se debe colocar enema antes del parto?	133	45.4	36	12.3	57	19.5	56	19.1
¿Se debe rasurar a las mujeres antes del parto?	244	86.5	**		9	3.2	29	10.3
¿Se debe realizar episiotomía a primerizas?	100	34.1	134	45.8	15	5.1	33	11.3
¿Las mujeres deben estar acompañadas durante el trabajo de parto?	211	72	27	9.2	35	11.9	6	2
¿Las mujeres deben estar acompañadas durante el parto?	180	61.4	31	10.6	56	19.1	12	4.1

*No se incluyen las cifras de los datos faltantes.

**Esta opción no figuraba en la pregunta.

25.9%, (75), y brindada por alguna persona de los servicios de salud, 22.5% (66).

Setenta y cuatro por ciento (219) de las mujeres prefería que las rasuraran para el parto.

Acompañamiento durante el trabajo de parto

La mayoría de las mujeres –70.2% (211)– consideró que deben estar acompañadas durante el trabajo de parto,

11.9% (35) no cree que deban estarlo y 9.2% (27) cree que a veces deben estarlo.

Ochenta por ciento (252) de las mujeres consideró, al menos, una ventaja sobre el acompañamiento durante el trabajo de parto; entre ellas, que tranquiliza, da más seguridad, mejora la situación, brinda apoyo, da más fuerza, hace más rápido el proceso, los hombres pueden ayudarlas a respirar y de esa forma ver lo que sufren las mujeres.

Treinta y uno por ciento de las mujeres (91) consideró, al menos, una desventaja. Entre éstas se mencionó que el acompañamiento las pone más nerviosas, les da vergüenza, los acompañantes se ponen nerviosos o depende de la persona que las acompañe.

La información que las usuarias tenían sobre el acompañamiento durante el trabajo de parto provenía de su percepción personal en 44.7% de los casos (131), de alguna persona de los servicios de salud en 10.1% (29), de la experiencia de otros embarazos en 16.0% (47) y obtenida por familiares mujeres o amigas en 13.2% (39).

Setenta y cinco por ciento (221) preferían estar acompañadas durante el trabajo de parto.

Acompañamiento durante el parto

Sesenta y uno por ciento (180) de las mujeres consideró que deben estar acompañadas durante el parto, 19.1% (56) que no deben estar acompañadas y 10.6% (31) que a veces deben estar acompañadas.

La mayoría de las mujeres (86%) mencionó que estar acompañadas durante el parto tiene, al menos, una ventaja. Entre ellas se comentó que tranquiliza, da más seguridad y más contención, les parece lindo, les gusta, hace que el parto tenga menos problemas, las hace sentir apoyadas y acompañadas, les gusta que el padre viva el nacimiento de su hijo.

Cuarenta por ciento de las mujeres (114) consideró, al menos, una desventaja. Entre éstas se mencionó que estar acompañadas las pone más nerviosas, les da vergüenza, que los acompañantes se ponen nerviosos o que les molesta que haya gente.

La información que las usuarias tenían sobre el acompañamiento durante el parto provenía de su percepción personal en 50.2% de los casos (147), de alguna persona de los servicios de salud en 19.4% (57), de la experiencia de otros embarazos en 19.1% (39) y de familiares mujeres o amigas en 12.6% (37).

Sesenta y dos por ciento (182) de las mujeres preferían estar acompañadas durante el parto.

Episiotomía

En relación con la opinión sobre la episiotomía 34% (100) de las mujeres consideró que siempre debe realizarse a las primerizas antes del parto, 41.0% (120) que debe realizarse a veces, 5.1% (15) que no debe

hacerse, 4.8% (14) que sólo en muy pocas ocasiones se debe realizar y 11.3% (33) dijo no saber.

El 83.6% (245) de las mujeres dijo que la práctica tiene, al menos, una ventaja; entre ellas, que el parto es mejor, más fácil y más rápido, se sufre menos o menos tiempo, evita desgarros, ayuda a salir al bebé y es mejor para el médico. Por el contrario, 48.8% observó que la episiotomía tiene, al menos, una desventaja, como el dolor o molestia de los puntos de la herida después del parto, entre otras.

La información que las usuarias tenían sobre la episiotomía provenía de diferentes fuentes: experiencia de otros embarazos, 32.0% (94); producto de su percepción personal, 25.6% (75); de familiares mujeres o amigas, 19.7% (61), y de alguna persona de los servicios de salud, 19.5% (57).

Cuarenta y nueve por ciento (146) de las mujeres creyó que era mejor que les realizaran la episiotomía.

Posición del recién nacido al dormir

En relación con las creencias sobre la posición adecuada para acostar a los recién nacidos, 88.6% (249) de las mujeres consideró que debían acostarlos boca abajo o de costado. Los motivos que sustentaban esta creencia eran que 73.5% (183) creía que el bebé se podía ahogar con vómitos o flemas, 6% (15) porque se los habían dicho, 4.4% (11) por las secreciones, la digestión y los eructos, 3.2% (8) porque creía que así el bebé estaba más cómodo, 0.8% (2) para evitar el síndrome de la muerte súbita, 0.4% (1) para poder verlo y 5.6% (14) no sabían.

Veinticinco mujeres creían que los recién nacidos debían estar acostados boca arriba; de éstas, 21 pensaba eso porque el bebé se podía ahogar con vómitos o flemas, 1 porque se lo dijeron, 1 por las secreciones, la digestión y los eructos y 8 porque creían que así estaba más cómodo.

DISCUSIÓN

Existen prácticas recomendadas para el cuidado de la salud y comprobadas científicamente que los médicos aún no incorporan a la rutina en los hospitales públicos de Uruguay. Asimismo, se observaron técnicas que han demostrado ser ineficaces e, incluso, perjudiciales pero que continúan aplicándose.

La tasa de utilización en tres de las ocho prácticas benéficas analizadas (administración de ácido fólico en embarazos planificados, posición supina en los recién nacidos, manejo activo del alumbramiento) fue muy baja (< 30%) en todos los hospitales. Sólo una de las prácticas (acompañamiento durante el trabajo de parto) tuvo una tasa de utilización aceptable (> 85%) en 75% de los hospitales; si bien no es posible asegurar que la respuesta de la mujer acerca de la compañía sea comparable a la práctica de apoyo psicosocial tal como se recomienda. Dos de las prácticas (administración de ácido fólico en embarazos planificados, posición supina en los recién nacidos) tuvieron una tasa de utilización igual o menor al 9.5%, lo que constituye una frecuencia inaceptablemente baja.

En la figura 1, donde se muestran las prácticas benéficas y sus rangos, es interesante observar la dispersión que hay en los hospitales en el uso de las mismas [administración de corticoesteroides en amenaza de parto pretérmino 42.3 (18.2-100.0), administración de hierro durante el embarazo 47.7 (1.7-

76), consejo para dejar de fumar en madres fumadoras 53.5 (5.1-100.0)]. Sería interesante conocer los determinantes de esa disparidad en la aplicación de las prácticas benéficas.

En la figura 2 se muestran las prácticas ineficaces o perjudiciales y sus rangos. Dos de ellas (episiotomía a primigestas y rasurado) tuvieron una tasa de utilización muy alta (> 72%). Sólo una de las prácticas, aplicación de vía endovenosa de rutina durante el trabajo de parto, tuvo una tasa de utilización más aceptable (< 30%) en 75% de los casos. La administración del enema antes del parto es una de las prácticas perjudiciales que tiene mayor dispersión 32.6 (0.0-81.0), lo que demuestra la falta de consenso sobre su uso.

En la figura 3 se muestran las frecuencias de las prácticas benéficas en los hospitales. Se observa que sólo dos hospitales (hospital 5 y 9) utilizan 50% de las prácticas benéficas en una frecuencia $\geq 55\%$; ésta es la mejor frecuencia observada de utilización de prácticas benéficas. Ocho hospitales tienen una frecuencia de uso $\leq 60\%$ para 75% de las prácticas benéficas. Es

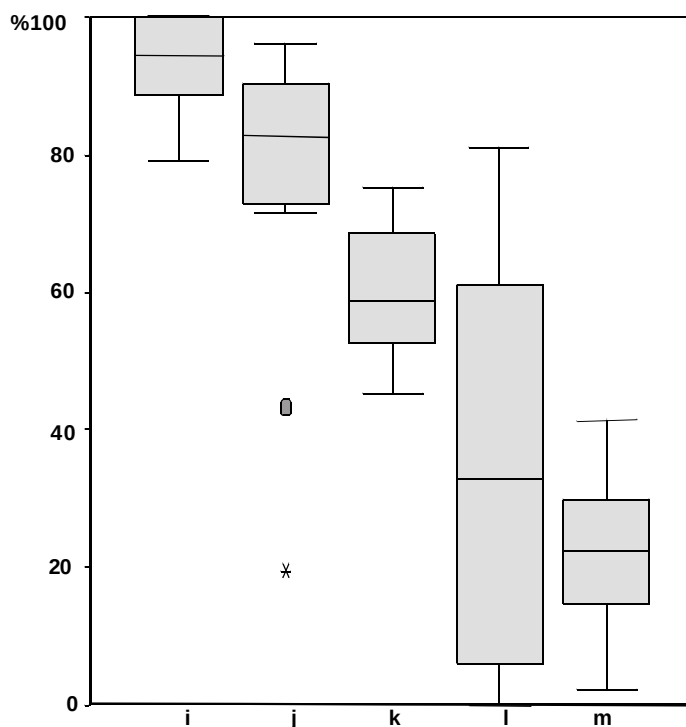


Figura 2. Distribución de frecuencias de utilización de las cinco prácticas perjudiciales o ineficaces.

i: realización de episiotomía rutinaria en mujeres primíparas; j: realización rutinaria de rasurado perineal; k: realización de episiotomía rutinaria en todas las mujeres; l: aplicación de enema rutinario antes del parto; m: aplicación rutinaria de vía venosa periférica.

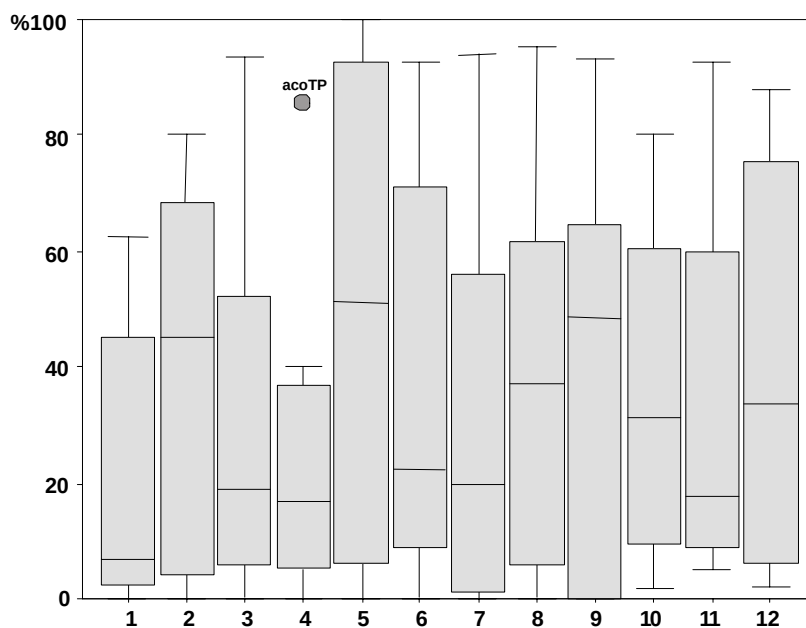


Figura 3. Distribución de la frecuencia de utilización de prácticas benéficas por hospital. Los números del eje horizontal corresponden a los hospitales participantes en el proyecto.

acoTP: acompañamiento durante el trabajo de parto.

interesante observar que ningún hospital sobresale por tener alta frecuencia de utilización de prácticas benéficas.

En la figura 4 se muestran las frecuencias de las prácticas perjudiciales en los hospitales. Se observa que en tres hospitales la frecuencia de uso es $\geq 60\%$ para 75% de las prácticas ineficaces o perjudiciales. Todos los hospitales tienen una frecuencia $\geq 20\%$ para 75% de las prácticas. Sólo hay tres hospitales que tienen una práctica perjudicial con frecuencia $< 2\%$. Por lo tanto, de nuevo puede decirse que ningún hospital destaca por tener baja frecuencia de utilización en todas las prácticas perjudiciales.

Al comparar las frecuencias de las figuras 3 y 4 puede apreciarse que la mayor parte de los hospitales cuya mediana de frecuencia de prácticas benéficas se encuentra por debajo del 20% tiende a tener una mediana de frecuencia de prácticas perjudiciales por encima del 60% (hospitales 1, 4, 6, 7 y 11). En cambio, en la mitad de los hospitales cuya mediana de frecuencia de prácticas benéficas se encuentra por encima del 20% coincide que, a su vez, tienen una mediana de frecuencia de prácticas perjudiciales por debajo del 60% (hospitales 9, 10 y 12).

El cambio de conductas en cuanto a estas prácticas implica medidas de bajo costo, que con la aceptación de los médicos podría llevarse a cabo con la consiguiente mejor calidad de atención, lo cual aumentaría la satisfacción de las usuarias de la atención recibida en los servicios de asistencia.

Se observa que la percepción o creencia que tienen la mayoría de las mujeres sobre algunas prácticas no coincide con los hallazgos revisados por los autores acerca de cuáles son los mejores cuidados para su salud y, además, pocas veces la fuente de donde extraen información la constituye un médico. Por otro lado, las preferencias de las mujeres sobre las prácticas suelen coincidir con las que les han indicado o administrado, lo que denota que tienden a estar de acuerdo con las indicaciones médicas. La lectura que puede darse a esta satisfacción expresada con los cuidados recibidos es quizá la falta de información y de sus derechos. La única práctica en la que no coincide la preferencia de la usuaria con lo que ofrecen los hospitales es el acompañamiento durante el parto.

El tamaño obtenido de la muestra no alcanzó el que se había propuesto en un inicio. Esto se debió a la falta de participación de algunos hospitales, así como a la baja

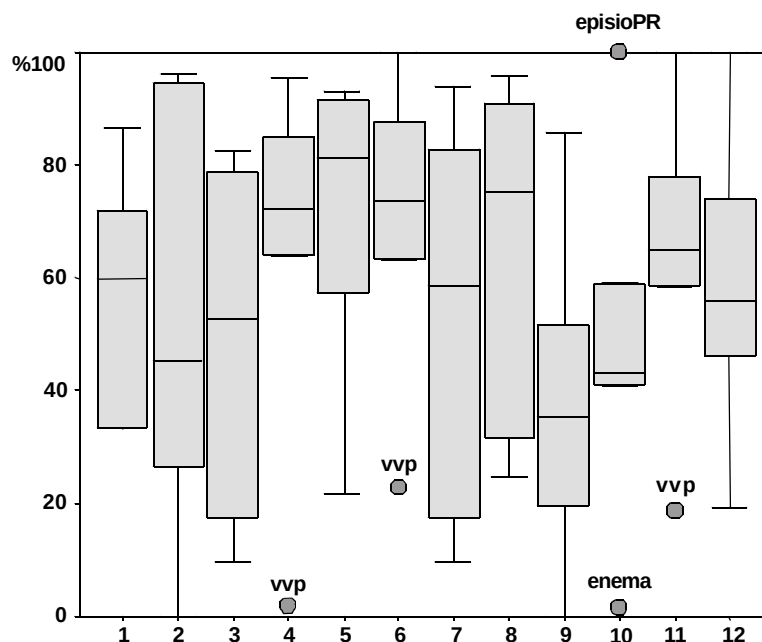


Figura 4. Distribución de la utilización de prácticas perjudiciales por hospital. Los números del eje horizontal corresponden a los hospitales participantes del proyecto.

episioPR: episiotomía a primerizas; vvp: vía venosa periférica.

frecuencia de administración de encuestas en algunos hospitales participantes, motivo por el cual se descartaron.

Las parteras del estudio involucradas en la recolección de datos tuvieron una capacitación rigurosa, pero no puede afirmarse que en todos los casos las preguntas del cuestionario se hayan realizado de la misma forma ni que la interpretación de las respuestas haya sido similar.

Dos prácticas de utilidad comprobada son la administración prenatal de corticoesteroides en mujeres con amenaza de parto pretérmino, para inducir la maduración pulmonar fetal, y el manejo activo del alumbramiento con la aplicación de oxitocina a la salida del hombro fetal para prevenir la hemorragia posparto. Los resultados muestran que la mediana de la tasa de utilización de corticoesteroides en los hospitales encuestados fue de 42.3%. Si en Uruguay pudiera llegarse a la tasa de utilización del 80% se lograría la reducción de la tasa actual de mortalidad por prematuridad de 5.2 a 4.5 por mil nacimientos (se evitarían 0.7 muertes por mil nacimientos). Si se considera que la tasa de natalidad es de 57,000 nacidos por año podrían evitarse 38 muertes anuales.⁵

Según los resultados del estudio, la tasa de utilización de oxitocina para el manejo activo del alumbramiento es del 10%. En Uruguay, el aumento en la implantación del manejo activo del alumbramiento del 10 al 90% podría implicar la reducción de 3,750 hemorragias, 740 hemorragias graves y 684 transfusiones.⁷

Deberían implantarse, para los médicos, programas de capacitación en medicina basada en pruebas y en la confección de guías clínicas para la atención del embarazo, parto y puerperio que tuvieran fundamentos en los mejores hallazgos disponibles. Es necesario crear un sistema efectivo para que los hospitales utilicen dichas guías en la atención de sus mujeres y niños.

Los datos de este estudio orientan hacia la necesidad de difundir e introducir conductas basadas en pruebas.

Es necesario que las mujeres tengan amplio conocimiento de las mejores prácticas para su autocuidado y para que sea posible establecer una interacción en los lugares de atención y así se logre una decisión conjunta con los asistentes. Los hospitales deberían actuar como centros de capacitación de las usuarias y lograr un fluido intercambio con las mismas, adaptando las decisiones clínicas a sus creencias, preferencias y cultura.

Grupo de estudio de prácticas perinatales

Unidad coordinadora: Mercedes Colomar, María Belizán, María Luisa Cafferata, Ana Labandera, Giselle Tomasso, Fernando Althabe, José M. Belizán.

Apoyo estadístico: Eduardo Bergel.

Encuestadoras, obstetras, parteras: Zulma Sosa, Yudith Puñales, Elizabeth de Hegedus, Manuela Pérez, Teresa González Scarella, María Luisa Silva, María del Carmen Romero, Carmen Bañales, Rosario Ceriani, Miriam Centomo, María Ledesma, Ileana Amuz, Ana Labandera, Susana Schin, Ofelia Borderre, Miriam Olivera, Graciela Russu, Gloria Gómez, Silvia Flores, Nila Güell, Beatriz Giménez, Ana Bacci, Alicia Lagos, Rossana Pereira, Cristina Castro, Marta Moreira, María de las Gracias Rodríguez, Ethel Celay, Marta Leles, Virginia Vieyto, Lilian Berni, Magdalena Gheltrito, Inés Maggi, Teresa Ríos, Rosa Mezzacapa, Ana Aleisson, Alicia Reimondo.

REFERENCIAS

1. McGlynn EA, Kerr EA, Asch SM. New approach to assessing clinical quality of care for women: the QA tool system. *Womens Health Issues* 1999;9:184-92.
2. McGlynn EA. Quality of care for women: where are we now and where are we headed? *Womens Health Issues* 1999;9:65-80.
3. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural (revisión Cochrane traducida). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2004.
4. Sowden A, Arblaster L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en personas jóvenes (translated Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
5. Crowley P. Corticosteroides antes de un parto prematuro (translated Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
6. Mahomed K. Suplemento rutinario de hierro durante el embarazo (translated Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
7. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto comparado con el expectante (translated Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2001.
8. Anonymous. Positioning and sudden infant death syndrome (SIDS): update. American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1996;98:1216-8.
9. Hodnett E. Caregiver support for women during childbirth. In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 1999.
10. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2003.
11. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour (Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2003.
12. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2003.
13. Episiotomy for vaginal birth
14. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford University Press, 2000.

Cáncer del cuello uterino. Panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo

Alfonso Torres Lobatón,* Guadalupe Rojo Herrera,** Alfonso Torres Rojo,*** Gabino Hurtado Estrada,* Edgar Román Bassaure*

RESUMEN

Se muestra el panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino en México y en el mundo y se destacan los factores que en la actualidad se consideran de riesgo para su aparición. Se analiza el papel de algunos de ellos en el proceso de carcinogénesis. Las tasas más altas de incidencia se registran en Haití, Zimbabwe, Bolivia y Ecuador, con cifras que van del 44.2 al 93.9 por 100,000 mujeres y las de mayor mortalidad, en Haití, Nicaragua, Ecuador y México, con cifras del 17.1 al 53.5 por 100,000. En México, a pesar de que en la actualidad se diagnostica 54.5% de lesiones tempranas y se aprecia un descenso del 20% en su mortalidad, el padecimiento sigue representando la principal causa de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que la actividad sexual, la paridad en la adolescencia, la infección cervical por el virus del papiloma humano (VPH) y las deficiencias nutricionales y la carencia de antioxidantes constituyen, en países como el nuestro, sus principales factores de riesgo. Los estudios realizados en México han demostrado genotipos de VPH oncogénicos en 80% de las lesiones colposcópicas acetoblancas, vinculados con el VPH16 con la mitad de los cánceres de la mujer mexicana y demostrado que una variedad de VPH16, la VPH16 AA-c, es propia de la población mestiza mexicana y es responsable de neoplasias en pacientes más jóvenes y con un pronóstico menos favorable.

Palabras clave: cáncer cervicouterino, epidemiología, factores de riesgo.

ABSTRACT

An epidemiologic analysis and a global evaluation of risk factors related to the etiopathogenesis of cervical cancer are reported here. Cervical cancer is the second cause of female malignancies worldwide and represents a health problem in some countries of Africa and Latin America like Haiti, Zimbabwe, Bolivia and Ecuador, with incidence rates from 44.2 to 93.9 per 100,000. Highest death rates are reported in Haiti, Nicaragua, Ecuador and Mexico (53.5 to 17.1 per 100,000, respectively). Although at this time in Mexico it has been reported a 55.4% of early tumors and a decrease of 20% in death rates, in this country cervical cancer is the main cause of death for women malignancies. Sexual activity and parity before 18 years old, human papilloma virus infection (HPV) and some nutritional deficiencies mainly related with antioxidants agents, are in these countries the most important risk factors. Mexican investigations have showed oncogenic HPV genotypes in 80% of aceto white lesions of the cervix, a 50% of HPV16 genome in cervical carcinomas and a variety of HPV16 infection, named HPV16 AA-c. Women infected with these viruses, are younger and have more aggressive carcinomas.

Key words: cervical cancer, epidemiology, risk factors.

SOMMAIRE

On montre le panorama épidémiologique du cancer cervico-utérin au Mexique et au monde et l'on remarque les facteurs qui actuellement se considèrent de risque pour leur apparition. On analyse le rôle de quelques-uns d'entre eux dans le processus de la carcinogénèse. Les taux les plus hauts d'incidence s'enregistrent en Haïti, Zimbabwe, Bolivie, Équateur, avec des chiffres qui vont du 44.2 au 93.9 pour 100 000 femmes et ceux de majeure mortalité, en Haïti, Nicaragua, Équateur et Mexique, avec des chiffres du 17.1 au 53.5 pour 100 000. Au Mexique, bien si dans l'actualité se diagnostiquent 54.5% de lésions précoces et s'apprécie une descente du 20% dans sa mortalité, la souffrance continue de représenter la principale cause de mort due au cancer dans la femme. On considère que l'activité sexuelle, la parité dans l'adolescence, l'infection cervicale par le virus du papillome humain (VPH) et les déficiences nutritionnelles et la manque d'antioxydants constituent, dans des pays comme le nôtre, ses principaux facteurs de risque. Les études réalisées au Mexique ont démontré des génotypes de VHP oncogéniques en 80% des lésions colposcopiques blanches, elles ont associé au VHP16 la moitié des cancers de la femme mexicaine et ont démontré qu'une variété de VHP16, la VHP16 AA-c, est caractéristique de la population métisse mexicaine et responsable de néoplasies chez des patientes plus jeunes et avec un pronostic moins favorable.

Mots-clés : cancer cervico-utérin, épidémiologie, facteurs de risque.



El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre los cánceres que afectan, en todo el mundo, a la mujer, con una frecuencia que sólo se ve superada por la del cáncer de mama. Constituye un problema de salud en países en vías de desarrollo, como los de África, América Latina y el Caribe, incluido México, país donde el padecimiento representa la neoplasia ginecológica más común y la que ocasiona el mayor número de fallecimientos por cáncer en la mujer.¹⁻¹³

Si bien su causa sigue considerándose multifactorial, en la actualidad está demostrada la participación de la infección por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH), algunos de los cuales se han descrito en nuestro medio y se han vinculado con una edad de presentación más temprana y pronóstico menos favorable.¹⁴⁻²⁶

Ésta es una revisión actualizada del estado que guarda la epidemiología del cáncer de cuello uterino en México y en el mundo; además, se analizan los factores de riesgo para su aparición, en donde destaca el papel de los virus oncogénicos del papiloma humano y se obtienen las conclusiones al respecto.

EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer cervicouterino constituye un problema mundial de salud. Ocupa, en todo el mundo, el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer, después del cáncer de mama, con una cifra aproximada de 500,000 casos diagnosticados cada año.^{1,2,3} La mayor parte de los casos sucede en países en vías de desarrollo, donde los registros suelen ser incompletos.⁴ Con base en esta apreciación, autores como Peter G. Rose establecen que la cifra global anual de casos nuevos de esta enfermedad podría ascender a

750,000, lo que la ubicaría como la más frecuente en la población mundial.⁴

El 80% de los casos de cáncer cervicouterino registrados en el mundo corresponde a países en vías de desarrollo, donde se han estimado incidencias incluso del 67.2 al 93.9 por 100,000 mujeres (cuadro 1).⁵⁻⁸

Cuadro 1. Cáncer cervicouterino. Registros con mayor y menor incidencia^{5,8}

	Periodo	Cifras por 100,000 mujeres
Mayor incidencia		
Haití	2 000	93.9
Zimbabwe, Harare África	1990-1992	67.2
Bolivia	2 000	58.1
Ecuador	2 000	44.2
Paraguay	2 000	44.1
Uganda, Kyadondo	1991-1993	40.7
Menor incidencia		
China, Qidong	1988-1992	2.6
Italia, Macerata	1991-1992	2.7
Israel	1988-1992	2.9
China, Shanghai	1988-1992	3.2
Finlandia	1987-1992	3.6

México, 2000: 40.5 por 100,000⁸

En Estados Unidos se reporta que la incidencia global de cáncer de cuello uterino es de 8.7 por 100 000, con predominio en mujeres que no son de raza blanca, en quienes para el año 2004 la cifra estimada correspondió a 12.7 por cada 100,000 (8.0 x 100,000 para el resto).^{1,3} Asimismo, se señala un descenso del 70% en la mortalidad por esta neoplasia en los últimos 50 años, cuya tasa actual es de 3 por 100,000.²

En Estados Unidos, en el año 2000, se registraron 55,000 nuevos casos de carcinoma *in situ*, 12,800 de cáncer invasor y 4,600 defunciones por esta enfermedad. El predominio de las lesiones preinvasoras (81.2%) sobre los cánceres invasores (18.8%) explica la tasa de mortalidad señalada.⁷ Para el año 2004 la cifra estimada de nuevos casos de cáncer invasor será de 10,520 casos y de 3,900 las defunciones.¹

Los países en los que se reporta la mayor tasa de incidencia por 100,000 mujeres son: Haití, Zimbabwe, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Uganda.^{5,8} y los de menor tasa: China, Italia, Israel y Finlandia (cuadro 1).^{5,9} El riesgo de llegar a padecer cáncer cervicouterino es 15

* Servicio de Oncología.

** Servicio de Ginecología y Obstetricia.

*** Médico residente, cirugía general.
Hospital General de México, OD.

Correspondencia: Dr. Alfonso Torres Lobatón. Servicio de Oncología, Hospital General de México. Dr. Balmis 148, col. Doctores, CP 06720, México, DF

Recibido: agosto, 2004. Aceptado: agosto, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

veces mayor en países pobres que en países industrializados.¹⁰

Además de Estados Unidos, los países de Europa Occidental, Canadá, Australia y Nueva Zelanda han reportado descenso en la incidencia de la enfermedad en los últimos 40 años, como consecuencia de la implantación de extensos programas de detección con citología cervical. Estudios realizados en Canadá, el Reino Unido y países de Europa Central reportan incremento en mujeres jóvenes a expensas, fundamentalmente, de adenocarcinomas en los que los programas de detección señalados han sido ineficaces.^{6,9}

Un estudio reciente, realizado en Gran Bretaña, demostró un riesgo 14 veces mayor de llegar a padecer un adenocarcinoma en el cuello uterino en mujeres nacidas durante la década de 1960 vs las nacidas antes de 1935. Otras investigaciones han demostrado incremento tres veces mayor en la incidencia de adenocarcinoma cervical entre mujeres menores de 35 años y descenso del 50% entre las mayores de 55 años, en las que son más comunes los tipos histológicos de mal pronóstico.⁹

Se estima que la frecuencia del adenocarcinoma del cuello uterino ha aumentado del 10 al 15 a 20%.⁷

En México, los informes del Registro Histopatológico de Neoplasias demuestran que la incidencia del cáncer cervicouterino invasor en el año 2000 fue de 9,801 casos, de un total de 91,913 neoplasias malignas, cifra que lo sitúa en primer lugar entre los cánceres de la mujer (20.1%) y que le permite ocupar 69.7% de los cánceres del conducto genital femenino.¹¹

En el año referido se diagnosticaron 11,749 casos de cáncer *in situ*,¹¹ cifra que representa 54.5% de los diagnósticos de cáncer cervicouterino y que constituye un importante progreso en México en el diagnóstico temprano de la enfermedad, como se aprecia al comparar estas cifras con los informes previos de 29.9%, publicados para 1988 por el Registro Nacional del Cáncer.¹²

De acuerdo con los informes de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, en 1998 el cáncer de cuello uterino ocupó el lugar número 20 como causa de muerte en general en el país; el tercer lugar entre las mujeres mexicanas y el primero en mujeres por neoplasias malignas.¹³ Con 4,620 defunciones registradas en el año 2000, el padecimiento mantuvo para ese año el primer lugar.¹¹

Informes recientes del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos,¹ y de la Agencia Internacional de

Investigación del Cáncer de la OMS,⁸ muestran que las tasas más altas de mortalidad por cáncer de cuello uterino se dan en América Latina (17.1 a 53.5 por 100,000) y que las más bajas se registran en Finlandia (1.3 por 100,000). En el cuadro 2 se muestran los índices de mayor y de menor mortalidad por cáncer de cuello uterino en América Latina.^{1,8}

Cuadro 2. Cáncer cervicouterino. Registros con mayor y menor mortalidad en América Latina, 2000⁸

	<i>Cifras por 100,00 mujeres</i>
Mayor mortalidad	
Haití	53.5
Nicaragua	22.2
Ecuador	18.6
México	17.1
Honduras y Guatemala	16.8
Menor mortalidad	
Puerto Rico	4.3
Argentina y Uruguay	7.6
Chile y Cuba	10.6
Brasil	11.6
Costa Rica	12.1

En México, de 1990 al año 2000 se registraron 48,761 defunciones por cáncer de cuello uterino, apreciándose un incremento porcentual anual de 0.76% y, en promedio, 12 defunciones cada 24 h.¹⁰ La tasa no ajustada de mortalidad en mujeres mayores de 25 años fue de 25 por 100,000 en el año de 1990 y de 17 por 100,000 en 1999, apreciándose en los últimos años una disminución de ésta del 20%.¹⁴ Las cifras de mortalidad por esta enfermedad descendieron de 4,620 defunciones en el año 2000¹¹ a 4,323 en el 2002.¹⁵

Las tasas más altas de mortalidad en el decenio mencionado se observaron en los estados de Chiapas y Nayarit y las más bajas en el de Zacatecas. Las mujeres de las áreas rurales tuvieron un riesgo 3.07 veces mayor de muerte que las de zonas urbanas y las de mayor riesgo fueron las de población rural, de más de 65 años de edad.¹⁰

FACTORES DE RIESGO

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino establece

los siguientes factores de riesgo de llegar a padecer esta enfermedad:¹⁶

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- Múltiples parejas sexuales (de ella o de su compañero)
- Infección del cuello uterino por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E
- Nunca haberse efectuado el estudio citológico.

Los estudios de biología molecular han demostrado que ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) son la causa central del cáncer cervicouterino y de la neoplasia intraepitelial 1,2 y 3.⁶ Sin embargo, no todas las mujeres infectadas con estos virus llegan a padecer la enfermedad, lo que indica que se requieren otros factores para que se inicie la carcinogénesis y la manifestación del padecimiento, por lo que la causa se considera multifactorial.⁷

El vínculo del padecimiento con clases socioeconómicas débiles, propias de los países en vías de desarrollo, es consecuencia de los niveles de escolaridad bajos, que dificultan la prevención, con alimentación deficiente en el aporte de nutrientes antioxidantes, y comportamiento sexual encaminado al inicio temprano del coito y la reproducción.

Edad

La edad a la que se diagnostica el carcinoma *in situ* es alrededor de los 40 años y la del cáncer invasor es antes de los 50 años. De acuerdo con apreciaciones de la Organización Mundial de la Salud, la mayor incidencia de la enfermedad sucede entre los 45 y los 49 años y se inicia entre los 20 y 29 años.⁶ En Canadá y Estados Unidos la edad media del diagnóstico de esta enfermedad son los 47 años y cerca de la mitad de los casos se diagnostican antes de los 35 años. Las mujeres mayores de 55 años contribuyen en forma desproporcionada a la mortalidad por cáncer de cuello uterino, como resultado de diagnósticos tardíos.⁵ Algunos autores han informado que 25% de todos los cánceres de cuello uterino y 41% de las

defunciones por este cáncer ocurren después de los 65 años.¹⁷

La mayoría de las mujeres estadounidenses en quienes se diagnostica una neoplasia intraepitelial grado 3 tiene entre 20 y 34 años de edad. La mayor incidencia de esta lesión corresponde a los 36.8 años entre mujeres de raza blanca, a los 30.4 en las de raza negra y a los 33.1 años en las de origen hispanoamericano.²

El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, desarrollado en México por la Secretaría de Salud, informa que la edad promedio en la que se detectan las displasias se ubica entre los 25 y 30 años en el caso de la leve, 30 y 35 años en el de la moderada y 40 y 50 años para el carcinoma *in situ*. El cáncer microinvasor es más frecuente entre los 45 y 50 años, y el invasor de los 50 años en adelante.^{13,18}

La relación entre el estadio clínico y la edad de las pacientes con cáncer de cuello uterino también muestra variaciones. De acuerdo con información publicada en nuestro medio, la edad a la que se diagnostica el cáncer *in situ* está entre 41 y 43.9 años, el estadio I entre 45 y 47 años, el II a los 50 años, el III entre 52 y 53 años y el IV entre 52 y 58.^{19,20}

Comportamiento sexual

La edad a la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y la paridad, son factores de índole personal que constituyen la base para el inicio de la enfermedad.^{1,5,6,7}

El inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años tiene un riesgo relativo de 5 con respecto al inicio a los 23 años. En cuanto al número de parejas sexuales, las mujeres con más de tres compañeros sexuales tienen un riesgo tres veces mayor. Algunos estudios han demostrado que gran parte de las mujeres con cáncer cervicouterino tienen sólo una pareja, lo que ha llevado a deducir que los antecedentes sexuales del varón también son un factor de importancia. La relación con prostitutas aumenta cuatro a cinco veces el riesgo. El cáncer del pene en la pareja lo aumenta tres veces.^{1,7}

En un estudio de casos y controles efectuado en nuestro medio en pacientes con neoplasia intraepitelial, se demostró un riesgo de 2.7 para el inicio de la actividad sexual a los 16 años y de 4 para las mujeres que refirieron tener más de una pareja sexual.²¹

Historia reproductiva

El riesgo de llegar a padecer la enfermedad aumenta con el número de partos y éste es de cinco veces para las grandes multíparas.

En el estudio de casos y controles antes referido se encontró un riesgo relativo de 6.5 para pacientes con embarazos en relación con las nuligestas; de 2.4 para la historia o no de partos, y de 4.4 para las mujeres cuyo primer parto se señaló a los 18 años o antes.²¹

Uso de anticonceptivos orales

Hace poco la Organización Mundial de la Salud estableció que el uso prolongado de anticonceptivos orales constituye un factor de riesgo para cáncer cervicouterino.⁶ La asociación es más frecuente para adenocarcinomas que para cánceres escamosos.⁹

El registro de tumores de Connecticut, en Estados Unidos, informó un riesgo 3.4 veces mayor para adenocarcinomas en pacientes que los tomaron durante más de tres años.²²

Tabaquismo

El fumar cigarrillos y quizá la exposición ambiental al tabaco, constituyen un factor independiente de riesgo para cáncer cervicouterino. En el moco cervical de las fumadoras se han encontrado carcinógenos, compuestos que pueden adherirse al ADN celular y dañarlo, cooperando de esta manera con el virus del papiloma humano para producir la transformación celular maligna. Este hábito no parece influir en la aparición de los adenocarcinomas.^{1,5,9}

Factores nutricionales

Las deficiencias dietéticas en las mujeres que viven en naciones en vías de desarrollo pueden constituir factores contribuyentes a las altas cifras de cáncer de cuello uterino observadas en estos países. El consumo alto de alimentos con beta-carotenos, vitaminas A y C puede reducir el riesgo de aparición de esta neoplasia.⁹

Los estudios realizados en población hispánica de Estados Unidos han demostrado que los nutrientes antioxidantes reducen la carga oxidativa, se asocian con disminución del riesgo de llegar a padecer infección por el virus del papiloma humano. Otras investigaciones han encontrado una relación inversa entre las concentraciones séricas de carotenos y

tocoferoles, que son potentes nutrientes antioxidantes y el riesgo de llegar a padecer NIC.²³

Conforme se incrementan los procesos oxidativos, se activa el funcionamiento de los factores de transcripción nuclear (API y NFkB), lo que puede favorecer la expresión de genes del VPH. Los antioxidantes pueden inhibir la activación de estos factores.²³

Los estudios epidemiológicos recientes consideran al hierro sérico un factor de riesgo de llegar a padecer cáncer, debido a que su participación puede o no favorecer la activación de los mecanismos mencionados.²³

Con la administración local de ácido retinoico a pacientes con NIC 2, algunos autores han logrado la regresión completa de las lesiones en 43% de los casos, frente a 27% de los casos testigo lo que sugiere que este producto puede ayudar a prevenir la progresión de las lesiones (quimioprevención).²⁴

Citología cervical

Las pacientes que acuden periódicamente a estudios citológicos tienen menor probabilidad de llegar a padecer cáncer invasor que quienes nunca se han realizado la prueba de Papanicolaou.²⁷ En el ámbito internacional está ampliamente demostrado que los programas de escrutinio han influido en forma determinante en la reducción de la mortalidad por esta neoplasia.

La Sociedad Americana del Cáncer y otras instituciones han elaborado un conjunto de recomendaciones en consenso para el escrutinio poblacional por medio de citología cervical. Estas recomendaciones establecen que todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas y han alcanzado los 18 años de edad, deberán realizarse un estudio citológico y una exploración pélvica cada año. Después de tres o más estudios anuales negativos la citología podrá realizarse con menor frecuencia, a juicio del médico.² En el caso de las mujeres de bajo riesgo, después de tres citologías anuales negativas se recomienda realizarlas cada tres años.

Las pacientes de alto riesgo deben ser estudiadas cada año. Después de una histerectomía por enfermedad benigna, la citología deberá realizarse cada tres años y después del tratamiento de NIC o cáncer

invasor, el estudio tendrá que realizarse trimestralmente por espacio de dos años, cada seis meses durante tres años, y después cada año.²

Sin bien los estudios de escrutinio realizados a mujeres mayores de 65 años, con antecedentes de citologías normales, no han demostrado eficacia pues se afirma que sólo son útiles en mujeres que carecen de estudios periódicos,¹³ vale la pena considerar que en México las cifras más altas de mortalidad corresponden a mujeres de 65 años y mayores.¹¹ Por lo tanto, estas conclusiones deben tomarse con reserva.

Los estudios de prevalencia de la prueba de Papanicolaou realizados a mujeres entre 15 y 49 años de edad y publicados en 1999,²⁵ mostraron que el Programa de Detección del Cáncer Cervical en México influye en mujeres que, potencialmente, están en situación de bajo riesgo; la prevalencia de utilización en la población motivo del programa es baja. Las entidades con prevalencia más baja fueron: Aguascalientes, Oaxaca, Baja California y Tlaxcala.

Infección por virus del papiloma humano (VPH)

Si bien diversas infecciones de la vía genital (herpes virus tipo 2, *Chlamydia*, etc.) y otros factores, como la susceptibilidad genética, siguen siendo motivo de investigación, debido a resultados de biología molecular que han demostrado ADN de VPH virtualmente en todos los especímenes de cáncer del cuello uterino, actualmente se acepta que ciertos tipos de virus VPH son la causa central del cáncer cervicouterino invasor y de la neoplasia intraepitelial 1,2 y 3.^{5,6,9}

La vía de transmisión más común del virus del papiloma humano es la sexual. Se estima que al menos 50% de los adultos sexualmente activos han sufrido VPH genital,²⁷ que la prevalencia de la infección es mayor en mujeres mayores de 25 años de edad y que su persistencia ocurre con mayor frecuencia en mujeres añosas. El periodo de incubación para la infección varía entre tres semanas y ocho meses y, después de 24 meses, menos del 20% de las mujeres permanecen infectadas. Del 8 al 15% de ellas progresan a NIC después de 24 meses.²⁸ Las mujeres con infección por el VPH tienen una probabilidad 11 veces mayor de llegar a padecer NIC 2 ó 3 que quienes no tienen la infección.²

Está publicado que las lesiones atípicas de significado incierto (ASCUS) progresan a NIC 1 en 21%

y a NIC 3 en 7.3% en un lapso de 24 meses; asimismo, que incluso 90% de las lesiones NIC 1 que degeneran en lesiones más graves tienen ADN viral en sus células.²

Estudios de metanálisis realizados con grandes grupos de población muestran cifras de regresión en 60% de las lesiones NIC1 y en 33.3% de las NIC3. Las probabilidades de evolución de NIC 1 a NIC 3 son de 15 a 25% y de NIC 1 a cáncer invasor, de 1.7%. Por lo que respecta al NIC 3, son de 16% a los cuatro años y de 33% a los nueve,^{7,29,30}

Harold Zur Hausen y Lutz Gissman descubrieron, entre 1981 y 1984, los virus del papiloma humano vinculados con neoplasias genitales. En 1983, en una mujer alemana con afectación en el cuello uterino demostraron la existencia del VPH 16, responsable del 50% de todas estas neoplasias.²⁶

De los más de 100 tipos de virus del papiloma humano descritos, alrededor de 40 pueden infectar el aparato genital y 15 de ellos se catalogaron como de alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82. Tres son de probable alto riesgo: 26, 53 y 66 y a doce se les considera de bajo riesgo: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CPG 108.⁶

Debido a que sólo un pequeño número de pacientes infectadas por el virus del papiloma humano llegan a padecer cáncer del cuello uterino, se considera que deben existir otros factores que actúan junto con el VPH para influir en la progresión de la infección a cáncer.⁶ Diversos estados que afectan negativamente el balance oxidación-antioxidación, como el fumar cigarrillos y los procesos inflamatorios del cuello uterino y otros factores mencionados, actuarían como cofactores en la aparición de la neoplasia.

Después de la infección, el genoma viral de alto riesgo se integra establemente al ADN del huésped, casi siempre cerca de oncogenes celulares, como C-Myc y N Myc o dentro de secuencias reguladoras, como las de genes que codifican la transcripción, como los factores Erg y Ets-2.⁶

El genoma del VPH contiene una región de expresión temprana, una de expresión tardía y una región larga de control, la cual contiene el origen de replicación y transcripción viral. La región temprana (genes tempranos) codifica para proteínas relacionadas con la replicación (E1), activación o represión del ADN viral

(E2); producción de partículas virales (E4) y de transformación celular (E5, E6 y E7); mientras que la región tardía (genes tardíos) codifica para proteínas de la cápside (L1 y L2).³¹

De acuerdo con Zur Hausen y su grupo, la integración del genoma viral al ADN del huésped requiere el rompimiento de la oncoproteína E2, que es la que reprime la expresión de las oncoproteínas E6 y E7, responsables de immortalizar las células epiteliales de los genitales humanos al inactivar proteínas reguladoras y supresores tumorales (E6 desactiva a la proteína p53 y E7, a la proteína Rb).^{9,26}

La proteína E4 se ha identificado en los estadios tempranos de la infección viral. Ésta se expresa tempranamente en la capa parabasal del epitelio cervical disminuyendo la expresión de queratinas. La oncoproteína E4 de VPH16 puede causar el colapso de los filamentos de citoqueratina y afectar la organización de la membrana plasmática, las señales de transducción y el crecimiento celular.³¹

Algunos autores sugieren que la investigación de la existencia de anticuerpos contra proteínas tempranas de VPH puede servir como marcador de la enfermedad. Estudios de esta naturaleza realizados en nuestro medio, con ELISA de captura, demostraron que los anticuerpos anti E4 de VPH16 están presentes en lesiones NIC 1-2 y anti E7, en lesiones NIC3.³¹

El serotipo 18 del VPH parece ser más virulento que el 16, lo cual puede constituirse en factor pronóstico. Kurgan y su grupo³² encontraron un déficit de VPH18 en NIC, al comparar con lo observado en células cancerosas y no apreciaron diferencias entre NIC y cáncer invasor relacionado con infección por VPH 16. Otros autores han considerado que las neoplasias inducidas por VPH 18 tienen peor pronóstico, al comparar la evolución, etapa por etapa, de los cánceres inducidos por este tipo viral con los inducidos por VPH 16.⁷

De otras investigaciones de biología molecular realizadas en México destaca un estudio de casos y testigos efectuado en el Centro Nacional de Clínicas de Displasias del Hospital General de México, OD, en búsqueda de infección por VPH en lesiones acetoblanas cervicales diagnosticadas por colposcopia. Se encontró ADN viral en 87.3% de las pacientes y en 85.9% de los testigos, (80.3% de la población estudiada). Mediante análisis de captura de híbridos se demostró la existencia

de virus oncogénicos en 113 de 135 (83.7%) de los casos y en 20 de 119 (16.8%) de los testigos ($p < 0.0005$), con 51.1% de positividad de VPH 16, frente a 2.5% en testigos. Se concluyó que las lesiones acetoblanas cervicales son causadas, ante todo, por genotipos de virus oncogénicos precursores del cáncer cervicouterino.³³

Jaime Berumen y su grupo, en varios estudios,^{26,34,35} han demostrado la existencia de variantes del VPH 16 clásico o europeo (VPH 16 E) en población mexicana. Estas variantes, llamadas asiático-americanas (VPH 16 AA) son consideradas por el autor nueve veces más oncogénicas que las europeas; tienen un riesgo 27 veces mayor para evolucionar a cáncer y coexisten en 25% de los casos estudiados. Las variaciones encontradas por los autores se relacionan con la proteína E2, cuyo rompimiento no se produce, lo que induciría más rápido la oncogénesis.

Una de las variantes estudiadas, la AA-c, sería propia de la población mestiza mexicana, pues se ha encontrado en proporciones muy bajas en otros países (2% en España y 4% en Sudamérica); en tanto que otras, como la AA-a representa 14% de las encontradas en España, 19% en Sudamérica.

El virus AA-c se relaciona con mujeres más jóvenes y con neoplasias más agresivas. La edad de las pacientes afectadas por VPH 16-AAc es de 43 años, *versus* 54 de las de VPH 16E y tienen seis años menos que las de VPH 16AAa (49 años). Cuando una mujer es infectada por VPH16 AAc, el virus se replica rápidamente y la expresión de sus oncogenes E6 y E7 se presenta casi de inmediato, puesto que su proteína E2 no reprime su expresión, de ahí que estas pacientes sean más jóvenes.²⁶

CONCLUSIONES

El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre los cánceres que afectan a las mujeres en todo el mundo con una frecuencia que sólo se ve superada por la del cáncer de mama.

En México, representa un problema de salud. Es la principal causa de muerte por cáncer en la mujer, aun cuando en años recientes se haya reportado un descenso del 20% en sus cifras de mortalidad.

La implantación de programas de detección en nuestro país se ha acompañado de incremento de

diagnósticos de lesiones tempranas en los últimos años. En 1988 se diagnosticaron 29.9% de carcinomas *in situ* vs 54.5% diagnosticados en el año 2000. Se estima que cuando esta cifra sea del 80%, el cáncer del cuello uterino será un problema nacional de salud.

En los últimos años se registró incremento del 10 al 15-20% en la incidencia de adenocarcinomas del cuello uterino.

Las relaciones sexuales y la paridad en la adolescencia, la infección cervical por el virus del papiloma humano y las deficiencias nutricionales, como la ingestión insuficiente de antioxidantes constituyen, en países como el nuestro, los factores de riesgo vinculados con la causa de la enfermedad.

De los más de 100 tipos de VPH descritos, 40 pueden infectar la vía genital y 15 de ellos se han catalogado como de alto riesgo para el desarrollo del cáncer del cuello uterino. El tipo 16 es el responsable del 50% de los casos de cáncer cervicouterino en nuestro país.

Algunos estudios realizados en México han reportado genotipos de virus oncogénicos precursores de cáncer cervicouterino en 80% de las lesiones acetoblancas diagnosticadas en pacientes de riesgo que acuden a evaluación en clínicas de displasias.

Incluso 25% de las pacientes mexicanas con cáncer de cuello uterino vinculado con VPH 16 tienen una variedad llamada asiático americana (VPH16 AA), considerada nueve veces más oncogénica que la variante europea de este virus (VPH16 E).

El tipo VPH16 AA-c es una variante del VPH16 considerada como propia de la población mestiza mexicana. La infección por este tipo viral se ha vinculado con mujeres más jóvenes y con neoplasias más agresivas.

Para lograr la inmortalización de la célula cancerosa, la inactivación de las proteínas reguladoras supresoras tumorales P53 y Rb del huésped, por parte de los oncogenes virales E6 y E7, respectivamente, constituye un proceso decisivo del complejo mecanismo de la oncogénesis viral.

REFERENCIAS

1. Selected cancers. Uterine cervix. Cancer Facts and Figures. 2004;19.
2. Hompling ER. Cancer de cérvix invasor. En: Piver MS, editor. Diagnóstico y tratamiento: en Oncología Ginecológica. 2ª ed. Madrid: Marban, 2000;111:140.
3. Schiffman HM, Brinton AL. The epidemiology of cervical carcinogenesis. Cancer 1995;76:1888-901.
4. Rose GP. Chemoradiotherapy for cervical cancer. Eur J Cancer 2002;38:270-8.
5. Waggoner ES. Cervical cancer. Lancet 2003;361:2217-25.
6. Stewart WB, Keihues P. Cervical cancer. In: Cancers of the female reproductive tract. World Cancer Report. Lyon: World Health Organization, IARC Press 2003;pp:215-7.
7. Disaia PJ, Creasman TW. Preinvasive and invasive cervical cancer. In: Disaia PJ, Creasman TW, editors. Clinical gynecologic oncology. 6th ed. St Louis: Mosby, 2002.
8. Arrosi S, Sankaranayanan R, Maxwell PD. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. Salud Publica Mex 2003;45(Supl):S307-14.
9. Hopkins PM, Smith OH. Adenocarcinoma of the cervix. In: Gershenson DM, et al. editors. Gynecologic cancer. Controversies in management. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2004;pp:149-50.
10. Palacios MLS, Rangel GG, Hernández AM, Lazcabnoi PE. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality difference between urban and rural areas in Mexico. Salud Publica Mex 2003;45(Supl 3):S315-9.
11. Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud (DGE-SSA México). Estadísticas sobre Tumores Malignos en México. Salud Publica Méx 1997;39(4):388-93.
12. Sepúlveda AM, Bronjman M, Gómez LJ, Lezama M, Olais G, Rico B, Tapia R. Cáncer cervicouterino. En: Cuadernos de Salud. Cáncer, un encuentro con el futuro epidemiológico. México: SSA, 1994;pp:43-53.
13. Higuera IA, Gamez GJ, Avila MI, Kuri MP. Panorama del cáncer cervicouterino: Manual para la operación del sistema de información. México: Secretaría de Salud, 2000;113:15.
14. Torres CJ, Tapia YJ, Dorantes J. Mortalidad por cáncer cervicouterino en México, 1979-1999. Perinatol Reprod Hum 2002;16:335-42.
15. Estadísticas de mortalidad en México. Muertes registradas en el año 2002. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud México. Salud Publica Mex 2004;46:169-85.
16. Secretaría de Salud México. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSS2-1994 Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. 1998;pp:18-19.
17. Mandelblatt J, Gopaul FN, Wissstereich M. Gynecological care of elderly women. JAMA 1986;256:367.
18. Torres LA, Solorza LG, Pimentel YF. Cáncer cervicouterino. En: Torres LA. Cáncer ginecológico. Diagnóstico y tratamiento. México: McGraw-Hill Interamericana, 2004;pp:131-68.
19. Verdusco RL y col. Cáncer cervicouterino y edad. Ginecol Obstet Mex 1997;65:119-22.
20. Torres LA, Cruz TF, Plata NP, Pérez VH, García GH, Roman BE. Cáncer cervicouterino 1983-1984. Experiencia de la Unidad de Oncología, Hospital General de México, SSA. Cancerología 1988;34:617-22.
21. Frias MM, Mohar BA, Súchil BL, Ibarra RM, Ramírez GJ. Factores de riesgo asociados a cáncer cervicouterino: Un estudio de casos y controles. Cancerología 1999;45:209-16.
22. Hildesheim A, Hadjimichael O, Schwartz EP, Wheeler MC, et al. Risk factors for rapid-onset cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 1999;180:571-7.

23. Giulano A. Cervical carcinogenesis: The role of cofactors and generation of reactive oxygen species. *Salud Publica Mex* 2003;45(Supl 2):S354-60.
24. Meyskens FL, Surwit E, Moon TE, et al. Enhancement of regression of CIN with topically applied all-trans-retinoic acid. *J Natl Cancer Inst* 1994;86:534.
25. Meneses GF, Lazcano PE, Lino GM, Hernández AM, Lizano FM, Nájera P, et al. Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou de los 15 a los 45 años en México. *Cancerología* 1999;45:17-23.
26. Berumen CJ. Nuevos virus del papiloma humano descubiertos en México. Su asociación con la alta incidencia del cáncer del cérvix. *Gac Med Mex* 2003;139(Supl):S3-S10.
27. Lazcano PE, Alonso P, Ruiz MJ, Hernández MA. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Publica Mex* 2003;45(Supl.3):S449-62.
28. Flores I, Bishas D, Lazcano E, Shah K, Lorincz A, Hernández M, et al. Improving cervical cancer screening in Mexico. Results from the Morelos HPV Study. *Salud Publica Mex* 2003;45(Supl 3):S388-98.
29. Canistra AS, Niloff MJ. Cancer of the uterine cervix. *N Engl J Med* 1996;334:1030-8.
30. Shiffman HM, Brinton AL. The epidemiology of cervical carcinogenesis. *Cancer* 1995;76:1888-901.
31. Vazquez CS, Trejo BC, Cruz VA, Hernández NP, Esquivel GR, Gutiérrez XL. Asociación entre la presencia de anticuerpos anti Ras y anti VPH16 E4/E7 y lesiones intraepiteliales del cérvix. *Salud Publica Mex* 2003;45:335-45.
32. Kurgan RJ, Schiffman MH, Lancaster WD, et al. Analysis of individual human papilloma virus types in cervical neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:293.
33. Rocha ZL, García CA, Lira CA, Barrios T, Valdespino V, Cruz TF. Molecular evaluation of the prevalence of oncogenic human papilloma virus genotypes in cervical acetowhite lesions. *Intervirology* 2002;45:111-4.
34. Casas L, Galvan SC, Ordoñez RM, López N, Guido M, Berumen J. Asian-American variants of human papillomavirus type 16 have extensive mutations in the E2 gene and are highly amplified in cervical carcinomas. *Int J Cancer* 1999;83:449-55.
35. Berumen J, Ordoñez RM, Salmeron J, Lazcano E, Galvan S, Estrada RA, et al. Asian-American variants of human papillomavirus 166 and risk for cervical cancer, a case control study. *J Natl Ca Inst* 2001;93:1325-30.

Hacia el final del parto, los músculos de la pared abdominal y el diafragma toman parte en la expulsión del feto; su fuerza se añade a la del músculo uterino, la cual aumenta de intensidad: la fuerza producida llega a 10 kilogramos en el parto normal y alcanza a 15 kilogramos en los esfuerzos expulsivos excepcionales. En este momento las contracciones adquieren el *carácter expulsivo*.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941; p:115.

Desarrollo psicosexual y educación sexual

Mario Souza y Machorro*

RESUMEN

La influencia bioambiental en el desarrollo y madurez sexuales incluye a la moral, como el elemento decisivo en la expresión conductual. Existen pocos estudios dirigidos a la interfase entre el desarrollo sano sexual y la intervención temprana destinada a los comportamientos infantojuveniles sexuales riesgosos. Un adecuado desarrollo sociomoral espera que cada individuo participe genuina y sanamente en su sexualidad para compartirla con otro ser humano, sin alejarse de su expresión natural, deseable y culturalmente responsable. Se describen algunas diferencias conductuales entre los géneros, metas de desarrollo, importancia de dar educación sexual a la población infantojuvenil, sus vectores y recomendaciones preventivas en ámbitos domésticos o escolares, dirigidas al personal de salud, como evitar el embarazo no deseado, prevenir las enfermedades de transmisión sexual y demás comportamientos de riesgo. Se invita a la revaloración de los servicios asistenciales, la supervisión de programas, participación familiar; incremento de la educación en medios de información, con responsabilidad personal y social. Esta consolidación requiere personal de salud y cumplimiento de las recomendaciones educativo-preventivas de la actuación profesional en pro de una práctica responsable.

Palabras clave: desarrollo moral, desarrollo psicosexual, sexualidad, infantojuvenil, educación sexual, prevención.

ABSTRACT

The bio-environmental influence on the sexual development and ripeness includes to the morality as the essential element of the behavioral expression. There are few studies directed to the interface between the healthy sexual development and the early intervention destined for the child-youth sexual risky behaviors. A suitable development sociomoral waits that every individual genuine participant and healthily in his sexuality to share it with another human being, without moving away from his expression. Some behavioral differences between the genders are described; goals of development; importance of assigning sexual education to the child-youth population, its vectors and preventive recommendations in domestic and/or school ambiances, directed to the personnel of health, as the avoidance of not wished pregnancy, the prevention of STD and other behaviors of risk. It is invited to the revaluation of the welfare services; supervision of programs, familiar participation; increase of the education in means of information, with personal and social responsibility. Such a consolidation requires from the health personnel the fulfillment of the educational-preventive recommendations of the professional performance to the advantage of a responsible practice.

Key words: moral development, psychosexual development, sexuality, child and youth, sexual education, prevention.

SOMMAIRE

L'influence bio-environnante sur le développement et la maturité sexuels inclut la morale, comme l'élément décisif dans l'expression de comportement. Il existe peu d'études dirigées à l'interphase entre le développement sexuel sain et l'intervention précoce destinée aux comportements enfant-juvéniles sexuels dangereux. Un développement socio-moral adéquat attend de chaque individu la participation authentique et saine dans sa sexualité afin de la partager avec un autre être humain, sans s'éloigner de son expression naturelle, désirable et culturellement responsable. On décrit quelques différences de comportement entre les genres, objectifs de développement, importance de donner une éducation sexuelle à la population enfant-juvénile, ses vecteurs et recommandations préventives dans des milieux domestiques ou scolaires, dirigées au personnel de santé, comme c'est d'éviter la grossesse non désirée, prévenir les maladies de transmission sexuelle et d'autres comportements de risque. On prône la revalorisation des services d'assistance, la supervision de programmes, la participation familiale ; l'incrément de l'éducation dans les médias, avec responsabilité personnelle et sociale. Cette consolidation a besoin du personnel de santé et l'accomplissement des recommandations éducativo-préventives de la participation professionnelle à faveur d'une pratique responsable.

Mots-clés : développement moral, développement psico-sexuel, sexualité, enfant-juvénile, éducation sexuelle, prévention.

*“Para ser un ser moral,
el hombre debe ser consciente
de lo que está haciendo.”*

HEGEL

En el ser humano, la conducta sexual se inicia en el momento del nacimiento y evoluciona con ritmo propio a lo largo de la vida; evoluciona de forma paralela a su crecimiento biopsicosocial, ligándose a la madurez global del sujeto y actuando como determinante de ella. Los conceptos de desarrollo y crecimiento mantienen una correlación biológica estrecha; el desarrollo filogenético y ontogenético, respectivamente, atienden las formas sucesivas de vida que han aparecido sobre la Tierra y el estudio de la sucesión de formas por las que pasa cada individuo durante su vida. Ambos dan cuenta de los cambios continuos y progresivos del organismo desde el principio de la vida hasta el máximo grado de madurez alcanzado. En el comportamiento individual y social, la agresividad tiene un papel importante; pero la sexualidad, como conducta agresiva, difiere de la que emplean los animales, incluso en su finalidad. Debido al poco conocimiento social sobre el tema, se reconoce que la agresividad en el “animal desarrollado” tiene aún que ser explorada más a fondo.

El *Homo sapiens* sigue siendo violento e instintivo, como otros primates, aunque no igualmente destructivo. Es paradójico que las diferencias humanas en materia de expresión de las pasiones por medio de actos agresivos y destructivos puedan ser aún mayores. El desarrollo moral, en términos de la conformidad y aceptación de patrones de conducta social establecidos con base arbitraria, aplica a ciertos principios rectores personales éticos. Además, se utiliza para calificar emociones como: la rectitud, la culpa y la vergüenza,

necesarias para que el individuo y la sociedad sepan cuándo han obrado adecuadamente. La curiosidad en los cambios de la maduración sexual es parte normal de la niñez y adolescencia.¹ En tal sentido, el desarrollo de una sexualidad sana debería considerarse elemento central del desarrollo físico y emocional infantil. Las influencias biológicas y ambientales se combinan para dar cauce a la evolución del desarrollo, que incluye un sentido sano de la sexualidad durante toda la vida y sus respectivas opciones conductuales. Todos los involucrados en la provisión de las actividades destinadas al fomento y mantenimiento de la salud, como los dedicados al combate de la enfermedad, quienes conforman en su conjunto el llamado equipo de la salud, juegan un papel destacado en la conducción académico-asistencial de niños, jóvenes y sus familiares. Su participación puede ser decisiva respecto de la maduración sexual y los comportamientos a distintas edades, así como los caminos apropiados que deben cursar en dicho contexto.²

La mayor parte de los comunicados de la literatura médica y psicológica, que proporcionan la actualización científica en el tema, destacan los datos relacionados con la pubertad y los comportamientos sexuales. De igual forma, la mayor parte de ellos enfoca la identificación y el tratamiento de las complicaciones de salud derivadas de los comportamientos sexuales. Pero sólo unos cuantos se dirigen a la promoción de comportamientos sexuales sanos.

Las recomendaciones de la documentación internacional de los últimos años se dirigen a ayudar a la población infantojuvenil a permanecer en una trayectoria de desarrollo sana y, sólo en condiciones especiales de riesgo o patógenas, les proponen la consulta con profesionales, incluso antes de que necesiten el tratamiento formal; como por ejemplo, en caso de enfermedades de transmisión sexual (ETS), o de la asesoría profesional respecto a las opciones disponibles para el embarazo. Es aún como se enfoca la interfase entre la promoción del desarrollo sexual sano y la temprana intervención destinada a los comportamientos sexuales riesgosos de los niños y adolescentes de uno y otro sexo.

Para enfocar la promoción del desarrollo sexual sano y la intervención de comportamiento sexual eficaz, el personal clínico debe conocer qué asuntos cubrir y

* Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Fundador de la Sección Permanente de Sexología Médica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. Adscrito a la Dirección General Normativa Adjunta. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro. Cristóbal Colón núm. 75, Casa 15, Tlalcoligía, CP 14430. Tel.: 5655-6139, 044-55-5507-2861. E-mail: souzaym@prodigy.net.mx
Recibido: abril, 2004. Aceptado: agosto, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

cómo hacerlo, en el amplio tema de la sexualidad infantojuvenil, sustentando su conocimiento en la publicación científica y experiencia clínica.²

Cuadro 1. La educación sexual*

- Debe ser una rutina en los planes educativos básicos en muchas partes del país y un componente decisivo de los programas comunitarios.
- Sus objetivos apuntan a: la prevención del embarazo, y del abuso de sustancias, reducción de la violencia, desarrollo juvenil saludable y apoyo a la asistencia social reproductiva.
- Sus principales metas son: impactar la conducta sexual juvenil para retrasar su debut; producir abstinencia saludable; fomentar el uso de prácticas más seguras; proporcionar habilidades prácticas para el control abstinentes; promover la comunicación eficiente; desarrollar habilidades para la negociación del papel sexual, uso de anticoncepción según sea el caso, fomento de la discusión interactiva, prevención de ETS y VIH/SIDA y disminución de la patología sexual: elevar la calidad y vincular de los participantes.

*Modificado de Hagan JF, Coleman WL, Foy JM, Goldson E, Howard BJ. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics* 2001; 108(2): 11-22. Souza y MM. Educación para la Salud Sexual Integral. Criterios, perspectivas y tendencias. En revisión editorial. Universidad Regional del Sureste, URSE, 2004.

DESCRIPCIÓN

La literatura científica de los últimos años alude al concepto de género como una norma cultural, en tanto categoría simbólica y, como tal, tiene fuertes connotaciones morales, por lo que resulta a la vez, cultural relativo y potencialmente susceptible de cambios, inclusive drásticos, con independencia de que el sexo como factor de herencia biológica sea un elemento de participación constante.² En la actualidad se acepta ampliamente, incluso por los investigadores varones más tradicionalistas, que los principios masculino-femeninos no son polaridades inherentes antagónicas, opuestas, ni excluyentes, sino partes de un continuo complementario, que tiende a traslaparse en pos de una posible nueva adaptación. En otras palabras, los arquetipos relativos a la imagen masculina existen también en la feminidad y están en su mayor parte contruidos como sistemas simbólicos y no son, simplemente, el resultado de la estructuración anatómico-funcional.

La expresión de la conducta sexual es ancestral y está vinculada de manera íntima con la moral, sin

importar prácticamente las fluctuaciones ocurridas a lo largo de la historia lo que, implícitamente, plantea distintos problemas de abordaje y solución en un campo por demás ideologizado, por lo que dicha unión se remonta a las más antiguas formas de superstición y a los más variados ritos. Según diversas descripciones técnicas, la actividad sexual de los seres humanos se ubica en una encrucijada entre la agresividad, la moral social y las necesidades biopsicosociales expresadas fisiológicamente, lo que conduce a la consideración, en el marco del psicoanálisis, del llamado conflicto psíquico primario.⁴

Se emplea la expresión “desarrollo moral” en relación con la conformidad y aceptación de patrones de conducta sociales, establecidos con base arbitraria, aunque por convención. También se aplica a ciertos principios rectores personales éticos, y se utiliza para calificar emociones como: la rectitud, la culpa y la vergüenza, que son necesarios para que el individuo y la sociedad sepan cuándo obran bien o mal. No obstante la existencia de marcos teóricos referenciales, en la práctica resultan muy difíciles de separar los significados conceptuales que aluden a la socialización del niño y a su moralización, de modo semejante a la agresividad. Por ello, se insiste en el hecho y, más particularmente, por la vinculación tan estrecha que se asigna a las actividades sexuales, en el contexto de la interpretación moral de la sociedad, cuyo contexto judeocristiano occidentalizado ahora tiende a la globalización.⁵

Las teorías cognoscitivistas del desarrollo y las del aprendizaje insisten en los procesos de maduración que ocurren durante la infancia, a través de factores ambientales. A partir de Freud se reconoce una estrecha relación entre la madre y el hijo, como base de la identificación moral del individuo consigo, que ocurre a través del castigo de ciertos impulsos, lo cual involucra la internalización del objeto amado (con sus ventajas y desventajas) y el desarrollo de una fuerza constructiva interior (superyo) que funcionará por el resto de la vida al servicio de la civilización.

El juego en la infancia se considera un elemento decisivo y fundamental para el establecimiento de las relaciones interpersonales sanas, donde destaca la moral y se proyecta en la adquisición de valores prosociales.¹ De entre los factores que afectan la

conducta moral, en las investigaciones que conforman la literatura contemporánea del tema se han considerado los siguientes:

a) La edad impulsa la moral a partir de los primeros 8 ó 9 años de la vida.

b) El sexo se ha visto como una ventaja en la socialización de las niñas, más que la de los varones, toda vez que el grupo femenino tiene, en general, mayor tendencia que el masculino a reaccionar con culpa y vergüenza frente a sus transgresiones.

c) La inteligencia se vincula con la formación de la moral y con la responsividad frente a ella, puesto que se espera que el individuo reaccione como más socialmente adaptado cuanto mayor sea su alcance intelectual.

d) De acuerdo con distintas investigaciones, la clase social es un factor que, sin ser típico, es necesario tomar en cuenta en el funcionamiento moral. Por ejemplo, a menudo se manifiestan entre los niños provenientes de hogares con carencia de actitudes más generosas que las que ocurren entre los que crecen al amparo de familias adineradas.

e) La influencia familiar también genera disciplina en relación con los aspectos morales intra e interfamiliares.

f) Se han descrito otros factores biológicos como elementos descolantes del desarrollo moral, aunque no se ha señalado con mayor precisión cómo ocurre su participación.

g) El modelaje de papeles, experimentado por los niños y la imitación que hacen de los adultos se reconoce como un factor decisivo en la conformación moral individual y de grupo.

h) Las características de personalidad relacionadas con factores temperamentales, más que los caracterológicos, propenden al desarrollo moral de los individuos.² No obstante, persiste una enorme dificultad para enjuiciar la moral y la conducta en las diferentes reacciones de los individuos sanos, que no siempre alcanzan a ser una referencia de normatividad saludable, ya que son distintas de las características de la llamada personalidad psicopática o sociopatía: “enfermedad (mental) de la moral”, caracterizada esencialmente por la comisión impulsiva y reiterada de conductas antisociales, sin arrepentimiento y sin poder contar con el elemento de modificación de dicha

conducta por la experiencia correctiva. Y pese a lo anterior, la deseable pregunta: ¿cómo se conforma la estructuración moral de un individuo sano y en qué difiere de la de un sociópata?, no se puede contestar aún con toda propiedad requerida.

DISCUSIÓN

El adecuado desarrollo sociomoral se basa en la premisa de que cada individuo se acerque genuina y sanamente a su sexualidad para luego compartirla de manera adecuada con otro ser humano, sin alejarse nunca de su expresión natural y deseable en el marco de la responsabilidad. Por ello, los comités de ética de las organizaciones científicas del mundo han trabajado en favor de la igualdad y el respeto a la dignidad humana, en contra de la discriminación racial o social, en favor del respeto y trato justo a los pacientes e, incluso, contra la discriminación de la mujer en el ámbito profesional. En igual sentido habrá de respetarse la condición infantil y diseñar planes adecuados, que superen la línea ideológica que la política sociosexual convencional ha producido hasta ahora.⁶

Cuadro 2. Recomendaciones para la educación sexual*

- La educación sexual es útil y complementa programas escolares o comunitarios.
- La discusión con médicos provee oportunidades para la información personalizada.
- Es útil para la selección confidencial del estado de riesgo.
- Sirve para realizar la promoción de salud y asesoría.
- Los pacientes y sus familiares pueden participar juntos o separados, pero siempre en forma coordinada.
- La prevención y asesoría es indistinta para los que son y los que no son sexualmente activos.
- Apoyo a grupos en alto riesgo para la salud: sexualidad precoz e insegura o riesgosa.

* Modificado de: American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS and Committee on Adolescence. Adolescents and HIV infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics* 2001;107:188-190. Hagan JF, Coleman WL, Foy JM, Goldson E, Howard BJ. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics* 2001;108(2):11-22. Souza y MM. Educación para la Salud Sexual Integral. Criterios, Perspectivas y Tendencias. En revisión editorial. Universidad Regional del Sureste, URSE, 2004.

Durante la infancia, en la sexualidad sucede un polimorfismo condicionado por la evolución del (la)

niño(a) y la variedad de conductas que despliega. Un proceso que contempla factores biológicos y psíquicos del desarrollo cognoscitivo y afectivo, que marcarán las variaciones, la expresión y el control de los diferentes individuos de manera siempre personal.

En el manejo de los niños, indistintamente si se trata de fines psicológicos, educativos o sociales, habrá que considerar el polimorfismo conductual aludido a partir de sus manifestaciones normales, habidas sus diferencias, como referente universal. Para ello, el conocimiento del desarrollo psicosexual sano sirve de base para la comprensión de la evolución; es la plataforma que sostiene la teoría psicológica fundamental (psicoanálisis) de la que han derivado otros puntos de vista.^{1,4} Como es observable, los niños difieren de las niñas en relación con su conducta, ya que desde muy temprano (aún antes de alcanzar la identidad de género), la conducta sexual prototípica muestra una tendencia más enfática a jugar con niños del mismo sexo, principalmente por la existencia de diversos factores socioculturales. En cuanto al interés sexual, la manipulación de los genitales se presenta desde el primer año de edad y es más frecuente en los varones que en las mujeres, en parte porque la estructuración anatómica así lo permite, en tanto que lo hace evidente, y también por la participación educativa en tal sentido.

Las actividades orales, como: chupar, morder y roer placenteramente se inician también desde el nacimiento y sufren cambios a la par de la evolución de la succión del pulgar y la onicofagia. Posteriormente, entre los 2 y 5 años existe aumento en el interés genital aunado a una gran propensión a la exploración sexual y a desnudarse. El exhibicionismo y el voyeurismo, así como la masturbación y su equivalente, el frote “involuntario” y repetido de los genitales, son conductas notorias en estas etapas que suelen afectar emocionalmente a los padres y cuidadores, por una interpretación inadecuada con respecto a la intencionalidad del acto. En este punto se hace imprescindible aclarar que tales actividades se llevan a cabo, no tan obviamente para todos, con una intención muy distinta de la que tendrán en la adolescencia o en la vida adulta, lo mismo que el contexto en el que se presentan y las consecuencias que tienen. En la literatura científica se pueden encontrar estudios de casos extremos que muestran un psiquismo afectado

por fantasías eróticas distorsionadas, que pudieron ser orientados apropiadamente con una educación sexual mínima.

Al llegar a los seis años de edad sobreviene el periodo de latencia que ha sido reconsiderado porque lejos de ser una verdadera represión, es en sí mismo una parte del desarrollo esperado de la sexualidad, subordinado a la presencia de una instancia social supervisora del individuo, que lleva hacia el pensamiento lógico-concreto. Para entonces, el (la) niño(a) ya es capaz de aceptar la pléyade de valores morales impuestos, pero sin poder aún cuestionarlos en su fundamentación básica y sin poder, tampoco, defenderse de ellos apropiadamente, cuando siente que le es necesario. La diferencia sustancial en cuanto a las actividades sexuales entre un sexo y otro varía, dependiendo del contexto social y educativo en el que se viva, particularmente en la significación individual de sus aspectos emocionales. Pero ello no debe entenderse sólo en el seno de su carácter coercitivo para la estructuración de un “deber ser”, sino, simplemente, con respecto de sus amplias posibilidades de variancia. En la cultura occidental, por ejemplo, alrededor de los 10 a 12 años aparece en el sujeto una motivación reforzada socialmente para los noviazgos y se alienta y tolera el “enamoramiento” indiscriminado e ideatorio (ya que no siempre es real). Aún, la sexualidad se disfraza y matiza según las costumbres, plano en el cual se adopta cualquier forma, circunstancia que permite a la conducta erótica permanecer activa, y a la vez encubierta. Las situaciones anormales y experiencias previas relacionadas con los estereotipos femenino y masculino, de los que se parte para el aprendizaje de las conductas de relación vinculares, no dependen tanto de la pérdida parental como de la estabilidad del conflicto neurótico familiar y la permanencia que los sujetos alcancen, condición que otorga la indicación al manejo terapéutico de tales casos. En última instancia, no se aduce sólo a la influencia de los padres en cuanto a la persona del niño o la niña, sino al contacto con otros adultos hombres o mujeres (maestros, tutores o cualquier persona que permanezca cercana al niño), por lo que se concluye que el conocimiento psicosexual no parece proceder de la simple y llana imitación, ya que aunque éste es un elemento de aparición constante, no se

Cuadro 3. Educación sexual: fundamentos y acciones*

- La educación sexual es para toda la vida. Hable de sexualidad y anticoncepción de modo congruente con los valores, actitudes y creencias familiares. Evalúe el ambiente familiar temprano en la vida del niño sin imponer valores. Sea consciente de la diversidad de circunstancias familiares (disfunción, familias de distintos padres, padres del mismo sexo, etc.). Si no puede manejar el caso, derívelo adecuada y oportunamente.
- Hable de asuntos relacionados con el sexo; anime a los padres a ofrecer educación sexual a sus hijos, adecuando la discusión al nivel de desarrollo del(a)niña o (el)(la) joven. Refiérase abiertamente a la masturbación y otras conductas sexuales infantiles y juveniles; con los términos apropiados para nombrar las partes anatómicas.
- Utilice oportunidades relevantes (nacimiento de un hermano, el animal doméstico, etc.) para hablar de sexualidad. Exhorte a los padres a contestar preguntas infantiles en forma exacta, correcta y completa. Ayude a los padres a comunicarse mejor en casa con el uso de recursos educativos. La educación sexual debe respetar la confidencialidad y los valores individuales y familiares; promueva la comunicación entre iguales.
- Cuestione las amistades “especiales” y su grado de intimidad. Visualice el carácter de cada persona y complemente la educación sexual con información escolar. Insista en las razones para evitar embarazos no planeados, ETS, y otros riesgos.
- Haga hincapié en la satisfacción del acto sexual y sus alcances en el marco de la responsabilidad. Clarifique preguntas, preocupaciones, dudas o malentendidos (anatomía, masturbación, erecciones, poluciones nocturnas, fantasías sexuales, orientación sexual, orgasmo.) Esclarezca los recursos asistenciales para la actividad sexual reproductiva. Esté atento a la descripción de la primera experiencia sexual: no enjuicie la actividad sexual (homosexual o bisexual, etc.) de los pacientes o sus familiares. Señale la participación del entorno en la vida sexual comunitaria (imágenes de medios de comunicación, vídeos musicales, películas, TV, impresos e internet).
- La historia sexual de los adolescentes (o niños) debe abarcar su conocimiento sexual, prácticas sexuales, compañeros y tipo de relaciones, identidad, orientación, anticoncepción y proyectos. Integre los factores mencionados en la promoción de la salud y la asesoría para el cambio de actitud y conducta; sea consciente del potencial intelectual de los entrevistados en torno del abuso y la coacción sexual; ofrezca información actualizada sobre el tema.
- Solicite la dirección de los padres respecto de la abstinencia y conducta sexual responsable de sus niños. Exhorte el diálogo honesto y recíproco entre todos los familiares. Señale circunstancias asociadas con la actividad sexual temprana (noviazgos, escasa supervisión familiar, uso de alcohol o drogas).
- Promueva la realización de oportunidades asertivas. Señale la importancia del adecuado manejo del rechazo, en favor del desarrollo psicosocial. Provea asesoría específica, confidencial y culturalmente aceptada, sensible y no prejuiciada sobre los problemas sexuales.
- Aconseje a niños y jóvenes y a sus padres sobre el desarrollo sexual normal previo al debut. Estimule la comunicación paterno-filial sobre la sexualidad. Fomente la discusión sobre la expresión responsable de sexualidad; desaliente el comportamiento sexual riesgoso y el consumo de drogas y alcohol. Insista en la importancia de evitar la actividad sexual no deseada y sus consecuencias adversas.
- Reconozca la importancia de emplear los planes de estudios para asegurar educación sexual. En la prevención de embarazo no planeado señale los métodos de control (masculinos y femeninos). Los métodos de barrera siempre deben usarse durante el coito, en combinación con espermicida u hormonales. Promueva el acceso a la anticoncepción de los adolescentes sexualmente activos. El personal de salud debe ayudar a los adolescentes en el aprendizaje del uso del condón, como parte de la educación sexual.

* Modificado de American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS and Committee on Adolescence. Adolescents and HIV infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics* 2001;107:188-190. Hagan JF, Coleman WL, Foy JM, Goldson E, Howard BJ. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics* 2001;108(2):11-22. Souza y MM. Educación para la Salud Sexual Integral. Criterios, perspectivas y tendencias. En revisión editorial. Universidad Regional del Sureste, URSE, 2004.

considera definitivo, dada la participación de los factores simultáneos. Además, las influencias psicoambientales juegan un papel determinante, pues la identidad psicosexual se conforma, aproximadamente, en los primeros cinco años de vida. De modo que la orientación sexual se ve influida, definitivamente, por el balance y cualidad de las relaciones familiares, los estímulos fundamentales y pautas ejemplares particulares de conducta planteadas a lo largo de la vida. Por lo tanto, no se encuentra sólo determinada como piensan muchas personas (aunque

participe en forma decisiva) por la biología del sujeto.

^{1,4} Así, la identidad masculina y la femenina, en su caso, puede verse comprometida por los deseos y expectativas prenatales parentales de tener un hijo de determinado sexo. Por fortuna, la relación entre los estudios psicodinámicos y psicoterapéuticos, con los provenientes de la investigación psicobiológica y los destinados a la clarificación de los mecanismos de la orientación sexual y sus causas, se ha ido estrechando con el tiempo, porque a pesar de ser campos de estudio distintos, éstos devienen complementarios.

Los estudios con niños criados en hogares atípicos son lo suficientemente incompletos todavía como para definir sus repercusiones en el desarrollo psicosexual infantil. Por lo tanto, los efectos de las experiencias sexuales atípicas y sus variantes no son tan valiosos ni concluyentes, aún como ejemplo o como simple pauta para normar criterios. Las investigaciones a largo plazo sobre las víctimas de abuso sexual han demostrado que algunos menores pueden lograr un desarrollo adecuado siempre y cuando la influencia familiar sea positiva y estimule la conducta adaptativa a la condición suscitada, en el seno de la circunstancia propia en la que se inscribió. Se ha documentado, por ejemplo, que quienes han sido víctimas de abuso sexual en la infancia con frecuencia tienen más temores, ansiedad, síndromes postraumáticos por estrés, distorsión habitual de las conductas sexualizadas y, en general, datos que indican poca seguridad personal y baja autoestima.⁷ En consecuencia, puede ser más importante desde el punto de vista formativo la actitud familiar e individual frente a un hecho sexual traumático, que el hecho en sí mismo.

En relación con las metas del desarrollo psicosexual, las pruebas clínicas sostienen que la identidad psicosexual sana se desarrolla en forma gradual e íntimamente relacionada con la madurez cognoscitiva y la autoimagen del sujeto. Las conductas sexuales prototípicas de la mujer se aprecian con claridad evidente antes de los cinco años. Ese desarrollo no necesariamente se debe a la resolución satisfactoria de los conflictos psíquicos (inconscientes) vinculares, ya que a la fecha no se dispone de demostraciones científicas⁵ (si bien la hipótesis sigue siendo válida) acerca de que la ausencia o presencia de un pene, su interpretación y significado obligue a abandonar una determinada posición sexual femenina por una masculina, o viceversa. En todo caso, puede suponerse que es el conocimiento, tanto como la conciencia del sexo físico y la diferencia genérica entre el niño y la niña, lo que inicia la consolidación de la identidad psicosexual que se manifestará posteriormente.¹ Tras el periodo de latencia, conforme avanza el desarrollo psicosexual, suele presentarse: a) un progresivo aumento de la actividad sexual durante la pubertad, b) una progresión hacia la socialización y la conducta heterosexual, c) una conciencia sistemática en cuanto

a la conceptualización psicosexual humana, producida por el cambio progresivo en la moralidad sexual. En conclusión, no es posible decir contundentemente que en el desarrollo infantil existan rasgos absolutos y determinantes o inequívocos que provoquen *a fortiori* ciertas consecuencias en particular. Por el contrario, la información disponible permite afirmar la existencia de pautas maleables que se desarrollan de acuerdo con las expectativas de los sistemas familiar y social y que pueden ser o no congruentes con la interpretación individual que, invariablemente, hace el sujeto respecto a sí mismo.

En la óptica psicosocial del desarrollo saludable, el “impulso decisivo” para la solidificación de la identidad psicosexual lo propician las influencias externas al Yo, pese a que el niño se moldea a partir de sus atributos y habilidades, con base en la percepción subjetiva de sí mismo, fenómeno que permite establecer la modalidad individual de congruencia entre el Sí mismo y el no Yo (los demás). Dicho proceso se liga al desarrollo socioafectivo personal en el que inciden, entre otras influencias, las dificultades que derivan de la relación interpersonal y la angustia propia del vivir (existencial), las cuales pueden tener consecuencias desfavorables y no previsibles, pero sí reductibles a tratamiento.⁶ En la educación sexual infantojuvenil, las fuentes de las que se nutren los procesos educativos dirigidos a la formación de la sexualidad en la infancia son muchas, y resultan de los constructos intrapersonales e interpretaciones que los individuos harán del mundo, pues se basan fundamentalmente en el papel de diversos factores externos, como la familia, el grupo de pares, la cultura, la religión, el Estado y otros vectores, como los medios de información social.

La educación para la salud sexual se inició formalmente después de que los esfuerzos coordinados en los programas de salud, dirigidos a la población en general, alcanzaron la integración de las actividades educativo-preventivas en salud mental (psiquiatría social y comunitaria), por lo que se le considera un subproducto de éstas. Los primeros esfuerzos se realizaron en torno de las conductas favorables a la salud, en ese entonces un tanto insólitos y “fuera de línea”, después de que por muchos años la medicina comunitaria colocó el acento en las enfermedades y en su posible erradicación, vía métodos tradicionales. Hoy

en día la barrera entre una y otra actividad se va haciendo cada vez más tenue y la labor educativa abarca todo un amplio espectro: desde la manifestación más temprana de la enfermedad hasta la expresión más florida de la salud. Por ejemplo, las poblaciones que en otro tiempo se señalaron por sus características particulares como deseables para alcanzar los objetivos de los programas sociales de prevención se han traslapado de forma tal que su imbricación no permite su deslinde, salvo en cuestiones muy particulares ajenas al bienestar psicosexual. ¹ Baste señalar, como ejemplo, el interés colateral en torno de la alimentación y los hábitos higiénico-dietéticos de la población que han producido importantes estudios sobre la nutrición de los escolares y la instrucción de este tipo que reciben por parte de sus parientes, en la medida en que representan fuertes pilares para la obtención y mantenimiento de la salud. En este sentido, se conocen en la literatura opiniones acerca de las diferencias alimentarias de los distintos grupos educativos organizados del mundo, los hábitos de arreglo y limpieza personal están tan relacionados con las costumbres familiares que se adquieren por imitación de los patrones de consumo de tabaco, alcohol o drogas y otros hábitos, como la duración y calidad del material televisivo que se ve, que en forma semejante es potencialmente pernicioso para la salud. En tal sentido, se estima que la dieta de los escolares se relaciona directamente con la actitud general que la familia mantiene hacia la salud. Así, la adicción tabáquica puede representar una especie de indulgencia familiar negativa que influye o determina las preferencias alimentarias, las cuales se vinculan estrechamente con la calidad de la dieta ingerida y las costumbres del grupo, y por ello trascienden a los cuidados de la salud en general. Según algunos autores, la educación sexual y la prevención en sentido formal se inician en la escuela; además, se comparten con la dinámica psicosocial que se observa en casa y ambos intereses hoy en día se han diversificado enormemente. ¹

La argumentación que impulsa la educación sexual comunitaria aglutina los datos que señalan el grado de afectación que produce su carencia y su relación con conductas inadecuadas e indeseables. Se insiste en el hecho de que la información que reciban no debe provenir de cualquier fuente, ya que debe ser

comprensible por cuanto a forma y fondo, pero requiere ser veraz. ⁸ La explotación de la actividad sexual o su expresión riesgosa a menudo conducen a embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, VIH / SIDA y otras. ² Los problemas más frecuentes derivados de una mala interpretación de la información sexual obtenida, en relación con la vida sexual de las personas, cuando no se ha cubierto esta formalidad educativa, o bien cuando deriva de una ineficiente educación sexual escolar o comunitaria se asocian con una larga lista de problemas psicosociales (trastornos de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, niños con otros problemas sociales, de comportamiento o emocionales; trastornos mentales y físicos, abuso de psicotrópicos, familias de bajos ingresos, niños de minorías étnicas; víctimas de abuso sexual o psicofísico, familias disfuncionales; familias donde existe poca supervisión familiar de los hijos; familias de varios padres o padres del mismo sexo; conductas de alto riesgo a la salud; relaciones homosexuales y actividad sexual forzada; síndromes depresivos o ansiosos; relaciones sexuales sin condón; consumo de alcohol; abandono escolar; niños en situación de calle y consecuencias asociadas a ello, como la prostitución, actividades sexuales indiscriminadas, accidentes, una pléyade de actos delincuenciales, etc.) ^{8,9} Algunas investigaciones llaman específicamente la atención sobre los riesgos que corre la población infantojuvenil de contraer enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones urinarias, dada su elevada frecuencia y posibles secuelas. Estos esfuerzos se estiman relevantes no sólo como procedimiento de laboratorio sino más allá de la acción diagnóstica y su oportunidad terapéutica, representan un medio educativo y preventivo. ¹⁰ En esa línea de actividades se promueve la participación del personal médico para favorecer un tipo de relación entre padres e hijos que influya, positivamente, en los aspectos educativos y, también, se recomienda que la educación sexual dirigida a los niños escolares se realice a través de panfletos y otros materiales educativos informales. En tal línea de trabajo, toda acción que permita conocer cómo piensan los niños acerca de los asuntos sexuales resulta interesante y puede usarse, a su vez, como procedimiento educativo. Durante los últimos años, distintos programas universitarios destinados a la infancia se dirigen a conocer las actitudes familiares y

personales con respecto de la sexualidad y a permitir que los(as) niños(as) la descubran y conozcan por sí mismos(as). Con ello se intenta disolver y superar los viejos tabúes familiares, que habitualmente imposibilitan el conocimiento adecuado de la sexualidad individual.¹¹

Desde la revolución sociosexual ocurrida a partir del decenio de 1960, considerada hoy en día como una pauta para el desarrollo de nuevas actitudes, pautas y patrones conductuales, se tiene la impresión de que produjo una de apertura comunitaria muy elevada en relación con la exploración sexual propia, que pese a lo favorable de su influencia puede derivar en casos de malinterpretación y en incremento de la incidencia de preñez adolescente, ETS y SIDA. Por ello, diversos autores estiman que el personal de salud puede también mitigar, en cierta forma, los resultados desfavorables de dicha situación a través de una adecuada relación terapéutica, empática y cordial, a modo de asesoría preventiva y no sólo correctiva.

En la literatura se señalan distintas formas de aproximación a la labor educativa del paciente pediátrico y sus familiares, con base en las teorías de desarrollo de la personalidad, en torno a la promoción del crecimiento y desarrollo saludables, así como de la conducta sexual responsable, enfocando los requerimientos educativos de psicosexualidad desde el nacimiento hasta la adolescencia. El personal de salud puede contribuir, prontamente, en la enseñanza de la sexualidad cuando participa con el paciente en sus revisiones. Los aspectos de enseñanza en el tema de la relación médico-paciente-familiares, como en el caso de la atención infantil, son tan relevantes como un buen diagnóstico o un manejo adecuado pero, lamentablemente, muestran a menudo un valor subestimado por los demás profesionales de la salud en general.¹² Asimismo, véase como ejemplo la influencia de ciertos factores psicosociales: la imagen de la madre y su cuerpo preñado influyen, definitivamente, en el psiquismo de las hijas, para favorecer o no el embarazo, por lo que la protección y el cuidado de los riesgos innecesarios siempre serán decisivos e importantes.¹

Los aspectos éticos y psicológicos de la dinámica familiar participan, también, en la preparación de los niños para la vida. En la mayor parte de las investiga-

ciones modernas los aspectos éticos se han incluido, sistemáticamente, como parte del planteamiento general del tema a tratar, el análisis y la valoración de sus resultados. Así, la ética de la investigación se ha desarrollado tan estricta y finamente que ha permitido desarrollar la búsqueda de aspectos desconocidos en favor de la protección infantil, aún en el insólito y deplorable caso del abuso sexual infantil en ámbitos religiosos. Los resultados de algunas investigaciones señalan también que, si bien algunos programas se dirigen a mejorar la seguridad, habilidades y conocimiento infantil acerca del abuso sexual, dicha educación, lamentablemente, aún no es capaz de reducir las tasas de prevalencia de este fenómeno. De modo que el comportamiento neurótico de los niños y la ideación reiterativa de temas sexuales (después de los 5 ó 6 años) no necesariamente implica, como se consideró en el pasado, que se ha sufrido una experiencia de abuso sexual, aunque en ocasiones éste sea un dato que advierta sobre importantes conflictos en esa área.

De lo anterior se desprende la necesidad de mejorar, metodológicamente hablando, la esencia y contenidos de la comunicación de las metas educativo-preventivas de los programas relativos al abuso sexual infantil.^{4,6,9} En este sentido, algunas investigaciones acerca de la comprensión del papel de la autoridad que tienen los preescolares señalan que ante posiciones opuestas entre la comprensión y aceptación de los valores sociomorales y el manejo práctico de las reglas sociales convencionales, estriba el éxito de los programas que pretenden prepararlos contra el abuso sexual. En tal estrategia destacan los siguientes elementos que reafirman una posición teórico-práctica frente al problema, a partir de: a) el reconocimiento del hecho (conducta buena o mala); b) aprender a decir no (rechazo al perpetrador); c) abandonar la situación (fuga defensiva); d) protegerse con un adulto de su confianza (búsqueda de apoyo) y e) contar lo ocurrido (denunciar el abuso a una persona de confianza). Sin embargo, todas estas conductas no se despiertan fácilmente de manera instintiva, y esto es muy importante para efecto de los programas educativos, pues requieren ser enseñadas y aprendidas metodológicamente, bajo un esquema técnico en el que se consolide la protección de la vida a través del autocuidado.¹² Asimismo, en la posible transmisión de ETS, la

educación infantil en materia de prevención del SIDA predomina la idea habida de distintos comunicados científicos, de que ésta debe replantearse, sin descuidar los derechos infantiles a conocerla. Las metas educativas y de salud de la Organización Mundial de la Salud han convenido en reunir los recursos de todos los niveles de la sociedad para enfrentar un mismo reto educativo infantojuvenil, por lo que cabe considerar la opinión de Howard: “La educación sexual juvenil debe dirigirse a la enseñanza de la postergación de la involucración sexual hasta haber recibido suficiente información y formación, como para tomar decisiones sobre su vida sexual con los menores riesgos posibles”. Esta política, deseable y conveniente, habrá de realizarse de acuerdo con los planes internacionales, para lo cual se precisa de una interacción ordenada, conjunta e inspirada en la labor humanitaria de servir sin distinción a todos los niños, para lograr su bienestar inmediato, así como mejor futuro para todas las familias y las comunidades.¹³

En torno de la sexualidad adolescente, precisa señalarse que ésta se expresa en interacción con el grupo de pares, familiares y compañeros del entorno pero, tal influencia, no frena, sin embargo, el cambio interior consigo mismo. Por ello, los factores participantes en este periodo y los resultados que ocasionen serán decisivos para la comprensión y desarrollo de habilidades, con las cuales se lograrán, más adelante, las metas para esta fase de la vida, a saber: la transición de la infancia a la adultez y solidificación de la conducta adulta posterior. De entre ellas destacan, por su importancia, la emancipación de la familia de origen, la adquisición de habilidades con las que consolidará la independencia económica posterior, el desarrollo de un autoconcepto maduro y, por ende, funcional, el logro de una autoimagen positiva y realista. La consolidación de dichas metas, desde el punto de vista del raciocinio, se da a partir de la adquisición y el funcionamiento del pensamiento abstracto, que se alcanza en forma variable entre los 10 y 15 años de edad. De modo que en el proceso descrito, el papel de la asesoría por parte de familiares, profesionales, maestros y amigos representa una oportunidad informativo-educativa decisiva para la consolidación del desarrollo saludable de la sexualidad y la adecuada orientación de la vida futura que es, sin duda alguna, una de las ambiciones más grandes de la

humanidad y un reto formidable para las nuevas generaciones.¹⁴ Por ello, es pertinente conocer la sentencia de Günther: “Mientras no haya buenos y adecuados pedagogos sexuales, la educación sexual continuará siendo una rama del saber emancipada y confusa.”

La mayor parte de las instituciones de salud en el mundo se pronuncian en el sentido de que la ampliación de la cobertura básica de servicios de salud, por medio de estrategias colectivas, es un imperativo social, en términos de garantizar las acciones de costo-beneficio, la uniformidad y consistencia en la calidad de los servicios ofrecidos a la población y la preservación a largo plazo de los mismos, pues la carencia de información, por sí sola, así como la trastocación o las interpretaciones equívocas en esta materia, bloquean e incluso anulan la guía comunitaria saludable y adecuada para asumir un papel sexual responsable,¹⁸ todo lo cual debe encaminarse a despertar la alerta de la población en cuanto a su salud a título individual y colectivo. De modo que los programas de salud reproductiva, necesariamente, deben incluir la consideración referente a la actividad sexual saludable y su mantenimiento a largo plazo.^{15,16}

Las conductas de alto riesgo para la salud se encuentran, como se ha documentado ampliamente, en vinculación íntima con la transmisión de ETS y VIH/SIDA e involucran, prácticamente, a todos los grupos y aglutinan todas las características psicosociales de la comunidad. De modo que en las áreas suburbanas y rurales, a diferencia de las urbanas, se ubica, en mayor intensidad, el problema de una deficiente orientación educativo-preventiva.¹⁷ Por esta razón cabe considerar que si la enfermedad sexual, como cualquier otra, es indeseable por sí misma, lo es aún más cuando los riesgos de la conducta sexual son prevenibles con la aplicación de recomendaciones, métodos y técnicas de salud pública, cuyas dimensiones clave se refieren al adecuado conocimiento de la prevención de ETS, la información oportuna y conveniente en las unidades de atención a la salud comunitaria, así como otras medidas sociopolíticas relacionadas con el control femenino (o masculino en su caso) de la fertilidad.

Los criterios prevalecientes en los educadores sexuales insisten en la necesidad de contar con

pedagogos sexuales que conduzcan y supervisen actividades de difusión de la información en las distintas comunidades, así como de motivación y persuasión, de autoeficacia y desarrollo de habilidades y de apoyo comunitario para facilitar el cambio conductual. Es preciso lograr que la participación en este tema se aborde adecuada y oportunamente, con el fin de prevenir los problemas y enfermedades de las distintas etapas de la vida. Y, sobre todo, para evitar que la educación en materia de prevención sexual permanezca como un conocimiento disperso y difuso.

CONCLUSIONES

El progreso sociocultural y la experiencia clínica indican que el interés psicosexual ya no se reprime tanto como en otras épocas, y que las tradiciones y las respectivas conductas restrictivas se han debilitado.¹⁸ Por lo tanto, se multiplican los peligros inherentes al ejercicio sexual descontrolado y se amenaza severamente la salud comunitaria, al punto que algunos autores estiman pertinente la revaloración de la utilidad de los servicios institucionales asistenciales públicos en cuanto a la salud sexual, incluido el aborto, sobre todo cuando no hubo o, bien, cuando ha fallado la planeación familiar. Es ahí donde los programas educativos y preventivos pueden ser la herramienta fundamental de la educación sexual y reproductiva.¹⁵ Por lo tanto, representan, junto con la buena comunicación familiar, no sólo importantes factores de protección contra la enfermedad, sino que se estiman indicadores de una vida saludable. En consecuencia, conviene aquilatar apropiadamente las actitudes y conductas desplegadas por las distintas sociedades en torno de la actividad sexual y sus problemas, para poder elegir las maniobras y procedimientos más útiles para enfrentar el reto de la patología sexual, sobre todo la que más fácilmente se agrava con la ignorancia y desinformación social en la materia.^{12,13} Como es deseable esperar, la participación de las instituciones profesionales ha de contribuir, cada vez en mayor medida, a la solución de tales planteamientos, contexto en el cual destaca la opinión de Cianciara: “La insuficiente proeficiencia familiar respecto de la educación sexual de sus hijos refleja ignorancia y actitudes negativas hacia la sexualidad”.

En relación con los programas preventivos en ámbitos educativos y de salud debe considerarse la sentencia de Fromm: en el sentido de que: “Todo aumento en gozo para el individuo que una cultura pueda proporcionar, contribuirá más a la educación ética de sus miembros que todas las amenazas de castigo y las prédicas en favor de la virtud”. Así, el descubrimiento del genoma humano, con el cual se obtienen importantes bases para el conocimiento íntimo de la estructura del organismo, favorece la prevención y tratamiento de ciertas enfermedades relacionadas con la herencia. Sin embargo, faltan por construirse otras muchas cosas, como la estructura de la nueva conciencia de salud sexual comunitaria.^{1,12} Los encargados de los programas de educación sexual de las distintas instancias coinciden en su preocupación por evaluar los programas que están al alcance de los grupos escolares, pues se ha incrementado la experimentación preventiva a través de diversas maniobras educativas en materia sexual, durante las últimas décadas. Por desgracia, aún no se puede afirmar que los programas incluyan aspectos multiculturales y ofrezcan mayor capacitación a los educadores con respecto a cómo realizar su labor, además de que no distinguen, pertinentemente, entre los diversos tipos de mensajes y materiales. Con base en la experiencia señalada en la literatura se han consignado numerosos errores y aciertos que servirán de base para el conocimiento futuro, tanto en los aspectos didácticos como en los relativos a la eficacia de contacto entre los grupos de emisores y recipiendarios de los mensajes preventivos.

El tema de la salud sexual integral requiere de utilidad práctica y no mero conocimiento teórico y, en el mejor de los casos, la mezcla de ambos, para ser efectivo. Puesto que hoy en día los adolescentes tienen su debut sexual más temprano, es necesario que sepan valorar sus riesgos y manejen con mayor precisión sus conductas. El reto a vencer tiene que ver, esencialmente, con un alto sentido de la responsabilidad personal y social.^{7,9} En el marco asistencial del problema, las recomendaciones educativo-preventivas de algunos centros clínicos del mundo sólo podrán cumplirse cuando el personal encargado aprenda a vivir cómoda y satisfactoriamente su sexualidad, alcance a ser empático y sensible a los problemas de sus pacientes y

del personal al que se dirige, esté familiarizado con el conocimiento sexual básico que pretende inculcar, sin distorsión subjetiva; sea consciente de sus limitaciones personales y profesionales en los términos que derivan del análisis psicoterapéutico didáctico, sea genuino y cálido con las necesidades de sus pacientes y, en su caso, educandos; cree y fomente una alianza terapéutica adecuada y persistente, para lo cual: promueva activa y constantemente su autocrítica y supervise su actuación con otro profesional “neutral” que garantice, en la medida de lo posible, una práctica responsable.¹

REFERENCIAS

1. Souza y MM. Educación en Salud Sexual para Personal de Salud. Programa de Actualización Continua. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana. A.C., 2001.
2. Hagan JF, Coleman WL, Foy JM, Goldson E, Howard BJ. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics* 2001;108(2):11-22.
3. Bright futures. Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 2nd ed. Arlington (VA): National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.
4. Souza y MM. Aspectos médico-psicológicos de la sexualidad femenina. México: Trillas, 2000.
5. Helwig CC, Jasiobedzka U. The relation between law and morality: children's reasoning about socially beneficial and unjust laws. *Child Dev* 2001;72(5):1382-93.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS and Committee on Adolescence. Adolescents and HIV infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics* 2001;107:188-90.
7. Schor E. Caring for your school-age child: ages 5 to 12, the complete and authoritative guide. New York: Bantam Books, 2002.
8. Lonczak HS, Abbott RD, Hawkins JD. Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;56:438-47.
9. Souza y MM. Historia clínica codificada para la sexualidad femenina. *Ginecol Obstet Mex* 1987;55:277-87.
10. Duncan P, Dixon RR, Carlson J. Childhood and adolescent sexuality. *Pediatr Clin North Am* 2003;50(4):23-45.
11. Joyce K. Fittro. Rearing moral children. Family and consumer sciences. Ohio State Univ. Fact Sheet, 2004;1:1-3.
12. Souza y MM. Educación sexual: Una mirada retrospectiva. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:195-205.
13. Manlove J, Terry-Humen E. Preventing teenage pregnancy, childbearing, and sexually transmitted diseases: what the research shows. Washington: Child Trends, 2002.
14. Moore KA, Zaff JF. Building a better teenager: a summary of “what works” in adolescent development. Washington: Child Trends, 2002.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in sexual risk behaviors among high school students-US, 1991-2001. *MMWR* 2002;51:856-61.
16. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. General facts and statistics, Washington: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2002.
17. Simpson AR. Raising teens: a synthesis of research and a foundation for action, Boston: Center for Health Communication, Harvard School of Public Health, 2001.
18. Souza y MM. Adicción al sexo, compulsión y controversia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:477-90. *Pediatrics*. 2001; August 108(2): 11-22. Souza y MM. Educación para la Salud Sexual Integral. Criterios, perspectivas y tendencias. En revisión editorial. Universidad Regional del Sureste, 2004.

Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta*

Dr. Isidro DYER

Traducción del Dr. Fernando ALONSO O.

El descubrimiento de un sangrado vaginal en el último trimestre de un embarazo, debe traer a la mente la sospecha definitiva de que existe alguna anomalía referente a la placenta. La siguiente investigación que aquí se discute debe ser metódica y completa, si se quiere obtener una mayor supervivencia materna e infantil.

Este tema es, sin duda conocido de la mayoría de los que practican la obstetricia; sin embargo, los reportes en la literatura cada año, de los malos resultados y de los casos en que se actúa inadecuadamente responsables de ellos, hace imperativo que los obstetras se familiaricen y se prevengan para solucionar dichas situaciones cuando se presenten.

PLACENTA PREVIA

La placenta previa existe cuando la placenta está insertada en el útero por debajo de su sitio normal, o cuando se inserta en el segmento inferior uterino, ya sea parcial o total. Es posible clasificar la placenta previa de acuerdo con el grado que ha usurpado del orificio interno del cuello uterino. Esto es sumamente importante de definir desde el punto de vista del tratamiento. Existen tres variedades:

1.- Marginal: La placenta marginal es la que apenas llega a los márgenes del orificio interno del cuello uterino.

2.- Parcial: La placenta previa parcial, es aquella que cubre parcialmente el orificio interno del cuello uterino.

3.- Central: Cuando la placenta cubre totalmente el orificio interno del cuello uterino.

ETIOLOGÍA

Aun cuando existen muchas teorías, la causa cierta es desconocida. La creencia más común es que es debida a la baja implantación del óvulo fertilizado, cerca del orificio interno del cuello. Esto ocurre más frecuentemente en las multíparas y particularmente en aquellas que tienen un embarazo muy cerca de otro. La hemorragia es debida a la distensión ascensional de las fibras bajas musculares uterinas, lo cual ocurre cuando la preñez está muy adelantada. Esto produce la ruptura de la unión de la placenta con el útero, y de ahí la hemorragia de los vasos y senos maternos. La cantidad de la hemorragia depende del tipo de implantación. Es mayor en los casos de placenta previa central, y es menor en la variedad marginal.

DIAGNÓSTICO

La historia de un sangrado indoloro y sin causa aparente alguna que lo produzca, frecuentemente recurrente y que ocurre en el último trimestre de un embarazo, debe inmediatamente justificar un diagnóstico de placenta previa, mientras no se demuestre lo contrario. Se debe exigir la inmediata hospitalización. Al examinar el abdomen, la rigidez o sensibilidad uterina que se encuentra en los casos de

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1949;vol. IV(Núms. 18-19):129-33.

desprendimiento prematuro de placenta, no se presenta. La presentación del feto es alta y no es difícil encontrar los casos de posición transversa.

En los últimos años se han desarrollado varias técnicas empleando los rayos X para ayudar al diagnóstico en estos casos. Cuando son positivos los resultados por este medio, se pueden considerar de valor, no siendo así cuando los resultados son negativos. Los rayos X se pueden emplear con una instilación en la vejiga de 40 c.c. de una solución de yoduro de sodio al 12½% o bien por la instilación de aire. Si el feto tiene presentación de vértice, un espacio de más de un cm. de ancho, entre la cabeza fetal y la sombra de la vejiga, indicarán la presencia de placenta previa. Nosotros hemos empleado la técnica de las partes blandas. En algunas ocasiones los radiólogos han sido capaces de localizar la placenta a satisfacción. Cuando se domina esto es de gran valor diagnóstico.

Finalmente el diagnóstico debe hacerse con la exploración vaginal, después de que se han tomado las precauciones adecuadas (discutidas en el tratamiento), la cuidadosa exploración del cuello puede asentar o desechar la sospecha de placenta previa. Como regla, el cuello está abierto y blando, permitiendo la exploración con el dedo del orificio interno. La placenta previa marginal o parcial es fácilmente sentida por contraste. En placenta previa central sin embargo, estará alta, y es diagnosticada observando el bloqueo completo del orificio interno, con la ausencia de membranas. El tacto del tejido placentario es reconocido por práctica, y no está por demás tocar ocasionalmente la superficie materna con la punta de uno o dos dedos para tener una idea de su consistencia.

TRATAMIENTO

Todos los éxitos reportados en la literatura dependen de una rutina rígida y metódica. Uno no puede pasar a la ligera sobre un diagnóstico sospechoso de placenta previa sin escapar de las consecuencias desastrosas. Sería conveniente anticiparse a esta amenaza y estar preparado para cualquier emergencia médica o quirúrgica:

- 1.- El paciente debe hospitalizarse inmediatamente.

- 2.- No hacer tacto rectal ni vaginal hasta no estar suficientemente preparados para cohibir una fuerte hemorragia.

- 3.- Tener al menos 1000 c.c. de sangre total disponible y determinar el grupo sanguíneo y el Rh y el HR. La más ligera reacción consecutiva a la transfusión puede ser fatal. Debe asegurarse de que ha existido pérdida sanguínea y si está indicada, deberá hacerse la transfusión, antes de la exploración.

- 4.- Antes de hacer la exploración vaginal estar preparado para cualquier eventualidad. Hacerlo de preferencia en la sala de cirugía, con un anestesta presente y preparados para llevar a cabo una cesárea inmediata en caso de estar indicado.

- 5.- La exploración vaginal deberá hacerse con perfecta asepsia. Si la presentación fetal es cefálica, con placenta previa marginal, bastará generalmente con la simple ruptura de las membranas para permitir el encajamiento de la cabeza en la pelvis, actuando como un tapón. El uso de balones hidrostáticos es preferido por muchos, pero es conveniente recordar siempre los peligros y las restricciones de dichos balones en general, porque si no, puede dar resultados contradictorios, y asimismo otros aconsejan el uso de las pinzas de WILLET para obtener la tracción sobre el cráneo del niño. Yo no puedo recomendar este procedimiento.

- 6.- La operación cesárea está indicada siempre que el cuello esté cerrado, o largo y grueso, cuando haya evidencia de placenta previa parcial o central; cuando hay desproporción céfalo-pélvica, aún cuando sea moderada, y en casos de: posición transversa, primípara vieja, o si se teme una hemorragia sostenida, después de un parto por las vías naturales.

La operación cesárea, cuando está indicada, es un método racional para controlar hemorragias, y el medio más seguro para salvar a los niños.

El pronóstico dependerá de un diagnóstico precoz y de un tratamiento adecuado. Es de capital importancia, la cantidad de sangre perdida y la rapidez para reponerla.

La vigilancia contra la infección es necesaria, y la prontitud en el tratamiento es un factor decisivo.

La mortalidad materna varía de 1.92% a 8.6%; la mortalidad infantil, de 30 a 60% en las principales clínicas americanas. Ambos promedios de mortalidad varían con el tipo de placenta previa, obteniéndose el porcentaje más alto en la placenta previa central total.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

El desprendimiento prematuro de placenta es la separación antes de tiempo, de una placenta normalmente insertada.

Esto sucede en el último trimestre de la preñez y frecuentemente durante el parto. Existen dos variedades:

- 1.- Externa o aparente, en la cual la sangre escapa del útero y se manifiesta por sangrado vaginal.
- 2.- Interna o no aparente, en la cual la sangre permanece dentro del útero.

Esta última es la más seria, por la dificultad de su diagnóstico y por ser más peligrosas sus secuelas.

ETIOLOGÍA

La causa exacta del desprendimiento prematuro de placenta no se conoce. Algunos factores especiales se presentan casi siempre en estos casos; siendo los más destacados, la multiparidad y las toxemias de la preñez. Un cordón umbilical corto puede producir separación parcial durante el parto, lo cual ocurre también en los intentos de versión externa, durante el último trimestre de la preñez, para convertir una presentación de nalgas a una de vértice.

En ocasiones, cuando la separación es pequeña, el diagnóstico se hace al examinar la placenta en el parto. Pequeños coágulos viejos organizados pueden ser la única sugerencia, sin embargo, si la separación es más general, la placenta es desinsertada del útero, y esta separación se extiende a los márgenes de la placenta, la hemorragia se extenderá también entre las membranas y la pared uterina, apareciendo finalmente al exterior.

Ocasionalmente la sangre se retiene dentro del útero cuando la placenta o las membranas quedan adheridas; ésta puede abrirse camino dentro de la cavidad amniótica o extravasarse dentro de la musculatura uterina produciendo el "útero de COUVELAIRE". Esto produce, posteriormente, una seria interferencia a la fuerza contráctil de la musculatura uterina, lo que puede provocar una severa hemorragia post-partum.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se hace basándose en el sangrado asociado con dolor abdominal agudo, el cual es

persistente. El útero tiene frecuentemente una consistencia dura; lo cual descarta el diagnóstico de placenta previa, cuando hay hemorragia vaginal.

En la variedad interna el dolor y la rigidez uterina es exagerada. A menudo se acompaña de shock y anemia.

TRATAMIENTO

- 1.- La hospitalización es necesaria en los casos severos especialmente aquellos que ocurren precozmente o en los principios del trabajo de parto.
- 2.- Se preparará lo necesario para la transfusión.
- 3.- Vaciamiento del útero.

Si el cuello está blando, borrado y dilatado, y no hay contraindicación para el parto por las vías naturales, la ruptura de las membranas será frecuentemente suficiente. Sin embargo, si la hemorragia continúa o se sospecha hemorragia oculta, la operación cesárea es el procedimiento de elección.

4.- Cuando la hemorragia continúa después del parto vaginal o cuando la extravasación de sangre dentro del músculo uterino, es observada durante la operación cesárea, la histerectomía inmediata es una medida salvadora.

El pronóstico dependerá de un diagnóstico precoz y del control de la hemorragia.

El promedio de mortalidad materna en el desprendimiento prematuro de placenta, se aproximará a un 10 a 15% y el promedio de mortalidad fetal, de 60 a 95%, dependiendo principalmente de que la variedad sea externa u oculta.

COMENTARIOS

La hemorragia durante el último trimestre de la preñez, es una amenaza real y siempre presente.

En ambos casos, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, el obstetra encuentra oportunidad para demostrar la certeza de sus juicios, su habilidad para trabajar y su aptitud para observar. Hay sólo pocos casos en medicina que requieran una pronta decisión, para adoptar un método apropiado que asegure un resultado satisfactorio, y ninguno que dependa tanto de una decisión conservadora o radical para asegurar la supervivencia materna e infantil. Durante el año pasado, tuve oportunidad de observar

un excelente ejemplo de cada uno de estos casos. La lectura del caso completo dice su historia mejor que un estudio didáctico.

Me gustaría presentarlo brevemente.

I.- Multípara de 28 años de edad (V grávida, IV para). Fue admitida en un hospital de caridad una tarde a las 6.30 p.m. tenía 7½ meses de preñez, su historia daba datos negativos, excepto por un ligero goteo que se había iniciado dos semanas antes y por un ligero sangrado de esa tarde. El interno pidió un examen de sangre, y se la mandó a la sala de maternidad. No se llevó a cabo ninguna exploración pélvica. A las 2.30 a.m. de la siguiente mañana, la enfermera le encontró en un charco de sangre y en ligero estado de shock. Se le administró un total de 29 pintas de sangre por las venas del brazo y de la pierna, hasta las 8 a.m. en un esfuerzo por sacarle del shock. Mientras tanto ella seguía sangrando profusamente. A las 8.30 se llamó un obstetra que pidió una cesárea inmediata. Esta demostró que la enferma tenía una placenta previa central, un niño muerto, y mientras se estaba cerrando el peritoneo, la enferma murió en la mesa de operaciones.

Yo estoy convencido de que la enferma se hubiera salvado si se hubiesen llevado a cabo procedimientos adecuados (diagnóstico y si se encontraba placenta previa central, cesárea inmediata) dentro de las 12 horas anteriores a su muerte.

II.- Primípara de 25 años que se admite con una toxemia. El parto se inició espontáneamente. Se notó ligero sangrado durante el mismo. El útero permaneció tónico y sensible al tacto. Nació un niño muerto seguido inmediatamente por la placenta y líquido amniótico teñido de sangre. Después del parto la enferma continuó sangrando a pesar del uso de las drogas occitócicas. Se taponó el útero, y el tapón se empapó de sangre. Se removió el tapón y se introdujo uno nuevo mandándose a la enferma a la cama. Se aplicaron 500 c.c. de sangre y el médico abandonó el hospital. Una hora después la enferma seguía sangrando libremente a través del tapón. Se le llevó a Cirugía y se le hizo una histerectomía de urgencia cuando se descubrió que tenía un útero de COUVBLAIRE. Ella apenas sobrevivió al shock, permaneció con anuria de 48 horas, y después de una larga estancia en el hospital se recuperó eventualmente. Investigaciones posteriores demostraron que la toxemia no se descubrió durante el cuidado prenatal sino en el momento de su admisión al hospital.

Aquí también, toxemia, sangrado durante el parto y falla de los occitócicos para controlar la hemorragia, deberían cuando menos haber sugerido un desprendimiento prematuro de placenta. La vida de esta paciente se debió únicamente a los esfuerzos heroicos terminales.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Instrucciones para los autores

Ginecología y Obstetricia de México (Ginec Obstet Mex) es el órgano oficial de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, aparecen 12 números al año y un suplemento. Se publica en español, con resúmenes en inglés. Ginecología y Obstetricia de México publica trabajos originales, casos clínicos, cartas al editor, editoriales, comentarios de libros publicados e información sobre actividades académicas, relacionados con temas relevantes de la Ginecología y Obstetricia.

Los manuscritos deben prepararse de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuyas versiones más recientes se publican (en español) en Ginecología y Obstetricia de México (febrero y septiembre de 2003).

El envío del manuscrito implica que es un trabajo no publicado, excepto como resumen, y que no será enviado simultáneamente a ninguna otra revista. Los manuscritos aceptados para su publicación, serán propiedad de Ginecología y Obstetricia de México y no podrán ser publicados (ni completos ni parcialmente) en ninguna otra parte, sin consentimiento escrito del editor y señalando el crédito respectivo. Los manuscritos no serán devueltos, por lo que se recomienda que el autor conserve una copia completa.

Ginecología y Obstetricia de México somete los artículos recibidos al proceso de revisión por pares abierta, por lo que cada trabajo es revisado al menos por dos árbitros experimentados.

Para la preparación de manuscritos, se ha integrado una lista de cotejo que el autor deberá seguir puntualmente antes de enviar su trabajo. Ginecología y Obstetricia de México se reserva el derecho de hacer las modificaciones que considere pertinentes de acuerdo con su línea editorial. Los manuscritos que no se apeguen a estos lineamientos, serán rechazados y se devolverán al autor.

El manuscrito deberá ir acompañado de la cesión de derechos de autor, que se incluye en las siguientes páginas (Favor de fotocopiarla y anexarla al manuscrito).

Lista de cotejo para los autores

Secciones

Por favor, marque con una cruz cada apartado que vaya cubriendo los requisitos especificados.

Título

Preparación general del manuscrito

- ☐ Preparar original y tres copias completas, escritas a doble espacio, en papel blanco, tamaño carta, con márgenes de 2.5 cm. Usar letra Arial, tamaño 11. Acompañar el manuscrito de la versión electrónica en disquete o en CD. Todas las hojas irán numeradas, de preferencia en el ángulo superior derecho. La extensión final del manuscrito debe ser de 10 a 20 cuartillas más cuadros y figuras.
- ☐ Cada sección del manuscrito irá en hoja separada: título, resúmenes, artículo (estructurado según el tipo de trabajo), referencias, cuadros, figuras (con sus respectivos pies).
- ☐ Las fotografías serán originales, acompañadas de una copia tamaño carta. En caso de enviarlas en archivo electrónico, deberán ser en formato tif, a 300 dpi, en disquete o CD independiente del archivo de texto general del trabajo.

Tipo de publicaciones

Ginecología y Obstetricia de México publica cuatro categorías de trabajo:

1. Investigación básica
2. Investigación clínica
3. Revisión temática
4. Caso clínico

- ☐ **Título completo.** Limitado a un renglón, no utilizar abreviaciones (en español y en inglés).
- ☐ **Título corto.** Para cornisas, limitado a la tercera parte de un renglón (o 45 caracteres).
- ☐ **Autores.** Nombre completo y apellidos de todos los autores. Adscripción de los autores. Lugar donde fue realizado el trabajo. Se consideran autores quienes contribuyeron al diseño del estudio, análisis de datos y redacción del manuscrito.
- ☐ **Abreviaturas.** Utilizar las de aceptación universal. En caso de recurrir a abreviaturas no convencionales, se incluirán en una lista, en orden alfabético.

Resúmenes

- ☐ **Resumen en español,** 200 a 250 palabras. Si el trabajo se presta al formato estructurado deberá ir en la secuencia de: objetivos, material (o pacientes) y método, resultados y conclusiones. En el resumen no se emplearán abreviaturas ni se citarán referencias. Incluirá de tres a diez palabras clave, siguiendo la nomenclatura del MESH.
- ☐ **Abstract (Resumen en inglés).** Con las mismas características del resumen en español (incluyendo palabras clave en inglés). Los trabajos que no incluyan Abstract, serán devueltos, sin revisión.

Instructivo para autores

Texto

- ☐ Estructurado de acuerdo con las características del trabajo: introducción, objetivo, material y método, resultados, comentario, conclusiones, referencias bibliográficas.
- ☐ Describir los métodos estadísticos utilizados.
- ☐ Los fármacos y químicos deberán citarse por su nombre genérico.

Referencias bibliográficas

Las referencias no excederán de 10 y deberán incluir trabajos publicados en **Ginecología y Obstetricia de México**.

- ☐ Citar las referencias en la secuencia en que aparecen en el texto, utilizando números arábigos entre paréntesis, colocados después del signo ortográfico que corresponda (es decir, después de coma, punto y coma o punto). Las comunicaciones personales y los datos que aún no se han publicado se mencionarán en el cuerpo del texto, pero no se incluirán como referencias.
- ☐ Las abreviaturas de las publicaciones serán las que utiliza el Index Medicus.

Ejemplos

Artículos en revistas

Hernández M, Cuéllar Estrada J, Levorio Carrillo M. Corioangioma gigante de la placenta: Informe de un caso. Ginec Obstet Mex 2001; 69: 439-42.

Libros

Velásquez Jones L. Redacción del escrito médico. 4a. edición. México: Ediciones médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez; 1999. p. 109.

Capítulos en libros

Velásquez Jones L. Referencias. En Velásquez Jones L. Redacción del escrito médico. 4a. edición. México: Ediciones médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez; 1999. p. 97-116.

Cuadros y figuras

- ☐ Cada uno en hoja separada, numerados según el orden en que aparecen en el texto.

Contribución de los autores

Junto con el manuscrito, el autor principal deberá describir, en una página por separado, la participación de cada uno de los autores (delante del nombre de cada colaborador, anotar el o los números que describan su contribución. Ejemplo: Dr. Alfonso Álvarez 1, 2, 6).

1. Conceptualización y diseño
2. Adquisición de una parte importante de datos
3. Análisis e interpretación de datos
4. Redacción del manuscrito
5. Revisión crítica del manuscrito
6. Asesoría estadística
7. Dar fundamento al proyecto o estudio
8. Supervisión (responsabilidad de todos los aspectos del proyecto o estudio)
9. Otras (especifique)
Lo anterior será publicado al final de cada artículo como *Contribución de los autores*.

Envío

Datos personales del primer autor: Nombre, cargo, domicilio, teléfono, correo electrónico y fax.
Todos los manuscritos deberán ser enviados a:
Revista Ginecología y Obstetricia de México

Calle de Nueva York Número 38
Colonia Nápoles. México, D.F.
C.P. 03810. MÉXICO

Instructivo para autores

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

⇨ TÍTULO DEL ARTÍCULO: _____

⇨ NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES: _____

⇨ LOS AUTORES CERTIFICAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS.

⇨ TAMBIÉN ACEPTAN QUE, EN CASO DE SER ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, LOS DERECHOS DE AUTOR SERÁN TRANSFERIDOS A LA REVISTA.

⇨ NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES:	NOMBRE	FIRMA
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

⇨ VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE	FIRMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____

⇨ LUGAR: _____ FECHA: _____