



377 Editorial

Artículos originales

379 Complicaciones quirúrgicas maternas y perinatales en pacientes con plaquetopenia por síndrome de HELLP, en preeclampsia severa-eclampsia en terapia intensiva

Dra. Antonia Basavilvazo Rodríguez, Dra. Claudia Pacheco Pérez, Dr. Roberto Lemus Rocha, Dr. José Ma. Martínez Pérez, Dr. Armando Martínez Martínez, Dr. Marcelino Hernández-Valencia

Se determinaron las complicaciones quirúrgicas y los resultados perinatales en pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, en el periodo de un año, con plaquetopenia por síndrome de HELLP en preeclampsia-eclampsia. La plaquetopenia contribuye de forma directa en las complicaciones obstétricas, ya que son más las reintervenciones quirúrgicas, con mayor sangrado en los transoperatorios y aumento en los días en estancia intrahospitalaria. Además, a menor cuenta plaquetaria mayor es el índice de prematuridad, de asfixia y de mortalidad perinatal en los recién nacidos de madres con síndrome de HELLP.

387 Cáncer de mama y embarazo. Análisis de nuestra casuística y revisión de la literatura

Fernando Martín Cañadas, Manuel Morillo Conejo, María Díaz, Juan José Jofre, Fabián Vidal, Eduardo González-Sicilia Muñoz, Santiago Carrasco Rico

Se analizan los resultados de 14 casos de carcinoma de mama y embarazo observados entre 1,261 carcinomas de mama diagnosticados y tratados entre enero de 1980 y marzo de 2001. Se comparan con 122 casos de pacientes no gestantes de edades similares. Aunque los resultados no han sido significativos, se señala una mayor incidencia de carcinomas diseminados al diagnóstico entre las gestantes, una mayor tasa de recidivas y una mayor mortalidad.

394 Azoospermia: Resultados en reproducción asistida con el uso de biopsia testicular y espermatozoides criopreservados

Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Julián Ruiz Anguas, Dr. Yuseff Serulle Tavares, Dra. Esperanza Carballo Mondragón, Dr. Carlos Quesnel García-Benítez

En este estudio se reportan los resultados obtenidos en pacientes sometidos a biopsia testicular e ICSI por azoospermia. Se incluyeron 16 pacientes con azoospermia, de los cuales 12 eran de origen obstructivo y cuatro no obstructivo. Se concluye que la biopsia testicular es una buena opción para pacientes con azoospermia, ya que se asegura una muestra adecuada de tejido con altas posibilidades de obtener espermatozoides, en el estudio se obtuvieron espermatozoides adecuados para la realización de ICSI en 14 de las 16 pacientes con adecuadas tasas de fertilización y embarazo.

400 Lupus eritematoso sistémico y embarazo

Dr. Radamés Rivas-López, Rafael Buitrón García-Figueroa, Raúl Romero-Cabello

El objetivo del estudio retrospectivo, analítico y descriptivo, fue determinar los resultados obstétricos de pacientes con lupus eritematoso sistémico y embarazo. Se observa que los porcentajes de morbimortalidad materno-fetal disminuyen cuando no existe actividad lúpica. Existe un aumento en el número de partos pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino respecto a la población general. Todos los embarazos deben ser considerados de alto riesgo y manejados por un equipo multidisciplinario. La coexistencia de anticuerpos antifosfolípidos es de mal pronóstico para el resultado del embarazo.

409 Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica

C Tena-Tamayo, José Roberto Ahued-Ahued

Se analizaron 121 casos concluidos, relacionados específicamente a obstetricia, para identificar los momentos y factores de la atención médica que se vinculan con las inconformidades en obstetricia. La información se presentó a instancias gremiales líderes de opinión y representantes de hospitales privados y del Sector Salud. Del resultado del análisis exhaustivo, se obtuvieron en consenso nueve recomendaciones para mejorar la atención que se otorga a las pacientes durante el embarazo, parto y puerperio.

Memoria

421 Taller: "Violencia de género" para Perú y la Región Andina

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Hace 55 años

436 Tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo con transfusiones de sangre del marido (*)

Dr. José Medina Mora

440 Instrucciones para autores



377 Editorial

Original Articles

379 Maternal and perinatal surgical complications in low platelet count for HELLP Syndrome in severe preeclampsia-eclampsia in Intensive Care Unit.

Dra. Antonia Basavilvazo Rodríguez, Dra. Claudia Pacheco Pérez, Dr. Roberto Lemus Rocha, Dr. José Ma. Martínez Pérez, Dr. Armando Martínez Martínez, Dr. Marcelino Hernández-Valencia
This study was carried out in the patients accepted in the Intensive Adults Care Unit in the period of one year, surgical complications and the perinatal results were determined in women with low platelet count for HELLP syndrome in preeclampsia-eclampsia. The low platelets account contribute in a direct way in the obstetric complications, since there are more surgical reinterventions, with bled in the transurgical and increase in the days of intrahospitalary stay. Also with smaller account platelet, there are bigger prematural index, asphyxia and perinatal mortality in the newborn of mothers with HELLP syndrome.

387 Breast cancer and pregnancy analysis of our casuistry and literature revision

Fernando Martín Cañadas, Manuel Morillo Conejo, María Díaz, Juan José Jofre, Fabián Vidal, Eduardo González-Sicilia Muñoz, Santiago Carrasco Rico

The results of 14 cases of breast cancer and pregnancy observed in 1,261 breast carcinoma, diagnosed and in treatment between January 1980 and March 2001 were analysed. The results were compared with 122 cases of not pregnant patients with similar ages. The results are not significative; it shows a higher incidence of disseminate carcinomas diagnose in the pregnant patients, a higher recidives and a higher mortality.

394 Azoospermia: *In vitro* fertilization results, using testicular biopsy and cryopreserved spermatozoa

Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Julián Ruiz Anguas, Dr. Yuseff Serulle Tavares, Dra. Esperanza Carballo Mondragón, Dr. Carlos Quesnel García-Benítez

This study reports the outcome of patients with open testicular biopsy for ICSI procedure indicated by azoospermia. 16 patients with azoospermia (12 obstructive and 4 non obstructive). In conclusion the testicular sperm extraction (TESE) by open testicular biopsy is a good option for patients with azoospermia; usually it achieves an adequate sample of testicular tissue with high possibilities of sperms recovery, in our study we obtained appropriate sperms in fourteen of sixteen patients for the ICSI procedure with good fertilization and pregnancy rates.

400 Systemic lupus erythematosus and pregnancy

Dr. Radamés Rivas-López, Rafael Buitrón García-Figueroa, Raúl Romero-Cabello

The objective was to determine the obstetrics outcomes of patients with systemic lupus erythematosus and pregnancy. The maternal-fetal morbid-mortality rates decrease when no lupic disease activity is reported. During the pregnancy stage, preterm delivery and intrauterine growth retardation grow in number as observed in all the study subjects. All pregnancies should still be considered high risk and be managed with a multidisciplinary team. Co-existing antiphospholipid syndrome is the poorer prognosis for pregnancy outcome.

409 Recommendations to improve quality of obstetrics attention

C Tena-Tamayo, José Roberto Ahued-Ahued

We analyzed 121 cases concluded, specifically obstetrics-related, requested to the Commission between 1996 and 2001, to identify moments and factors of the medical attention, linked to obstetric claims. Whole this information was presented to gynaecologist leaders of opinion: speciality Council, medical associations, public and private hospitals representatives. The conclusion were Nine recommendations to improve the patients' care during the pregnancy, labor and postpartum.

Workshop proceedings

421 "Violencia de Género" for Perú and Región Andina

*Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*

55 years ago

436 Treatment of hypermesis gravidica by transfusion with husband's blood

Dr. José Medina Mora

440 Instructions for authors



Ginecología y Obstetricia de México abre su espacio

En el interés permanente de que GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO sea un instrumento de actualización y difusión de los avances de nuestra especialidad, los editores hemos abierto nuestras páginas a la colaboración de instancias que resultarán en beneficio de nuestros colegas.

Así, iniciamos en este número la inclusión de la reseña del taller "Violencia de género" para Perú y la Región Andina, en el cual se registran los puntos analizados y los acuerdos a que se llegó durante el taller, realizado en la ciudad de Lima, los días 4 y 5 de abril del año en curso. En el mes de septiembre incluiremos la reseña del taller que con el mismo tema se realizó en Panamá en el mes de mayo. De esta manera, ofreceremos el panorama de cómo se ha revisado este tópico en los diferentes países en que se ha llevado a cabo el taller.

Por otro lado, se incluye en este mes una colaboración de la CONAMED, en la que se presentan las Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Es importante resaltar que como editores, nos resulta altamente satisfactorio que la CONAMED haya elegido a GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO como la publicación idónea para difundir tan interesantes recomendaciones, de esta manera, el mensaje llegará al lector de interés específico, que es el especialista en Ginecología y Obstetricia, quien a su vez se verá beneficiado al contar en la revista con información actualizada y de gran valor para su ejercicio profesional.

Asimismo cumplimos con el compromiso de abrir el foro de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO a toda publicación que, apegada a nuestras normas editoriales, contribuya a fomentar la difusión de los avances más recientes y de las recomendaciones generales para la buena práctica ginecoobstétrica en México y en los demás países de habla hispana.

Los editores



Complicaciones quirúrgicas maternas y perinatales en pacientes con plaquetopenia por síndrome de HELLP, en preeclampsia severa-eclampsia en terapia intensiva

Dra. Antonia Basavilvazo Rodríguez,¹ Dra. Claudia Pacheco Pérez,² Dr. Roberto Lemus Rocha,¹ Dr. José Ma. Martínez Pérez,² Dr. Armando Martínez Martínez,¹ Dr. Marcelino Hernández-Valencia³

Resumen

La preeclampsia es la primera causa de morbilidad materna, con un incremento en las complicaciones obstétricas cuando se asocia al síndrome de HELLP, por la disminución plaquetaria, que incluso involucra al neonato. Se determinaron las complicaciones quirúrgicas y los resultados perinatales en pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, en el periodo de un año, con plaquetopenia por síndrome de HELLP en preeclampsia-eclampsia. Se formaron tres grupos de acuerdo a la cuenta de plaquetas y se analizaron utilizando promedio y desviación estándar ($M \pm DE$), así como chi cuadrada para determinar asociación entre estos grupos de pacientes. Fueron estudiadas 40 pacientes con plaquetopenia por síndrome de HELLP en preeclampsia-eclampsia, con una distribución para el grupo con plaquetas $< 50,000$ de 12 pacientes (30%), entre 51,000-100,000 de 18 casos (45%) y de 101,000-150,000 de 10 casos (25%). El promedio de gestas fue de 2.3 ± 1.2 ; la vía de nacimiento más frecuente fue por operación cesárea en 39 casos (97.5%) y un solo caso por vía vaginal (2.5%) con la presencia de una muerte materna (8.3%). Las reintervenciones quirúrgicas se observaron con más frecuencia en el grupo de $< 50,000$ plaquetas, la causa más frecuente de estas reintervenciones fue el choque hipovolémico. También en este grupo, la mortalidad perinatal se presentó en tres casos (25%) y la asfixia al nacimiento con Apgar menor de 6 al nacimiento se presentó en cinco casos (41.7%). Se observó además, una mayor morbilidad inversamente proporcional a la cuenta plaquetaria, con insuficiencia renal como la causa más frecuente de esta morbilidad en los tres grupos. La plaquetopenia contribuye de forma directa en las complicaciones obstétricas, ya que son más las reintervenciones quirúrgicas, con mayor sangrado en los transoperatorios y aumento en los días en estancia intrahospitalaria. Además, a menor cuenta plaquetaria mayor es el índice de prematurez, de asfixia y de mortalidad perinatal en los recién nacidos de madres con síndrome de HELLP. ♦

Palabras clave: síndrome de HELLP, plaquetopenia, complicaciones obstétricas
(Basavilvazo Rodríguez A. et al. Complicaciones quirúrgicas maternas y perinatales en pacientes con plaquetopenia por síndrome de HELLP en preeclampsia severa-eclampsia en terapia intensiva. Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 379-386).

Recibido para publicación:

26 de enero de 2003

Recibido para segunda revisión:

8 de julio de 2003

Aprobado:

10 de julio de 2003

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional "La Raza" y Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas, Centro Médico Nacional S-XXI, IMSS, México, D.F.
¹Jefatura de Investigación y Educación Médica, ²Residente de Ginecología y Obstetricia, ³Investigador IMSS y SNI

Abstract

The preeclampsia is the first cause of maternal morbidity, with increase in the obstetric complications when it is associated to HELLP syndrome, for the low platelets that even involves to the neonate. This study was carried out in the patients accepted in the Intensive Adults Cares Unit in the period of one year, surgical complications and the perinatal results were determined in women with low platelet count for HELLP syndrome in preeclampsia-eclampsia. Three groups were formed according to the platelets account and then were analyzed using chi square to determine association among these groups of patients, as well as mean and standard deviation ($M \pm DE$) to describe results. Forty patients were studied with low platelets by HELLP syndrome in preeclampsia-eclampsia, where the distribution for the group with platelets $< 50,000$ were 12 patients (30%), in the group among 51,000-100,000 of 18 cases (45%), and of 101,000-150,000 were of 10 cases (25%). The mean of gestas was of 2.3 ± 1.2 , more frequent delivery was for cesarean section in 39 cases (97.5%) and a single case for vaginal via (2.5%), a maternal death was presented (8.3%). The surgical reintervention was observed with more frequency in the group of $< 50,000$ platelets, the most frequent cause in these reinterventions was the hipovolemic shock. Also in this group the perinatal mortality was presented in 3 cases (25%) and the asphyxia at the birth with Apgar < 6 was presented in 5 cases (41.7%). A bigger morbidity was observed inversely proportional to the account platelets, being the renal failure the cause most frequent of this morbidity in the three groups. The low platelets account contribute in a direct way in the obstetric complications, since there are more surgical reinterventions, with bled in the transsurgical and increase in the days of intrahospitalary stay. Also with smaller account platelet, there are bigger prematural index, asphyxia and perinatal mortality in the newborn of mothers with HELLP syndrome. ♦

Key words: HELLP syndrome, low platelets, obstetrical complications.

(Basavilvazo Rodríguez A. et al. Maternal and perinatal surgical complications in low platelet count for HELLP Syndrome in severe preeclampsia-eclampsia in Intensive Care Unit. *Ginecol Obstet Mex* 2003; 71: 379-386).

Antecedentes

La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, además es la primera causa de muerte materna, seguida de las infecciones y hemorragia obstétrica, asociado a esto el síndrome de HELLP, tiene una frecuencia de 12 a 13.5 % en pacientes con preeclampsia-eclampsia.^{1,2} El síndrome de HELLP es un acrónimo en inglés utilizado para describir a las pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, caracterizada por elevación de las enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria. Por lo tanto, su presencia aumenta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.^{3,5}

En 1904 se hizo la primera descripción de preeclampsia en 23 pacientes, quienes presentaban hemólisis intravascular, aumento de las enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria; en 1922 se comunicó la presencia de trombocitopenia y hemólisis en pacientes con preeclampsia severa; en 1982 se acuñó el término síndrome de HELLP; en 1983 se describieron los

defectos de coagulación y la presencia de microtrombos en pacientes embarazadas; en 1990 se establecieron los criterios de su diagnóstico, los cuales incluyen hemólisis, concentraciones de bilirrubinas, deshidrogenasa láctica (DHL), transaminasa glutámico oxalacética (TGO) y cuenta plaquetaria. Posteriormente, fue clasificada en base a esta cuenta plaquetaria, en clase I, II y III.^{6,7} Esta clasificación puede utilizarse como parámetro para predecir la rapidez de consumo, el restablecimiento en el puerperio, así como para determinar el riesgo de recurrencia, el pronóstico perinatal y la necesidad de plasmáferesis.⁸⁻¹⁰ La causa del síndrome de HELLP es desconocida, pero existen varias teorías que incluyen a la hipovolemia, coagulación intravascular diseminada subaguda (CID) y procesos inmunológicos. La plaquetopenia se debe a un aumento en el consumo y destrucción de las plaquetas, secundario a un daño endotelial y a un desequilibrio en la producción de sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras como la endotelina, así como procoagulantes como el activador del factor XII y el factor derivado de plaquetas.^{2,4,7-11}

El desequilibrio en el metabolismo de prostanoïdes con aumento en la producción de tromboxanos y disminución de sustancias vasodilatadoras, provoca una vasoconstricción generalizada, con daño endotelial generalizado, lo cual favorece agregación plaquetaria y depósito de fibrina; así esta misma activación plaquetaria estimula también la liberación de serotonina, por el daño endotelial, estableciéndose un círculo vicioso, el cual se interrumpe con el nacimiento del producto de la concepción. La obstrucción vascular a distintos niveles produce daño hepático, reflejado en alteraciones enzimáticas, aglutinación plaquetaria y lesión a glóbulos rojos.¹²⁻¹⁴

La plaquetopenia secundaria al síndrome de HELLP se presenta en 25 % de todos los embarazos, sobre todo del tipo II; aunque la hemorragia clínica es rara, las pacientes pueden desarrollar CID con un riesgo de 20 %, con disminución acentuada de la cuenta plaquetaria, la cual se ha considerado signo importante para la interrupción del embarazo, ya que pueden presentar desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, insuficiencia renal aguda, edema agudo de pulmón y ruptura de hematomas hepáticos.¹⁵⁻¹⁶ Al cuarto día postparto, 90 % de las pacientes tienen cuentas de plaquetas mayores de 100,000 por mm³ y las pruebas de función hepática, normales a las 72 horas. Por otro lado, a los neonatos de madres con plaquetopenia secundaria a síndrome de HELLP, se les ha reportado una mortalidad con una frecuencia hasta de 60 %, además de un riesgo aumentado de trombocitopenia, debido a la prematuridad, desprendimiento placentario, asfisia intrauterina y al retardo del crecimiento intrauterino.¹⁷⁻²⁰

Se realizó este estudio para determinar cuáles son las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, así como las complicaciones quirúrgicas y los resultados perinatales, en pacientes de terapia intensiva que presentaron plaquetopenia por síndrome de HELLP, como complicación de preeclampsia severa-eclampsia.

Material y método

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", tercer nivel de atención, en pacientes con plaquetopenia por síndrome de HELLP por preeclampsia severa-eclampsia, en el periodo de un año, con un seguimiento prospectivo y observacional.

Se seleccionaron aleatoriamente 40 embarazadas, con diagnóstico de síndrome de HELLP por preeclampsia severa-eclampsia, ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes tenían edad gestacional entre

20-42 semanas, sin patología hematológica previa, lo cual se confirmó por los hallazgos clínicos y de laboratorio, estos últimos determinados con muestras de sangre periférica, con una deshidrogenasa láctica mayor de 600U/L, bilirrubinas totales mayores de 1.2 mg/dL, aspartato aminotransferasa mayor de 70U/l y cuenta plaquetaria menor de 100,000. Los datos clínicos para considerarse preeclampsia severa-eclampsia, se tomaron de acuerdo a la Norma Técnico Médica emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social,²¹ que incluye los parámetros: tensión arterial de 160/110 mmHg o más en las pacientes en reposo, en dos ocasiones con un mínimo de 6 horas de diferencia entre uno y otro registro, proteinuria de 2 gramos o más en orina de 24 horas, o bien tres a cuatro cruces con exámenes semicuantitativos con tira reactiva, edema de más de una cruz o aumento de peso de más de 2 kg en una semana, trastornos cerebrales o visuales (amaurosis o diplopia), dolor en cuadrante superior derecho del abdomen o epigastrio, edema pulmonar, cianosis y eclampsia en aquellas que además de la sintomatología previa presentaran crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas.

Se establecieron tres grupos de acuerdo a la cuenta plaquetaria y por la clasificación de Martín:²² menos de 50,000 primer grupo, entre 51 y 100,000 el segundo y el tercero de 101,000-150,000 plaquetas; se determinó la morbimortalidad materna, las complicaciones quirúrgicas y los resultados perinatales durante su estancia intrahospitalaria. Dentro de los cuales se incluyeron la sepsis, insuficiencia renal aguda, síndrome de dificultad respiratoria (SDRA), edema agudo de pulmón, hematoma hepático, choque hipovolémico, falla orgánica múltiple, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, muerte y asfisia perinatal.

El análisis estadístico se realizó a través de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables de estudio. La asociación de estas variables se determinó usando chi cuadrada de Mantel-Haenszel para las variables nominales y razón de momios. Se consideró diferencia significativa ante un valor de $p < 0.05$, con intervalos de confianza de 95 %.

Resultados

Las 40 pacientes incluidas en el estudio, se dividieron en tres grupos de acuerdo a la cuenta plaquetaria. Con base en la clasificación, los tres grupos tuvieron una distribución para el grupo 1 de 12 pacientes (30 %), para el grupo 2, de 18 pacientes (45 %) y para el grupo 3, de 10 pacientes, que correspondió a 25 %. Al analizar los días de estancia intrahospitalaria se encontró que

en el grupo de menos de 50,000 plaquetas tuvieron una mayor estancia, comparado con el grupo de 51,000 a 100,000 plaquetas y de 101,000-150,000 con diferencia estadísticamente significativa (Figura 1).

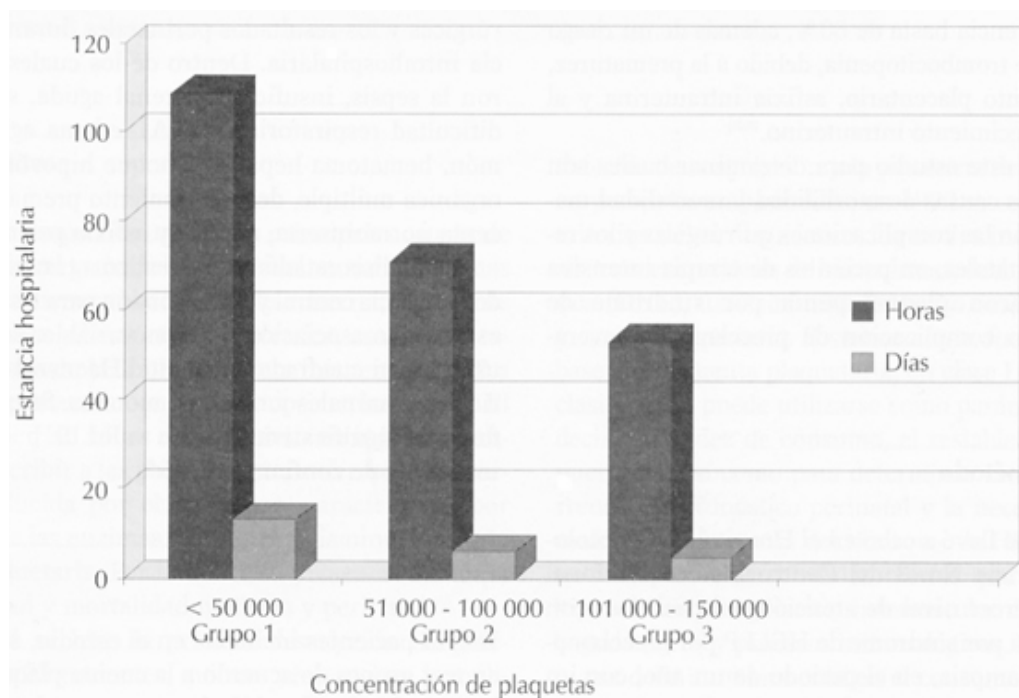
La morbilidad y mortalidad materna fue mayor en el grupo I, siendo la causa más común en los tres grupos la insuficiencia renal no oligúrica, además la edad gestacional y el peso fetal correspondieron a embarazos pretérmino, con promedios similares en cada grupo de estudio (Cuadro I). Los antecedentes obstétricos mostraron un promedio en las gestas de 2.3 ± 1.2 (M + DE), la vía de nacimiento más frecuente fue por operación cesárea en 97.5 % (39 casos) y de 2.5 % por vía vaginal (un caso). El sangrado promedio durante la estancia intrahospitalaria, medida en mililitros fue de 632.5 ± 478 (M + DE) con un mayor sangrado en el grupo I al separarlos por cuenta plaquetaria (Figura 2); también en este mismo grupo I fue necesario un mayor número de reintervenciones quirúrgicas, donde la causa más frecuente para su indicación fue el choque hipovolémico (Figura 3).

También, en el grupo de menos de 50,000 plaquetas se presentó una muerte materna, lo que representa 8.3 % de todo el grupo. Al analizar la mortalidad perinatal, ésta fue de 25 % en el grupo 1 por incluir a tres casos y la asfixia al nacimiento con Apgar menor de 6 fue de 41.7 % (Figura 4), lo que muestra que en este grupo siempre fueron mayores estos parámetros, con diferencia significativa ($p < 0.05$) al compararlos con los otros dos grupos de estudio. Al analizar los tres grupos en conjunto, se encontró que existe significancia clínica ya que se presentó morbilidad y mortalidad materna-fetal, pero que al dividirlos predomina en el grupo con menor cuenta plaquetaria, ya que es donde existió el mayor número de complicaciones en la evolución obstétrica.

Comentarios

Los resultados de este estudio demuestran que la disminución de plaquetas se asocia con una mayor morbi-mortalidad cuando existe síndrome de HELLP en

FIGURA 1



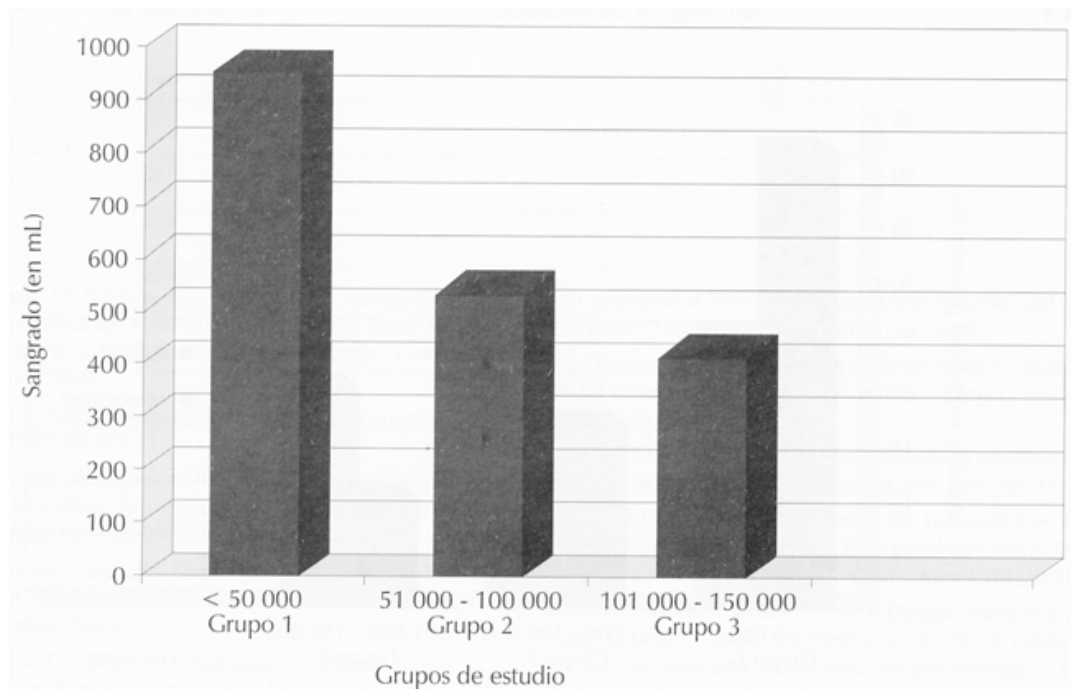
Estancia materna intrahospitalaria en horas, en la unidad de cuidados intensivos y en días en los pisos de hospitalización posquirúrgica. Se muestran los promedios por grupo de estudio con base en la concentración de plaquetas. Se observa diferencia significativa ($p < 0.05$) entre grupos a medida que existe una menor concentración de plaquetas; así la estancia fue mayor tanto en horas como en días de estancia en el grupo con menor concentración de plaquetas.*

CUADRO I. Morbilidad materna y características de los recién nacidos por grupo de estudio de acuerdo a la concentración de plaquetas, presentadas por número de casos y porcentaje*

Complicación	Grupo 1 (< 50,000 P)	Grupo 2 (51-100,000 P)	Grupo 3 (101-150,000 P)	Total
Insuficiencia renal aguda oligúrica	6 (7.8%)	0	0	6 (7.8%)
Insuficiencia renal aguda no oligúrica	6 (7.8%)	12 (15.6%)	4 (5.2%)	22 (28.6%)
Sepsis	4 (5.4%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)	6 (7.8%)
Coagulación intravascular diseminada	8 (10.4%)	2 (2.6%)	0	10 (12.3%)
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	3 (3.9%)	2 (2.6%)	0	5 (6.5%)
Edema agudo pulmonar	2 (2.6%)	0	0	2 (2.6%)
Hematoma hepático	1 (1.3%)	0	0	1 (1.3%)
Choque hipovolémico	4 (5.4%)	2 (2.6%)	1 (1.3%)	7 (9.1%)
Eclampsia	4 (5.4%)	2 (2.6%)	0	6 (7.8%)
Falla orgánica múltiple	6 (7.8%)	0	0	6 (7.8%)
Desprendimiento prematuro de placenta	5 (6.5%)	1 (1.3%)	0	6 (7.8%)
Datos perinatales (M $\pm$ DE)				
Edad gestacional (semanas)	32.8 $\pm$ 4.9	32.1 $\pm$ 5.3	31.4 $\pm$ 3.7	
Peso fetal (gramos)	1810.4 $\pm$ 788.8	1648.8 $\pm$ 850.0	1747.5 $\pm$ 734.8	

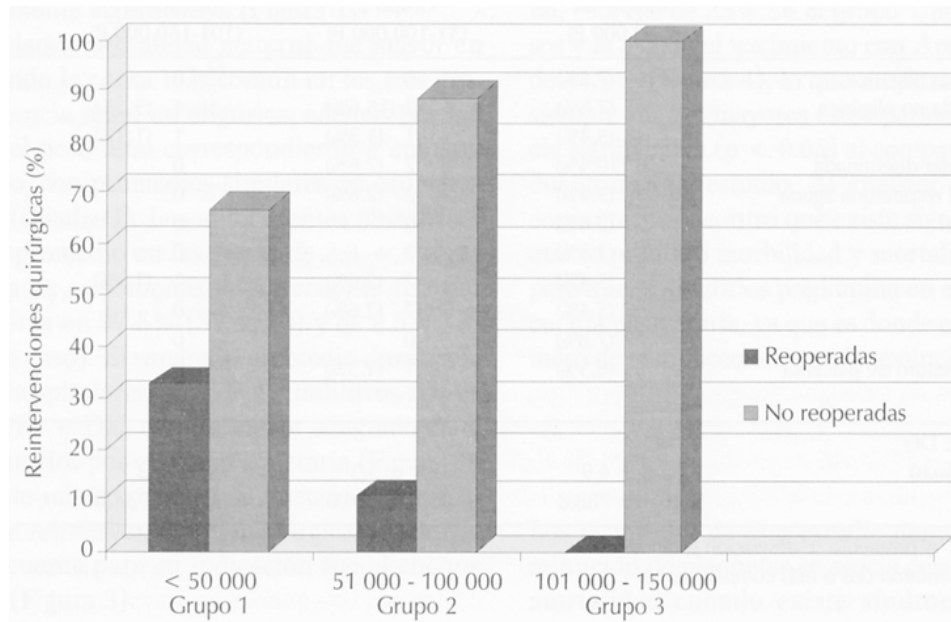
P = plaquetas, M $\pm$ DE = promedio $\pm$ desviación estándar

*Algunas pacientes presentaron dos o más complicaciones

FIGURA 2

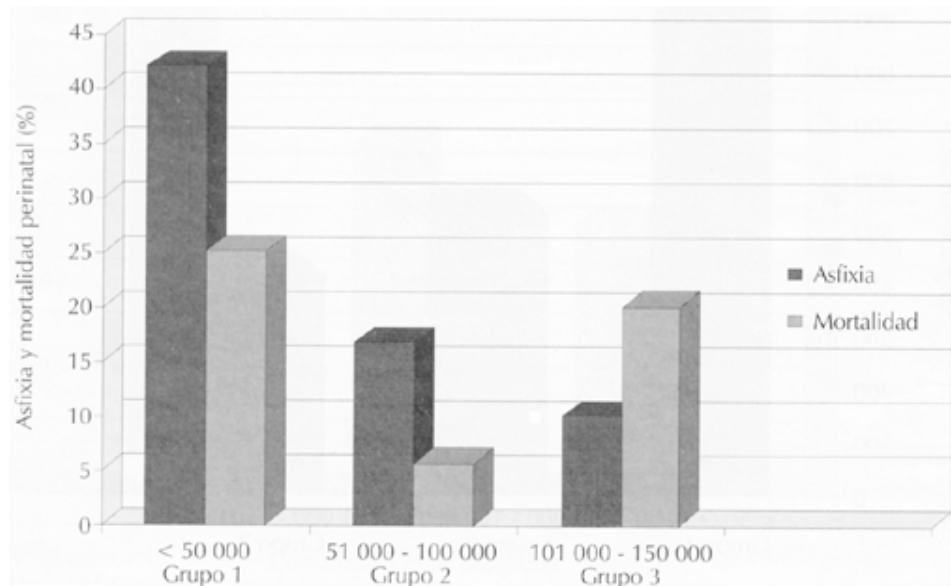
Se muestra el sangrado total (en mililitros) por grupos de estudio, donde el promedio fue mayor en el grupo de < 50 000 plaquetas, con diferencia significativa (* $p < 0.05$) comparado con los otros dos grupos, entre los cuales no existió diferencia significativa.

FIGURA 3



Las reintervenciones quirúrgicas, mostradas en porcentaje muestran una mayor frecuencia de regreso a quirófano en las pacientes con menos de 50 000 plaquetas (33%), mientras que en el grupo de 51-100 000 plaquetas fue de 11.1% y ningún caso necesitó reintervención por sangrado en el grupo con más de 101 000 en el conteo plaquetario.

FIGURA 4



El porcentaje de asfixia perinatal por Apgar a los 5 minutos, fue mayor en el grupo con menor número de plaquetas, lo cual disminuyó significativamente (* $p < 0.05$) en el resto de los otros dos grupos en la misma forma que aumentó el conteo plaquetario en las madres. En relación a la mortalidad perinatal, no se observó diferencia significativa entre grupos. Todas las barras muestran los porcentajes de cada grupo de estudio.

pacientes con preeclampsia-eclampsia. Lo anterior se hace evidente, ya que la plaquetopenia en el síndrome de HELLP contribuye en las complicaciones obstétricas, donde a menor cuenta plaquetaria son más las reintervenciones quirúrgicas necesarias, con un mayor sangrado en los transoperatorios, así como mayor el tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos de adultos, y de la estancia intrahospitalaria total.

Por otro lado, se observó que a menor cuenta plaquetaria, mayor es el índice de asfixia y de mortalidad perinatal en productos hijos de madres con síndrome de HELLP, con una influencia similar en todos los grupos con este trastorno sobre la prematuridad y en consecuencia sobre el peso fetal al nacimiento, ya que no tuvieron diferencias significativas. Otras complicaciones frecuentes del recién nacido que se presentan en estos casos no fueron evaluadas, como la hemorragia intraventricular,⁵ ya que todas las pacientes, excepto una, tuvieron resolución obstétrica por operación cesárea, donde la hemorragia intraventricular no es común. La mayoría de las intervenciones se llevó a cabo debido a que el estado de las pacientes se estaba deteriorando, a pesar del esfuerzo multidisciplinario por mejorar las condiciones preoperatorias, por lo tanto, se decidió su intervención para interrumpir el embarazo y romper el círculo que al parecer origina a la preeclampsia, ya que el nacimiento del producto de la concepción usualmente resulta en la mejoría de las condiciones de la madre, de lo contrario esto hubiese representado mayor mortalidad.

Con nuestros resultados podemos concluir que el factor de riesgo identificado en este grupo de estudio es una cuenta de plaquetas inferior a 50,000 lo que al parecer actúa como un factor de riesgo independiente para las complicaciones de la resolución obstétrica. En estos casos es necesario un equipo multidisciplinario para atender a estas pacientes, ya que la identificación inmediata y el diagnóstico apropiado llevan a una disminución en la morbilidad y mortalidad materna, por lo tanto el tratamiento debe ser agresivo y la intervención quirúrgica en el momento en que existan las condiciones mínimas que permitan el procedimiento, para evitar las complicaciones en las mujeres que se enfrentan a este trastorno sistémico exclusivo del embarazo humano.

Agradecimientos

Se reconoce la importante labor de los médicos residentes, del personal de enfermería y de los médicos adscritos a la unidad de cuidados intensivos y quirófanos, por la intervención en el cuidado y atención de estas pacientes. Así también se hace extensivo a los médicos del cuerpo directivo del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 por su apoyo para la realización de investigación médica, lo que redundará en una mejor atención a nuestra población derechohabiente y de la comunidad en general. ♦

Referencias

- Hernández-Valencia M, Saldaña QL, Álvarez MM, Valdez ME. Los métodos de planificación familiar de barrera como factor de riesgo que predispone a la presencia de preeclampsia. *Ginec Obst Mex* 2000;68:333-8.
- Boerna J.T. Levels of maternal mortality in developing countries. *Stud Fam Plann* 1987;18:213-21.
- Velasco MV, Navarrete HE, Cardona PJA, Madrazo NM. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1987-1996. *Rev Med IMSS* 1997;35:377-83.
- Jenkins SM, Head BB, Hauth JC. Severe preeclampsia at < 25 weeks of gestation: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:790-5.
- Kahn DJ, Richardson DK, Billett HH. Association of thrombocytopenia and delivery method with intravascular hemorrhage among very-low-birth-weight infants. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:109-16.
- Rinehart BK, Terrone DA, May WL, Magna EF, Isler CM, Martín JN. Change in platelet count predicts eventual maternal outcome with syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count. *J Matern Fetal Med* 2001;10:28-34.
- Rojas Poceros G, Viveros-renteria E, Kably-Ambe A. Síndrome de HELLP. Estado crítico. Conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex* 1996;64:64-72.
- Trejo RC. Mortalidad materna, evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. *Ginec Obst Mex* 1997;65:317-25.
- Rebolledo CM, Zetina GTF, Espinoza RV, Lascaraín OA, Domínguez CV. Mortalidad Materna en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 CMN "La Raza". *Ginec Obstet Mex* 1971;29:171-5.
- Balderas Peña LM, Canales-Muñoz JL, Angulo-Vázquez J, Anaya-Prado, Gonzalez Ojeda A. El síndrome de HELLP, evidencia de una posible respuesta inflamatoria en pre-eclampsia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:328-37.
- Bobadilla JL, Reyes FS, Karchmer S. La magnitud y las causas de la mortalidad materna en el Distrito Federal (1988-1989) *Cac Méd Méx* 1996;132:5-18.

12. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: Not just a concern of the past. *JAMA* 1995; 273:700-7.
13. Leitch CR, Cameron AD, Waker JJ. The changing pattern of eclampsia over a 60 years period. *Brit J Obst Gynecol* 1997;10: 917-22.
14. Botella LJ. HELLP syndrome and hemorrhagic gestosis. *An R Acad Nac Med* 2002;119:163-73.
15. Rahman TM, Wendon J. Severe hepatic dysfunction in pregnancy. *QJM* 2002;95:343-57.
16. Newman MC, Robichaux AC, Stedman CM, Jaekle RK, Fontenot MT, Dotson T, Lewis DF. Perinatal outcomes in preeclampsia that is complicated by massive proteinuria. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:264-8.
17. Dima Abi-Said. Case-control study of risk factor for eclampsia, *Anneg Am J Epidemiol* 1995;142:437-41.
18. Klein B, Faridi A, Amo-Takyi BK, Heilmann L, Von Tempelhoff GF, Rath W. Neonatal platelet activation in preeclampsia. *Clin Appl Thromb Hemost* 2001;7:29-32.
19. Arroyo P, Reynoso M, Casanueva E. Peso esperado para la talla y edad gestacional. Tablas de referencia. *Ginec Obst Mex* 1985; 53:227-31.
20. Lombano F, Kidder MY, Lilly M, Gollin YG, Block BS. Recurrence of microangiopathic hemolytic anemia after apparent recovery from the HELLP syndrome. A case report. *J Reprod Med* 2002;47:875-7.
21. Norma Técnico-Médica para la prevención y manejo de la preeclampsia-eclampsia, IMSS Dirección de Prestaciones Médicas, Enero 1995.
22. Roberts WE, Perry KG, Woods JB, Files JC, Blake PG, Martín JN. The intrapartum platelets count in patients with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome: is it predictive of later hemorrhagic complications? *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:799-804.



Cáncer de mama y embarazo. Análisis de nuestra casuística y revisión de la literatura

Fernando Martín Cañadas,¹ Manuel Morillo Conejo,¹ María Díaz,¹
Juan José Jofre,² Fabián Vidal,² Eduardo González-Sicilia Muñoz,² Santiago Carrasco Rico¹

Resumen

Se analizan los resultados de 14 casos de carcinoma de mama y embarazo observados entre 1,261 carcinomas de mama diagnosticados y tratados entre enero de 1980 y marzo de 2001. Se comparan con 122 casos de pacientes no gestantes de edades similares (≤ 40 años). Las gestantes han tenido un seguimiento medio de 58.6 meses y los controles de 73.9 meses. Aunque los resultados no han sido significativos, se señala una mayor incidencia de carcinomas diseminados al diagnóstico entre las gestantes (14.3% vs 4.9%), una mayor tasa de recidivas (50% vs. 37.4%) y una mayor mortalidad (50% vs. 30.3%).



Palabras clave: cáncer de mama, embarazo

(Martín Cañadas F. et al. Cáncer de mama y embarazo. Análisis de nuestra casuística y revisión de la literatura. Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 387-393).

Abstract

The results of 14 cases of breast cancer and pregnancy observed in 1261 breast carcinoma, diagnosed and in treatment between January 1980 and March 2001 were analysed. The results were compared with 122 cases of not pregnant patients with similar ages (≤ 40). The pregnant patients had a medium following of 58.6 months and controls of 73.9 months. Otherwise the results are not significant; it shows a higher incidence of disseminate carcinomas diagnose in the pregnant patients (14.3% vs. 4.9%), a higher recidives (50% vs. 37.4%) and a higher mortality (50% vs. 30.3%).



Key words: breast cancer, pregnancy.

(Martín Cañadas F. et al. Breast cancer and pregnancy analysis of our casuistry and literature revision. Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 387-393).

Recibido para publicación:

9 de mayo de 2003

Aprobado:

10 de julio de 2003

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España
¹Adjunto Ginecología y Obstetricia, ²Residente Ginecología y Obstetricia

Introducción

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia maligna más frecuentemente detectada durante el embarazo y el primer año posterior al parto. La incidencia según los autores oscila entre un caso de cáncer de mama cada 3,000 -10,000 embarazos.^{1,3}

El número de casos podría ser mayor si se tiene en cuenta la prolongada evolución subclínica del CM (en mujeres fértiles de 3 a 5 años), por lo que tumores diagnosticados años después del parto podrían haber coincidido con la gestación.⁴ Esta incidencia en el futuro puede aumentar por la tendencia actual de nuestra sociedad a retrasar la maternidad.

Durante años, la falta de datos objetivos ha generado una serie de mitos y errores acerca de la evolución de esta enfermedad durante el embarazo. Actualmente no existe evidencia epidemiológica, clínica o pronóstica de que el embarazo o su terminación cambie la historia natural del CM;^{5,6} lo que suele suceder en la mayoría de las ocasiones, es que existe una demora en el diagnóstico por incorrecta aplicación de la metodología diagnóstica habitual,⁷ encontrándose un alto porcentaje en estadios avanzados de la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos que relacionan el embarazo con el CM, encuentran que las mujeres que completan un embarazo antes de los 30 años tienen menor riesgo que las nulíparas; por el contrario, si se completa la primera gestación a una edad tardía aumenta el riesgo con respecto a las nulíparas.⁸ Los abortos del primer trimestre antes de la primera gestación a término están asociados con un aumento del riesgo de cáncer de mama,⁹ por todo ello se deduce que el efecto producido por el primer embarazo sobre el riesgo de padecer un cáncer de mama es de un incremento a corto plazo seguido de una importante disminución a largo plazo.

El aborto terapéutico no altera el pronóstico final de la enfermedad;^{10,11} sin embargo puede ser aconsejable en estadios muy avanzados de la misma que requiera tratamiento inmediato.¹² La demora en el tratamiento sólo estaría justificada en dos momentos del embarazo, en el periodo de organogénesis y durante el tercer trimestre, cerca de la madurez fetal, para completar ésta y evitar el riesgo de parto prematuro.¹³

Toda gestante con un nódulo mamario, debe ser evaluada para establecer un diagnóstico, si se confirma un cáncer, se debe instaurar sin demora un tratamiento agresivo apropiado.

Con el presente estudio, hemos querido conocer la incidencia de CM y embarazo en nuestro medio, analizar el estadio de la enfermedad y los tratamientos realizados, así como valorar los resultados relacionándolos con pacientes no gestantes del mismo grupo de edad.

Material y método

Realizamos un análisis retrospectivo de todos los cánceres de mama diagnosticados y tratados en nuestro Servicio de Obstetricia y Ginecología, desde enero de 1980 a marzo de 2001 y que fueron diagnosticados durante el embarazo o posparto. Se analizan los datos clínicos y patológicos, procedimientos terapéuticos y supervivencias (SLE: Supervivencia Libre Enfermedad y SG: Supervivencia Global), y se comparan con 122 casos en pacientes no gestantes de ≤ 40 años. Las gestantes han tenido un seguimiento medio de 58.6 meses y los controles de 73.9 meses.

En el análisis estadístico se utilizó el test de Student para la comparación de las variables cuantitativas y la prueba de chi cuadrado para las cualitativas. Se han realizado curvas actuariales de supervivencias y com-

CUADRO I. Motivo de consulta de las pacientes del estudio

Motivo de consulta	Gestantes		No gestantes	
	Núm.	%	Núm.	%
Nódulo	10	(71.4)	93	(76.2)
Dolor mamario	1	(7.1)	4	(3.2)
Úlcera pezón	1	(7.1)	5	(4.1)
Retracción piel	1	(7.1)	1	(0.6)
Sin clínica	1	(7.1)	6	(4.9)
Inflamación	—		4	(3.2)
Retracción pezón	—		3	(2.5)
Adenopatía axilar	—		4	(3.2)
Otras causas	—		2	(1.6)
TOTAL	14		122	

paradas por la prueba de Mantel-Haenzel. Se estableció el nivel de significación estadística en la $p < 0.05$.

Resultados

De un total de 1,261 neoplasias de mama, diagnosticadas en nuestro departamento, 14 (1.1 %) fueron diagnosticadas durante la gestación o el primer año posparto. La edad media de las gestantes fue 34.6 años (límites 26-43). En siete casos (50 %) el carcinoma fue diagnosticado en gestantes cuyas semanas oscilaron entre las 7 y 35, en seis casos (42.9 %) durante el puerperio, y en un caso (7.1 %) tras la intervención de una gestación ectópica.

Entre las gestantes, cinco (35.7 %) tenían antecedentes familiares, de los cuales tres eran de primer grado y dos de segundo grado. En las no gestantes tenían antecedentes 32 (26.2 %), nueve de primer grado, 14 de segundo grado y nueve de tercer grado.

El motivo de consulta más frecuente fue el hallazgo de un nódulo mamario reconocido por la paciente como anómalo tanto en gestantes, 10 casos (71.4 %) como en no gestantes, 93 casos (76.2 %) el resto de motivos se exponen en el cuadro I. El tiempo medio desde la aparición del síntoma hasta el diagnóstico fue en las gestantes de 5.3 meses y en el grupo control de 7.1 meses.

En la exploración, las gestantes presentaban nódulo palpable en 100 % de los casos mientras que las no gestantes en 96.7 %. La mama más frecuentemente afectada fue la derecha, tanto en gestantes, con ocho

casos (57.1 %), como en el grupo control, con 62 (50.8 %) y la localización más común, el cuadrante superoexterno en ambos grupos.

Como método diagnóstico se utilizó la mamografía, asociada en algunas ocasiones a la ecografía y complementándose con la PAAF en los casos de tumores palpables. El resultado de la mamografía en las gestantes fue positivo en siete casos (50 %), sospechoso en dos (14.2 %), negativo en tres (21.4 %) y no realizada en dos (14.2 %). En el grupo control fue positivo en 81 casos (66.3 %), sospechoso en 14 (11.4 %) y negativo en 27 (22.1 %).

El diagnóstico por la PAAF en las gestantes (realizado en ocho casos) fue positivo en siete (87.5 %) y negativo en uno (12.5 %), en las no gestantes se practicó en 82 pacientes, siendo positivo en 45 (54.9 %), sospechoso en 20 (24.4 %) y negativo en 17 (20.7 %).

La cirugía mamaria en las gestantes fue en 10 casos radical, en dos conservadora, en un caso se hizo mastectomía simple, y en otro no se realizó ningún tipo de cirugía. La media del tamaño tumoral fue 3.65 ± 3.08 cm en las gestantes y 2.89 ± 1.72 cm en las no gestantes (sin diferencias significativas). En la mitad de los 12 vaciamientos axilares realizados en las gestantes los ganglios fueron positivos, frente a 51.4 % de axilas positivas en las no gestantes. La media de ganglios afectados ha sido de 1.5 ± 1.97 en las primeras, sin diferencias con los controles (media 2.67 ± 4.6).

En el estadio patológico de la enfermedad no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, aunque destaca el alto porcentaje (14.3 %) de estadios IV entre las gestantes (Cuadro II).

CUADRO II. Estadios, estado ganglionar, receptores hormonales, recidiva de la enfermedad y fallecidas en los dos grupos de estudio

Parámetro	Gestantes		No gestantes	
	Núm.	%	Núm.	%
Estadio I	3	(21.4)	25	(20.5)
Estadio IIa	4	(28.6)	33	(27.0)
Estadio IIb	4	(28.6)	26	(21.3)
Estadio IIIa	1	(7.1)	14	(11.5)
Estadio IIIb	—		18	(14.8)
Estadio IV	2	(14.3)	6	(4.9)
TOTAL	14		122	
Ganglios (+)	50 %		52.9 %	
Receptores estrógenos (+)	71.4 %		69.2 %	
Receptores progesterona (+)	50 %		35.1 %	
Recidiva enfermedad	50 %		36.9 %	
Fallecidas	50 %		30.3 %	

Los receptores de estrógenos en las embarazadas (valorados solamente en la mitad de los casos) fueron positivos en 71.4 %, mientras que en las no gestantes se obtuvo 69.2 %. Los receptores de progesterona resultaron positivos en 50 % de gestantes frente a 35.1 % de no gestantes.

En las gestantes el tipo histológico más frecuentemente encontrado fue carcinoma ductal infiltrante con 11 casos (78.5 %), seis de ellos asociados a carcinoma ductal *in situ* y uno a enfermedad de Paget, un caso (7.1 %) de carcinoma lobulillar infiltrante, uno de carcinoma medular y otro de carcinoma anaplásico. En el grupo control, el tumor más frecuente fue, igualmente, el carcinoma ductal infiltrante con 72.2 % de los casos, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante con 11.3 % de los casos. El componente intraductal se observó en 16.4 % de los casos.

Como terapia adyuvante en 13 casos (92.8 %) se administró quimioterapia, siendo en uno de ellos (caso 3) de altas dosis con soporte de células progenitoras. Las que no tuvieron una cirugía radical recibieron radioterapia. En dos casos se realizó además ovariectomía bilateral y en cinco casos se administró análogos de la GnRH durante dos años (Cuadro III).

En todas las gestantes se practicó la cirugía en el momento del diagnóstico, salvo en la que presentaba enfermedad diseminada (caso 10), en la que se realizó

una cesárea a las 37 semanas para continuar después con quimioterapia. El tratamiento adyuvante se inició siempre después del parto, con la excepción del caso 12, que tras cirugía recibió tratamiento con melfalán, teniendo un parto normal a las 38 semanas (RN de 3350 g, sano) continuando después con un régimen con antraciclinas.

En las gestantes, el parto tuvo lugar entre las 35-38 semanas, terminando en dos de ellos por cesárea y en cuatro por vía vaginal tras inducción. El peso medio de los neonatos fue de 2,800 gramos (límites 2,490-3,500). La gestante de siete semanas tuvo un aborto espontáneo en el posoperatorio de la cirugía mamaria.

Durante el seguimiento han presentado recidiva de la enfermedad 50 % de las gestantes frente a 37.4 % del grupo control (NS) e igualmente han fallecido 50 % frente a 30.3 % de las no gestantes (NS). La SG a los cinco años es de 57.1 % para las gestantes y para el grupo control de 70.1 %. La SLE de 50.8 % y de 69.8 %, respectivamente (Cuadro III).

Discusión

La incidencia de cáncer de mama y gestación en nuestro medio (1.1 %), coincide con las cifras que aparecen en la literatura.¹⁴ Así mismo, los resultados obtenidos

CUADRO III. Características generales de las pacientes, tratamientos utilizados y supervivencias

Caso	Edad	Gestación	Estadio	Tratamiento quirúrgico	Ganglios (+)	Tratamiento adyuvante	RLR	EM	SLE meses	SG meses	Estado actual
1	32	Puerperio	Ila	MRM	No	QT - HT	No	No	83	83	RC
2	33	Puerperio	I	MRM	No	QT - HT	No	No	101	101	RC
3	30	Gest. 35 s	Ilb	MRM	Sí	QAD-TAMO-RT	No	No	71	71	RC
4	35	Puerperio	Ila	Cirugía conservadora	No	QT- RT - HT	No	Sí	12	19	F
5	43	Puerperio	I	MRM	No	QT - HT	No	No	55	55	RC
6	37	Gest. 35 s	IIla	MRM	Sí	QT - HT	No	Sí	1	7	F
7	40	Gest.	Ila	MRM	No	QT - HT	No	No	15	15	RC
8	35	Ectópica	I	Cirugía conservadora	No	QT- RT - HT	No	No	13	13	RC
9	39	Gest. 7 s	Ila	MRM	Sí	QT	No	No	207	207	RC
10	30	Gest. 33 s	IV	NT	—	QT	—	Sí	0	9	F
11	42	Gest. 37 s	Ilb	MRM	Sí	Ovariectomía	No	Sí	32	89	F
12	33	Puerperio	Ilb	MRM	Sí	QT	No	Sí	13	32	F
13	30	Gest. 31 s	Ilb	M. simple	—	QT	No	Sí	12	13	F
14	26	Gest. 25 s	IV	MRM	Sí	Ovariectomía	No	Sí	0	36	F
		Puerperio				RT					
						QT - HT					

MRM: Mastectomía radical modificada QT: Quimioterapia RT: Radioterapia HT: Hormonoterapia RLR: Recidiva locorregional EM: Metástasis dis-
tantes. QAD: Quimioterapia altas dosis TAMO: Trasplante autólogo de médula ósea

no presentan diferencias significativas con los hallados en la revisión bibliográfica. Antonelli *et al.*¹⁵ señalan que esta enfermedad complica uno de cada 3,000 a 10,000 embarazos.

Es característico el retraso diagnóstico de un cáncer de mama asociado al embarazo,^{16,18} que da lugar a estadios avanzados de la enfermedad en el momento del diagnóstico. En nuestro estudio hallamos 14.3 % de cánceres en estadio IV, otro estudio de nuestro país¹⁹ señala una incidencia de 30 % de carcinomas metastásicos. Esta demora, que suele oscilar entre dos y siete meses,²⁰ se debe a factores tales como el inadecuado examen mamario durante la gestación, achacar la presencia de nódulos a cambios fisiológicos relacionados con el embarazo y sobre todo a la dificultad para la correcta utilización de los métodos diagnósticos a nuestra disposición como consecuencia de las modificaciones experimentadas por la mama durante la gestación o la lactancia.^{21,22} En nuestro estudio, la demora media ha sido de 5.3 meses, menor que en el grupo control (7.1 meses), lo que sugiere una escasa preocupación en edades jóvenes por la patología mamaria o un deficiente sistema de salud.

Además, la mayor dificultad de detección mamográfica en las mujeres jóvenes debido a la elevada densidad glandular^{23,24} confiere un significativo aumento de falsos negativos en estas pacientes. El número de casos no detectados radiológicamente en este estudio ha sido de 21.4 % para las gestantes y de 22.1 % en las no gestantes, cifras que contrastan con 6.3 % de falsos negativos observado por nosotros en las pacientes menopáusicas.²⁵ Se ha señalado una sensibilidad de la mamografía durante la gestación de 68 % en contraposición con 93 % de la ecografía.²⁶

El motivo de consulta más frecuente entre nuestras pacientes fue el hallazgo de un nódulo palpable en mama en 71.4 % de las gestantes, que concuerda con la forma habitual de presentación clínica en estos casos.^{18,19,27} La anatomía patológica del cáncer de mama asociado a la gestación es la misma que fuera del embarazo, los tumores más frecuentes son los adenocarcinomas, sobre todo el carcinoma ductal infiltrante,^{14,19} como ha sido observado en nuestra serie, donde 78.5 % de los 14 casos eran de este tipo histológico. La variedad anatomoclínica de carcinoma inflamatorio ha sido señalada con una mayor frecuencia en este grupo de pacientes, así en una revisión de 154 casos de gestación y CM la incidencia de carcinoma inflamatorio fue de 26 %, frente a 9 % del grupo control,²⁸ en nuestro estudio no hemos observado ningún carcinoma inflamatorio entre las gestantes, mientras que en el grupo control su incidencia es de 5.9 %. En el tamaño tumoral no encontramos diferencias entre ambos grupos, sin em-

bargo otros autores¹⁵ señalan solamente 31 % de tumores menores de 2 cm en las gestantes, frente a 50 % del grupo control.

El porcentaje de afectación ganglionar se ha cifrado en gestantes entre 60-80 % frente a 40-50 % en las no embarazadas.^{30,29} Nosotros hemos obtenido 50 % frente a 51.4 % respectivamente. En el Memorial Sloan-Kettering Medical Center encuentran 61 % de axilas positivas en pacientes gestantes en comparación con 38 % del grupo control no gestante.³⁶ Los estudios de Nettleton *et al.*,³⁰ basados en un modelo matemático, señalan que el retraso de un mes en el diagnóstico podría aumentar el riesgo de afectación axilar de 0.9 % a 1.8 %. En otro estudio,³¹ se observó que aquellas gestantes con axila positiva presentaban una media de demora entre el síntoma y el diagnóstico de 7.4 meses, frente a los 3.1 meses de las que no tenían afectación ganglionar.

La determinación de los receptores hormonales en las neoplasias de mujeres gestantes puede generar falsos negativos, debido a las altas concentraciones hormonales que regulan negativamente la expresión de los mismos,³² sin embargo, estudios realizados mediante análisis competitivos de enlaces³³ han demostrado similar positividad de los receptores que en mujeres no embarazadas. En nuestra serie, los receptores hormonales han sido determinados por métodos inmunohistoquímicos, y aunque los casos son muy limitados, no encontramos diferencias entre los dos grupos. No obstante, en la literatura revisada existen datos contradictorios, entre los que señalan una mayor positividad de los receptores hormonales³ y los que indican todo lo contrario.^{17,18,34} Robinson *et al.*³⁵ encuentran una positividad similar de los receptores hormonales que en las premenopáusicas no gestantes.

La conducta a seguir en el cáncer de mama durante el embarazo, es tratar con intención curativa adaptándolo al momento de la gestación. Depende así mismo de consideraciones éticas y religiosas por parte de la paciente, aunque la interrupción legal del embarazo no es terapéutica, se puede ofrecer esta opción en gestaciones incipientes y con estadios avanzados de la enfermedad, que no permitan demora en el tratamiento.^{20,36,38} De manera práctica, se puede abordar el tratamiento de esta enfermedad en el embarazo con relación al estadio y al estado de la gestación.

En los estadios tempranos (I y II) el tratamiento de elección, según la mayoría de los autores,^{39,40} es la mastectomía radical modificada. Aunque la cirugía conservadora puede ser ofertada a pacientes diagnosticadas en el tercer trimestre, en estos casos el tratamiento adyuvante puede demorarse hasta el parto, aunque el intervalo entre la cirugía y la radioterapia no debe ser superior a 6-7 semanas, ya que se ha demostrado un

aumento de recidivas locales en algunas series.^{30,41} Si la quimioterapia adyuvante es necesaria deberá posponerse por su teratogenia durante el primer trimestre de gestación. El protocolo FAC (ciclofosfamida-doxorrubicina-5-fluoracilo) del MD. Anderson Cancer Center²⁴ aplicado en el segundo o tercer trimestre no ha presentado complicaciones importantes ni para la madre ni para el feto (leucopenia en uno de los RN coincidiendo con el nadir de la madre, y alopecia en dos de los 24 nacidos), sin embargo, los efectos sobre este último a largo plazo son limitados. El desconocimiento de los efectos de las nuevas drogas (taxanos) sobre el feto aconseja posponer éstas hasta después del parto.³ La hormonoterapia con tamoxifeno, en caso de estar indicada, también debe esperar al puerperio. La radioterapia está contraindicada a lo largo de toda la gestación debido a la gran dificultad de protección fetal.

Como norma general se aconseja que el parto o la cesárea no coincida con el nadir de neutropenia materna con el propósito de evitar complicaciones infecciosas en la madre y recién nacido, siendo recomendable un intervalo de tres semanas desde el último ciclo, así como la supresión de la lactancia en todas aquellas pacientes que vayan a recibir quimioterapia, ya que la mayoría de los antineoplásicos presentan niveles elevados en la leche materna.

Es en los estadios avanzados (III-IV) donde el tratamiento es más individualizado y debe ser discutido con la paciente y familia. La indicación de la quimioterapia en el primer trimestre puede aconsejar el aborto terapéutico, aunque éste no mejore el pronóstico,¹² sin embargo si su intención es curativa y previa a la cirugía, no debe ser demorada. En los casos con enfermedad diseminada la actuación es más compleja, en esta situación el tratamiento es paliativo y la salud fetal se antepone a la materna. Solamente cuando los órganos afectados no son vitales puede realizarse un tratamiento agresivo, aunque lo aconsejable es esperar después

del parto.

La ooforectomía bilateral, se realizó en dos casos de nuestra serie, actualmente esta opción se reserva como tratamiento paliativo inicial, en recurrencias de la enfermedad o ante tumores de elevada hormonodependencia, porque se ha demostrado que existe el mismo porcentaje de recurrencias y metástasis que conservando los ovarios.¹⁴

El mal pronóstico del CM que ha existido durante años asociado al embarazo, se ha modificado desde que se publicaron diferentes series^{16,20,42} que señalaban que la peor supervivencia de estas pacientes se debía a los estadios más avanzados de la enfermedad, y que a igualdad de estadio no existían diferencias entre los mismos grupos de edad. La tasa de mortalidad en nuestros casos (50 %) es superior a la del grupo control (30.3 %) e igualmente sucede con la supervivencia actuarial a los cinco años (57.1 % vs 70.1 %), pero como señalamos anteriormente, observamos un mayor número de casos con estadios avanzados entre las gestantes.

Conclusión

Aunque la menor supervivencia en el CM asociado al embarazo es debida en la mayoría de los casos a un retardo en el diagnóstico y como consecuencia, a la presentación más avanzada de la enfermedad, en nuestro estudio, en el que no existen diferencias significativas por el pequeño número de casos, observamos que las gestantes con cáncer de mama han presentado una demora diagnóstica algo menor que en el grupo control y sin embargo, existe una mayor recurrencia de la enfermedad y una mayor mortalidad. Una demora en el inicio de la quimioterapia en algunos casos y la presencia de dos casos con enfermedad metastásica podrían explicar este hecho. ♦

Referencias

1. Anderson JM. Mammary cancers and pregnancy. *Br Med J* 1979; 1:1124-7.
2. White TT. Carcinoma of the breast and pregnancy. *Ann Surg* 1954;139:9-18.
3. Moore CF, Foster S. Breast cancer and pregnancy. *Seminars in Oncology* 2000;27:646-53.
4. Jeanne A, Petrek MD. Breast cancer during pregnancy. *Cancer* 1994;74:520.
5. Crichlow RW. Carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obstet* 1992;134:1011-119.
6. Ewertz M, Holmberg L, Karjalainen S. et al. Incidence of the male breast cancer in Scandinavia, 1943-1982. *Int J Cancer* 1989; 43:27-31.
7. Brian E, Berntein L, Ross R. Etiology of cancer: hormonal factors. En: De Vita, editor. *Principles and practice of oncology* (vol.I). Filadelfia: Lippincot-Raven. 1997:1586-7.
8. Kelsey J, Gammon MD, John EM. Reproductive and hormonal risk factors: Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev* 1993;15:36-47.

9. Hadjimichael OC, Boyle CA, Meigs JW. Abortion before first live birth and risk of breast cancer. *Br J Cancer* 1986;53:281-94.
10. Nugent P, O'Connell TX. Breast cancer in pregnancy. *Arch Surg* 1985;120:1221-4.
11. Brown RN. Carcinoma of the breast followed by 1982 pregnancy. 48:862,1960.
12. Hoover HC. Breast cancer during pregnancy and lactation. *Surg Clin North Am* 1990;70:1151-63.
13. Margolese RG. Opinion/response. Response: The case for the two-step biopsy procedure for breast cancer. *Am J Clin* 1982;32: 51.
14. Fernández-Cid A, Mallafré J. Patología mamaria en la gestación y el puerperio-lactancia. Masson-Salvat, Barcelona 1995.
15. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: A review of the literature. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:125-31.
16. Ribiero G, Jones D, Jones M. Carcinoma of the breast associated with pregnancy. *Br J Surg* 1986;73:1986-2000.
17. Ishida T, Yokoe T, Kasumi F, et al. Clinicopathologic characteristics and prognosis of breast cancer patients associated with pregnancy and lactation: Analysis of case-control study in Japan. *Jpn J Cancer Res* 1992;83:1143-9.
18. Lethaby AE, O'Neill MA, Mason B, et al. Overall survival from breast cancer in women pregnant or lactating at or after diagnosis. *Int J Cancer* 1996;67:751-55.
19. Fornieles MV, Carrera M, Guillén C, Montañez MD, et al. Cáncer y gestación. Cáncer de mama y gestación. *Clin Invest Gin Obst* 1996;23:185-9.
20. Petrek J A, Dukoff R, Rogatko A. Prognosis of pregnancy associated breast cancer. *Cancer* 1991;67:869-72.
21. Max MH, Klammer TW. Pregnancy and breast cancer. *South Med J* 1983;76:1008-9.
22. Petrek J A. Breast cancer during pregnancy. *Cancer* 1994;74: 518-27.
23. Yelland A, Graham M. Diagnosing breast carcinoma in young women. *BMJ* 1991;16:618-20.
24. Morillo M, Pérez E, Mora A, De Andrés M, Carrasco S. Patrones mamográficos de Wolfe en pacientes con cáncer de mama y grupo control. *Prog Obstet Ginecol* 1998;41:149-60.
25. Morillo M, Cano R, Díaz M, Gimeno J, Armentero JA, Carrasco S. *Actual Obstet Ginecol* 2000;12:263-9.
26. Liberman L, Giess C, Dershaw DD, et al. Imaging of pregnancy-associated breast cancer. *Radiology* 1994;191:245-8.
27. Aplewhite R, Smith L, Divicenu F. Carcinoma of the breast with pregnancy and lactation. *Ann Surg* 1973;39:101-4.
28. Bonnier P, Romain S, Dilhuyddy JM, et al. Influence of pregnancy on the outcome of breast cancer: A case-control study. *Int J Cancer* 1997;72:720-7.
29. Nugent P, O'Connell T. Breast cancer in pregnancy. *Arch Surg* 1985;120:1221-4.
30. Nettleton J, Long J, Kuban D et al. Breast cancer during pregnancy: Quantifying the risk of treatment delay. *Obstet Gynecol* 1996;87:414-8.
31. Byrd BF, Bayer DS, Robertson JC, et al. Treatment of breast tumors associated with pregnancy of lactation. *Ann Surg* 1962; 155:940-7.
32. Read LD, Greene GL, Katzenellenbogen BS. Regulation of estrogen receptor messenger ribonucleic acid and protein levels in human breast cancer cell lines by sex steroid hormones, their antagonist, and growth factors. *Mol Endocrinol* 1989;3:295-304.
33. Elledge RM, Ciocca DR, Langone G, et al. Estrogen receptor, progesterone receptor, and HER-2/neu protein in breast cancer from pregnant patients. *Cancer* 1993;71:2499-506.
34. Berry DL, Theriault RL, Holmes FA, et al. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. *J Clin Oncol* 1999;17:855-61.
35. Robinson DS, Sundaram M, Lakin GE. Carcinoma de mama en el embarazo y lactancia. En: *la Mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. Bland KI, Copeland EM. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2000:1455-67.
36. Donegan W. Breast cancer and pregnancy. *Obstet Ginecol* 1977;50:244-55.
37. Daling JR, Malone KE, Voight LF, et al. Carcinoma of the breast among women: relationship to induced abortion. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:365-71.
38. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, et al. Pregnancy termination in relation to risk of breast cancer. *JAMA* 1996;275:282-8.
39. Stroembek JO, Rosato FE. *Cirugía de la mama*. Barcelona: Salvat Ed., 1990:122-6.
40. Cubillo A, Comide M, González-Barón M. Cáncer de mama y embarazo. *Conceptos actuales*. *Medicina Clínica* 2000;115:33-7.
41. Olsen CG, Gordon RE Jr. Breast disorders in nursing mothers. *Am Fam Physician* 1990;41:1509-16.
42. Anderson BO, Petrek JA, Byrd DR, et al. Pregnancy influences breast cancer stage at diagnosis in women 30 years of age and younger. *Ann Surg Oncol* 1996;3:204-11.



Azoospermia: Resultados en reproducción asistida con el uso de biopsia testicular y espermatozoides criopreservados

Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Julián Ruiz Anguas, Dr. Yuseff Serulle Tavares,
Dra. Esperanza Carballo Mondragón, Dr. Carlos Quesnel García-Benítez

Resumen

La obtención de espermatozoides por biopsia testicular se ha convertido, desde la introducción del ICSI en 1992, en la piedra angular para el tratamiento de los pacientes con azoospermia. En este estudio se reportan los resultados obtenidos en pacientes sometidos a biopsia testicular e ICSI por azoospermia. Se incluyeron 16 pacientes con azoospermia, de los cuales 12 era de origen obstructivo y cuatro no obstructivo. La biopsia testicular se realizó en ciclos previos a la estimulación ovárica en sus parejas, en dos pacientes no se obtuvieron espermatozoides con la biopsia, y de los 14 restantes se realizó ICSI en 18 ciclos. Las muestras de tejido testicular fueron criopreservadas hasta el momento en que se realizó la captura ovular. El protocolo de estimulación ovárica se individualizó de acuerdo a las características de las pacientes: en 12 ciclos se utilizó esquema de fase lútea larga, en una paciente, protocolo ultracorto con agonistas GnRH, en cuatro pacientes, antagonistas GnRH y la última con preparación endometrial para transferencia de embriones congelados. El número de ovocitos capturados fue de 11.71 ± 7.24 ovocitos por paciente, con una tasa de captura de 72.64%. La tasa de fertilización fue de $49.35 \pm 29.24\%$, y se transfirieron un promedio de tres embriones por paciente con un rango entre uno y cinco embriones. En los 18 ciclos realizados se observaron siete embarazos (proporción de 0.39), cuatro con embrión único, un gemelar triple, un gemelar doble y otro embarazo químico. Se concluye que la biopsia testicular es una buena opción para pacientes con azoospermia, ya que se asegura una muestra adecuada de tejido con altas posibilidades de obtener espermatozoides, en el estudio se obtuvieron espermatozoides adecuados para la realización de ICSI en 14 de las 16 pacientes con adecuadas tasas de fertilización y embarazo. ♦

Palabras Clave: Azoospermia, biopsia testicular, ICSI, infertilidad.

(Kably Ambe A, et al. Azoospermia: Resultados en reproducción asistida con el uso de biopsia testicular y espermatozoides criopreservados. Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 394-399).

Recibido para publicación:

26 de marzo de 2003

Aprobado:

10 de julio de 2003

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Angeles de las Lomas,
Unidad de Reproducción Asistida.

Abstract

Testicular sperm extraction (TESE) by open testicular biopsy, has become, since the introduction of the ICSI in 1992, the corner stone in treatment for azoospermia. This study reports the outcome of patients with open testicular biopsy for ICSI procedure indicated by azoospermia. 16 patients with azoospermia (12 obstructive and 4 non obstructive). The open testicular biopsy was performed prior the controlled ovarian hyperstimulation (COH) protocols of their couples, in two of the 16 patients no sperm were found in the biopsy, and the other 14 patients were admitted to 18 ICSI cycles, and the testicular samples were cryopreserved until oocyte capture. The controlled ovarian hyperstimulation (COH) was individualized in each case in accordance to the characteristics of each patient: 12 patients were used the long luteal phase GnRH agonist protocol, ultrashort protocol (Flare up) in one patient, GnRH antagonist in four, and the last one with endometrial preparation for cryopreserved embryo transfer. The mean of oocytes recovered was 11.71 ± 7.24 oocytes per patient with a recovery rate of 72.64%. The fertilization rate was 49.35 ± 29.24 and were transferred an average of 3 embryos per patient with a range between 1 and 5 embryos. In 18 cycles, 7 pregnancies occurred, four singles, one twin, one triple and one biochemical pregnancy. In conclusion the testicular sperm extraction (TESE) by open testicular biopsy is a good option for patients with azoospermia usually it achieves an adequate sample of testicular tissue with high possibilities of sperms recovery, in our study we obtained appropriate sperms in fourteen of sixteen patients for the ICSI procedure with good fertilization and pregnancy rates. ✧

Key words: Azoospermia, testicular biopsy, ICSI, Infertility.

(Kably Ambe A, et al. Azoospermia: in vitro fertilization results using testicular biopsy and cryopreserved spermatozoa. Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 394-399).

Introducción

La frecuencia de la azoospermia obstructiva entre hombres con infertilidad se ha informado hasta en 7.5%. Algunos autores como Takihara reportan que en una población abierta, aproximadamente 1% de las consultas al urólogo son por azoospermia obstructiva.¹

Uno de los grandes avances que ha habido en las técnicas de reproducción asistida es la introducción de la inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI) en 1992, con lo cual el tratamiento de la infertilidad masculina se ha revolucionado,^{2,3} y se han logrado excelentes resultados en el tratamiento de parejas infértiles en las que ya había fallado la fertilización *in vitro* (FIV-TE) o que tenían muy pocos espermatozoides para la realización de métodos convencionales de FIV-TE, convirtiendo las técnicas de recuperación espermática de epidídimo o testículo en una de las principales opciones para el manejo de los hombres con azoospermia obstructiva.⁴

Dentro de los métodos para recuperar espermatozoides en hombres con azoospermia obstructiva encontramos la aspiración de espermatozoides del epidí-

dimo con microcirugía (MESA), aspiración de espermatozoides del epidídimo percutánea (PESA), aspiración de espermatozoides del testículo (TESA) o la extracción testicular de espermatozoides (TESE) por biopsia abierta.

Estudios por Schill y colaboradores han informado que el realizar un solo procedimiento de TESE o MESA no produce daño testicular, sin embargo si se realiza de manera repetida los pacientes tienen riesgo de desarrollar falla testicular primaria, predominantemente aquellos que cursan con azoospermia no obstructiva,⁵ por lo que debemos de tomar en cuenta que existe la probabilidad de no obtener espermatozoides por estas técnicas, y en ocasiones se realiza más de un intento para obtener espermatozoides.

La biopsia excisional testicular (TESE) es una de las mejores técnicas para la recuperación de espermatozoides en pacientes con azoospermia no obstructiva.^{4,6} Por el contrario, en pacientes con azoospermia obstructiva en los que existe una espermatogénesis adecuada se ha demostrado que métodos menos invasivos como es TESA o MESA ofrecen los mismos resultados que la biopsia testicular abierta (TESE).⁷

En pacientes que no tienen espermatozoides maduros en el tejido testicular, se pueden usar células espermatogénicas inmaduras como son las espermatides, que son capaces de fertilizar exitosamente al ovocito mediante ICSI.^{8,9}

Así mismo, la biopsia testicular puede ser utilizada como prueba diagnóstica, ya que puede revelar hipoespermatogénesis, maduración incompleta, síndrome de células de Sertoli o inclusive alguna neoplasia que puede estar presente hasta en 3 % de los hombres con infertilidad; observando sólo pequeñas áreas focales de producción espermática.¹⁰⁻¹²

La inyección intracitoplasmática del espermatozoide en el óvulo (ICSI) usando espermatozoides frescos obtenidos mediante biopsia testicular (TESE) está bien establecida como una buena opción para el tratamiento de la azoospermia obstructiva, con altas tasas de fertilización y embarazo. También se han observado buenos resultados al obtener espermatozoides en pacientes con falla testicular.

Recientemente también se demostró que los espermatozoides criopreservados obtenidos por TESE de pacientes con azoospermia tanto obstructiva como no obstructiva, mantienen una adecuada viabilidad posterior a la descongelación y ofrecen adecuadas tasas de fertilización y embarazo con ICSI.¹³

Si bien la biopsia testicular ha mostrado ser de utilidad para la infertilidad masculina, se ha informado que 25-30 % de las biopsias por azoospermia no obstructiva no obtienen espermatozoides.¹⁴ Gracias a la posibilidad de criopreservar algunos estudios, sugieren realizar la biopsia en ciclos previos a la estimulación ovárica de la pareja con la finalidad de asegurar la presencia de espermatozoides al momento de la captura ovular y en caso de no obtener espermatozoides, se evitaría tener que cancelar el ciclo,^{8,12} sin embargo existen autores que sugieren realizar la biopsia testicular poco antes de la captura ovular, con la finalidad de evitar el paso de criopreservación espermática justificando con mejores tasas de embarazo.^{8,10}

Algunos autores como Nagy¹⁵ han informado tasas de fertilización entre 43 a 47 % con espermatozoides frescos, mientras que autores como Van Steirteghem mencionan tasas de 45 % con los criopreservados.⁹ Así mismo, Habermann reportó tasas similares de fertilización utilizando espermatozoides frescos (56 %) o criopreservados (61 %).¹⁶ Igualmente autores como Janzen y colaboradores, al comparar ciclos de FIV-TE/ICSI con espermatozoides frescos en comparación con congelados, obtenidos por MESA no encontraron diferencias entre las tasas de embarazo y fertilización.¹⁶

Para muchos pacientes la posibilidad de tener su propia descendencia es extremadamente importante,

por lo que realizar técnicas de reproducción asistida en pacientes con azoospermia, obteniendo espermatozoides mediante biopsia testicular es una opción viable para estas parejas.

El propósito de este estudio es informar los resultados obtenidos en el programa de Reproducción Asistida del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM) del Hospital Ángeles de las Lomas, en pacientes a los que se les realizó biopsia testicular por azoospermia, y posteriormente ICSI.

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo en expedientes de parejas con infertilidad por factor masculino, (azoospermia), las cuales ingresaron en el programa de FIV-TE-ICSI, entre agosto 2000 y febrero 2002; en todos los pacientes se valoraron niveles de FSH, LH, estradiol, testosterona, prolactina y glucosa para descartar factor endocrino como posible etiología, también se analizó orina poseyacuado para valorar casos de eyaculación retrógrada y se realizaron determinaciones de fructuosa en semen para corroborar casos obstructivos de no obstructivos, realizando también USG testicular. Posteriormente se programó biopsia testicular a 16 pacientes, en aquellos pacientes que no presentaban factor endocrino o eyaculación retrógrada como causa de azoospermia.

La biopsia se programó 1-2 ciclos antes de iniciar la hiperestimulación ovárica; se realizó en quirófano bajo sedación intravenosa, se obtuvieron dos a tres muestras de 5 mm aproximadamente.

Los pacientes fueron manejados de manera ambulatoria, egresaron de dos a tres horas después del procedimiento.

Las muestras fueron recolectadas en HTF-M (Irvine Sci, Cal) adicionado con 10 % de suero sintético (SSS) (Irvine Sci Cal), previamente precalentado a 37°C, posteriormente las muestras se enjuagaron en medio fresco, se disecaron con aguja de insulina y se observaron en microscopio invertido con contraste de fase la presencia de espermatozoides. Finalmente se colocaron en viales de 1.8 mL con 0.5 mL de HTF-M más 10 % de SSS, agregando 0.5 mL de crioprotector TYB (Irvine Sci, Cal).

Los viales se colocaron 4 horas a 4°C, después se realizó la congelación en vapores de nitrógeno por 30 minutos y se almacenaron en nitrógeno líquido (LN2).

En las pacientes, se realizó hiperestimulación ovárica con Menotropinas (hMG) (Pergonal® Lab Serono) u hormona folículo estimulante recombinante (rFSH) (Gonal F® Lab Serono), iniciando el día 3 del ciclo

menstrual. La inhibición hipofisiaria se realizó con acetato de Leuprolide (Lucrin Kitt® Lab Abbot) en 12 pacientes utilizando esquema largo, en una paciente *flare up*, individualizando cada caso de acuerdo con las características de la paciente, en cuatro pacientes se utilizaron antagonistas de GnRH Cetorelix (Cetrotide® Lab. Serono) iniciando el día 6 del ciclo. Y una paciente ingresó para preparación endometrial utilizando también esquema largo con acetato de leuprolide.

Se realizó monitoreo de la estimulación con seguimiento folicular y niveles hormonales.

Se aplicó hormona gonadotropina coriónica humana 10,000 UI (Profasi® Lab. Serono) una vez que se observaron dos o más folículos mayores de 18 mm con niveles de estradiol de 200 pg/mL por folículo maduro y 36 horas después se realizó captura ovular bajo guía ultrasonográfica.

Los ovocitos capturados fueron incubados durante 4 horas a 37°C, las células del cúmulo fueron removidas mediante exposición a *human tubal fluid* (HTF)-HEPES- medio *buffer* que contiene hialuronidasa (80 IU/mL).

Las muestras testiculares se descongelaron colocando el vial por 10 minutos a 35°C, posteriormente se centrifuga con medio fresco para eliminar el crioprotector, el tejido se coloca en caja de petri con 0.5 mL de medio fresco y se realiza disección para separarlo en varias secciones, cada sección se deposita en cajas de doble riel (Falcon 3037) con medio P1 adicionado con 10% de SSS (previamente equilibrado) y se deja incubar por 3 horas.

Se inseminaron todos los ovocitos que se desarrollaron hasta metafase II mediante ICSI con los espermatozoides criopreservados que se habían obtenido por biopsia testicular.

La transferencia embrionaria se realizó el día 3 post-captura ovular, con aspiración y lavado de endocervix, de acuerdo a técnica descrita en artículos anteriores.^{18,19}

El soporte de fase lútea se llevó a cabo con progesterona IM 100 mg cada 12 horas, y se realizó cuantificación de gonadotropina coriónica humana (hGC) catorce días después de la transferencia, en caso de ser positiva, se repitió la determinación en 48 horas. Se realizó ultrasonido endovaginal dos a tres semanas después para corroborar número de sacos y vitalidad embrionaria.

La tasa de implantación embrionaria se definió como el número de sacos gestacionales observados por ultrasonido a las semanas 6-7 de embarazo, dividido entre el número de embriones transferidos.

Resultados

Se incluyeron 16 pacientes con azoospermia, a los que se realizó biopsia testicular abierta (TESE) previo consentimiento informado, para realización de ICSI, la edad en promedio de los pacientes fue de 37 ± 11.4 años, el tiempo de esterilidad fue de 3.7 años (rango 1-10 años). En cuanto al tipo de azoospermia, 75% fueron obstructivas y 25% no obstructivas.

CUADRO I. Características de los pacientes

Edad (años)	36.73
Azoospermia obstructiva (%)	75%
Azoospermia no obstructiva (%)	25%
Viales obtenidos	3.6 (Rango 2-5)

CUADRO II. Características de las pacientes en el ciclo de hiperestimulación ovárica

Edad (años)	29.39
FSH basal (UI/L)	6.80 ± 2.72
LH basal (UI/L)	5.14 ± 2.75
Estradiol basal (pg/mL)	42.52 ± 17.21
Ovocitos capturados	11.71 ± 7.24
Fertilización (%)	49.35 ± 29.24
Embriones transferidos	3 (rango 1-5)
Embarazos (proporción)	(0.39)

De los pacientes con azoospermia obstructiva, cinco casos tenían antecedente de cirugía: dos, vasectomía; uno, orquiectomía; uno, prostatectomía; uno, plastía inguinal unilateral.

De los 16 pacientes a los que se realizó biopsia testicular, en dos casos no se obtuvieron espermatozoides después de revisión bajo microscopía y en dos pacientes se realizaron tres intentos, en el primero fueron tres ciclos de hiperestimulación y en el segundo caso fueron dos de estimulación ovárica y uno con transferencia de embriones congelados, por lo que el total de ciclos incluidos en el estudio fue de 18 (Cuadro I).

El número de viales obtenidos por paciente fue de 3.6, con un rango entre 2 y 5.

En cuanto a las características de las parejas, la edad promedio observada: 29.39 ± 4.17 años, con niveles basales de FSH de 6.80 ± 2.72 UI/L, de LH 5.14 ± 2.75 UI/L con estradiol basal de 42.52 ± 17.21 pg/mL (Cuadro II).

En 12 ciclos se utilizó esquema de fase lútea larga, en una paciente *flare up* con agonistas GnRH; en cuatro, antagonistas GnRH y la última con preparación endometrial para transferencia de embriones congelados. En cuanto a los resultados del protocolo de estimulación ovárica, se aspiraron 16.12 ± 8.55 folículos por paciente, se obtuvo un promedio de 11.71 ± 7.24 ovocitos por paciente, lo que nos da una tasa de captura de 72.64 %.

La tasa de fertilización fue de $49.35 \% \pm 29.24 \%$, y se transfirieron un promedio de tres embriones por paciente con un rango entre uno y cinco embriones, dependiendo de la calidad embrionaria, edad y características de la paciente, así como de la disponibilidad de embriones.

En los 18 ciclos realizados se observaron siete embarazos (proporción de 0.39), uno de los cuales fue gemelar triple, otro gemelar doble, cuatro con embrión único y un embarazo químico, con una tasa de implantación de 16.6 %.

Discusión

El presente estudio muestra resultados comparables con la literatura, en función de fertilización y emba-

razo al realizar técnicas de reproducción asistida (ICSI) con biopsia testicular (TESE) en pacientes con azoospermia; las tasas de fertilización de 49.35 % con una proporción de embarazo de 0.39, coinciden con estudios informados por autores como Nagy y Habberman^{15,16} en los que informan tasas de 46-56 % en fertilización, o como Tournaye que han encontrado menores tasas de fertilización (45.7 %) en pacientes con azoospermia no obstructiva o arresto en la maduración.

Otro aspecto fundamental a destacar en el estudio es que se obtuvieron espermatozoides en 14 de 16 pacientes (87.5 %) con la biopsia testicular abierta, estos datos son comparables en relación a los encontrados en la literatura en donde se menciona un éxito para obtener espermatozoides de 70-75 %^{4,6} mediante biopsias testiculares, en el presente estudio un gran porcentaje de las biopsias se realizaron en pacientes con azoospermia obstructiva (75 %) asumiendo que existía una espermatogénesis adecuada y que a diferencia de las azoospermias no obstructivas pudiera existir un defecto en la espermatogénesis y condicionar así una falla para obtener espermatozoides con biopsia testicular.

Un factor importante que pudo influir sobre los resultados en el presente estudio, fue el hecho de que el único factor alterado por el cual se indicó el ICSI fue el factor masculino, ya que las parejas de los pacientes presentaban niveles basales de LH, FSH y estradiol normales.

En términos de embarazo, en el estudio se observó que siete pacientes en 18 ciclos lograron un embarazo, lo cual nos da una proporción de 0.39 que coinciden con los datos presentados por autores como De Croo, Silber y Fanny.^{4,6,9}

Finalmente se concluye en el presente estudio, que la combinación biopsia testicular (TESE) e ICSI en pacientes con infertilidad por factor masculino es una opción bastante adecuada, ya que las posibilidades de obtener espermatozoides por biopsia testicular son altas (87.5 %), además de que al combinarla con ICSI ofrece tasas adecuadas de fertilización (49.35 %) lo cual traduce adecuados resultados en función de embarazo para este tipo de pacientes. ♦

Referencias

1. Takihara H. The treatment of obstructive azoospermia in male infertility - past, present, and future. *Urology* 1998; 51(suplement 5A): 150-5.
2. Van Steirteghem A.C., Nagy Z, Joris H, et al. High fertilization and implantation rates after intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1993; 8: 1061-6.
3. Palermo C, Joris H, De P, et al. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoa into an oocyte. *Lancet* 1992; 340: 17-8.
4. De Croo I, Van der Elst J, Everaert K, De Sutter P, Dhont M. Fertilization, pregnancy and embryo implantation rates after ICSI in cases of obstructive and non-obstructive azoospermia. *Hum Reprod* 2000; 15: 1383-8.
5. Schill T, Bals-Pratsch M, Kupker W, Sandman J, Johannisson R, Diedrich K. Clinical and endocrine follow-up of patients after testicular sperm extraction. *Fertil Steril* 2003; 79: 281-6.
6. Silber SJ, Van Steirteghem AC, Liu J, Nagy Z, Tournaye H, Devroey P. High fertilization and pregnancy rate after intracytoplasmic sperm injection with spermatozoa obtained from testicle biopsy. *Hum Reprod* 1995; 10: 148-52.
7. Nassar Z A, Lakkis D, Sasy M, Khan I, Abuzaid M, Fakih M H. Fine Needle testicular sperm aspiration: an alternative to open testicular biopsy in patients with non-obstructive azoospermia. *Fertil Steril* 2001; 76 (Suppl 1): 137.
8. Mulhall J.P, Burgess C, Cunningham D, et al. The prevalence of mature whole spermatozoa in the testicular parenchyma of males with nonobstructive azoospermia. *J Urol* 1996; 155: 365-9.
9. Fahmy I, Mansour R, Aboulghar M, Serour G, Kamal A, Tawab NA, et al. Intracytoplasmic sperm injection using surgically retrieved epididymal and testicular spermatozoa in cases of obstructive and non-obstructive azoospermia. *Int J Androl* 1997; 20: 37-44.
10. Van Steirteghem, A.C, Nagy Z, Joris H, et al. Results of intracytoplasmic sperm injection with ejaculated, fresh and frozen-thawed epididymal and testicular spermatozoa. *Hum Reprod* 1998; 13: 134-42.
11. Schlegel PN, Palermo GD, Goldstein M, Menendez S, Zaninovic N, Veeck LL, et al. Testicular sperm extraction with intracytoplasmic sperm injection for nonobstructive azoospermia. *Urology* 1997; 49: 435-40.
12. Tournaye H, Liu J, Nagy Z. Correlation between testicular histology and outcome after intracytoplasmic sperm injection using testicular spermatozoa. *Hum Reprod* 1996; 11: 127-32.
13. Kupker W, Schlegel P, Al-Hasani S, et al. Use of frozen-thawed testicular sperm for intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2000; 73: 453-8.
14. Prins GS, Dolgina R, Studney P, Kaplan B, Ross L, Niederberger C. Quality of cryopreserved testicular sperm in patients with obstructive and nonobstructive azoospermia. *J Urol* 1999; 161: 1504-8.
15. Nagy Z, Joris H, Verheyen G, et al. Correlation between motility of testicular spermatozoa, testicular histology and the outcome of intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1998; 13: 890-5.
16. Habermann H, Seo R, Cieslak J, Niederberger C, Prins G, Ross L. *In vitro* fertilization outcomes after intracytoplasmic sperm injection with fresh or frozen - thawed testicular spermatozoa. *Fertil Steril* 2000; 73: 955-60.
17. Janzen N, Goldstein M, Schlegel P, Palermo G, Rosenwaks Z. Use of electively cryopreserved microscopically aspirated epididymal sperm with IVF and intracytoplasmic sperm injection for obstructive azoospermia. *Fertil Steril* 2000; 74: 696-701.
18. Kably A, Castelazo E, Vaca D, Barroso G. Transferencia embrionaria: un paso crítico en reproducción asistida. *Ginec Obst Mex* 2001; 69: 118-23.
19. Kably A, Karchmer S, Grosso J, Quesnel C y Barroso G. Evaluación de la penetración del medio de cultivo a la cavidad uterina como efecto del lavado cervical previo a la transferencia embrionaria: estudio prospectivo y observacional en piezas obtenidas por histerectomía. *Ginec Obst Mex* 2001; 69: 375-8.



Lupus eritematoso sistémico y embarazo

Dr. Radamés Rivas-López,¹ Rafael Buitrón García-Figueroa,^{1,2} Raúl Romero-Cabello²

Resumen

Objetivo. Determinar los resultados obstétricos de pacientes con lupus eritematoso sistémico y embarazo. **Material y método.** Se presenta un estudio retrospectivo, analítico y descriptivo de los resultados obstétricos de pacientes con lupus eritematoso sistémico y embarazo que acudieron al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México, de junio de 2000 a febrero de 2003. **Resultados.** Se revisó un total de 36 expedientes. La edad promedio de las pacientes fue de 28 años. La complicación materna más frecuente fue la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo (27.5%). Una paciente presentaba síndrome anticuerpos antifosfolípidos, presentó síndrome de Hellp I y hemorragia cerebral falleciendo durante el puerperio. La resolución de los embarazos fueron en su mayoría por eutocia (48.2%). La mediana de edad gestacional en la que se interrumpieron los embarazos fue de 36 semanas (24-40 semanas), el promedio de peso al nacer fue de 2,389 g, la mediana de Apgar fue de 7 al minuto y 8 a los 5 minutos. Hubo 19 casos de productos con bajo peso al nacer y siete prematuros. No hubo casos de lupus neonatal. **Conclusiones.** Se observa que los porcentajes de morbilidad materna-fetal disminuyen cuando no existe actividad lúpica. Existe un aumento en el número de partos pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino respecto a la población general. Todos los embarazos deben ser considerados de alto riesgo y manejados por un equipo multidisciplinario. La coexistencia de anticuerpos antifosfolípidos es de mal pronóstico para el resultado del embarazo. ♦

Palabras clave. Lupus eritematoso sistémico, embarazo, alto riesgo.

(Rivas-López R, et al. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 400-408).

Abstract

Objective. To determine the obstetrics outcomes of patients with systemic lupus erythematosus and pregnancy. **Materials and methods.** A retrospective, analytic, and descriptive case of study is presented about of the obstetrics outcomes of patients with systemic lupus erythematosus and pregnancy attended in Hospital General de Mexico Obstetrics and Gynecology Service from June, 2000 to February, 2003. **Results.** Thirty-six records were reviewed. The mean age was 28 years. The most frequent maternal complications were the hypertensive disorders in association with pregnancy (27.5%). One patient had antiphospholipid syndrome, showed HELLP syndrome I and brain hemorrhage, she died in puerperium period. The main resolution of pregnancy was normal delivery. The median gestational age at delivery was 36 weeks (range of 24-40 weeks), and the mean

Recibido para publicación

11 de abril de 2003

Aprobado

13 de julio de 2003

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México O.D.

²Universidad Nacional Autónoma de México

birth weight was 2,389 g, median Apgar scores were 7 and 8 at 1 and 5 minutes of life respectively. There were 19 cases of low weight at birth and 7 preterm deliveries. There were no cases of neonatal lupus. **Conclusion.** The maternal-fetal morbid-mortality rates decrease when no lupic disease activity is reported. During the pregnancy stage, preterm delivery and intrauterine growth retardation grow in number as observed in all the study subjects. All pregnancies should still be considered high risk and be managed with a multidisciplinary team. Co-existing antiphospholipid syndrome is the poorer prognosis for pregnancy outcome. ♦

Keywords: systemic lupus erythematosus, pregnancy, high risk.

(Rivas-López R, et al. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. Ginecol Obstet Mex 2003; 71: 400-408).

Antecedentes

Las collagenopatías son enfermedades sistémicas caracterizadas por inflamación de múltiples órganos, su patogénesis involucra interacciones complejas de procesos genéticos, ambientales e inmunológicos.

El lupus eritematoso sistémico (LES) se ha considerado el modelo de collagenopatía y es el más extensamente estudiado, es una enfermedad por complejos inmunes y aún sin causa determinada. Afecta principalmente a mujeres, en un alto porcentaje durante su etapa reproductiva, lo que permite una asociación con el embarazo y plantea un problema que requiere de un manejo multidisciplinario.

El LES es una enfermedad crónica con una gran diversidad de manifestaciones clínicas y de laboratorio. Su inicio es insidioso, por lo que el diagnóstico pasa por alto o se retarda. La prevalencia de la enfermedad es de 1 por 1,000 en la población general,¹ con predominio femenino, con una frecuencia de 1 por 700 entre los 15 a 64 años.² En mujeres de raza negra, tomando en cuenta la misma edad, es muy superior, se estima en 1 por 250.³ Son las alteraciones vasculares del tejido conectivo lo que más a menudo afecta a las mujeres durante el embarazo.⁴

La etiología del LES es desconocida, actualmente se asocia una serie de factores hormonales, inmunológicos, genéticos y ambientales como la radiación solar. Indicios cada vez más sólidos sugieren la participación de los retrovirus. Estudios recientes en moléculas de DNA en plasma de pacientes con LES, mostraron secuencias homólogas al gag-pol del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La hipótesis genética y la de participación viral se han reforzado por estudios en ratones NZB/NZW F1 y BSB que de-

sarrollan enfermedad similar al LES en seres humanos. Se han identificado genes protectores contra la autoinmunidad y genes que facilitan la proliferación B.⁴

El diagnóstico de la enfermedad se basa en los criterios aceptados por la Sociedad Americana de Reumatología. Con el fin de estandarizar la clasificación, un comité del American College of Rheumatology (antes American Rheumatism Association) propuso una serie de criterios en 1972, que fueron revisados en 1982.⁵ Para considerar positivo el diagnóstico se deberán reunir al menos 4 de 11 de las siguientes manifestaciones clínicas y/o de laboratorio:

1. Eritema facial (rash en mariposa)
2. Erupción discoide (lupus discoide, fragmentos elevados, escamados)
3. Fotosensibilidad
4. Úlceras orales (orales o nasales, habitualmente indoloras y observadas por el médico)
5. Artritis (no erosiva, de dos o más articulaciones confirmadas por el médico)
6. Serositis
 - a. Pleuritis
 - b. Pericarditis
7. Trastorno renal
 - a. Proteinuria persistente mayor de 0.5 g/día
 - b. Cilindros celulares
8. Trastorno neurológico
 - a. Convulsiones
 - b. Psicosis
9. Trastorno hematológico
 - a. Anemia hemolítica con reticulocitosis
 - b. Leucopenia menos de 4 000/mm³ total en dos o más ocasiones

- c. Linfopenia menor de 1,500/mm³ en dos o más ocasiones
 - d. Trombocitopenia menor de 100,000/mm³ en ausencia de fármacos nocivos
10. Trastorno inmunológico
- a. Preparado positivo para células LE
 - b. Anti-DNA presencia de título anormal de anticuerpos contra el DNA natural
 - c. Anti-Sm presencia de anticuerpos contra el antígeno nuclear Sm
 - d. VDRL falsos positivos durante no menos de seis meses y confirmados
11. Anticuerpos antinucleares; título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o un análisis equivalente en cualquier momento de la evolución y en ausencia de fármacos que se asocien con síndrome de "lupus inducido por fármacos".

Aproximadamente 80 % de las pacientes con LES presentan lesiones en piel; artralgias con artritis puede ser evidente en 90 %. En 50 % se presenta nefritis y algunos síntomas psiquiátricos. Las pacientes con LES pueden presentar neuropatías periféricas o convulsiones y episodios de psicosis secundarios a la encefalopatía lúpica.

Más de 90 % de las pacientes con LES presentan títulos significativamente altos de anticuerpos antinucleares, en 80-90 % puede ser detectado un autoanticuerpo directamente dirigido contra el DNA de doble cadena.

Referente a las alteraciones renales de LES, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido seis clases de glomerulonefritis lúpica.⁶ El pronóstico parece ser mejor en la glomerulonefritis mesangial y membranosa, y más grave en las formas proliferativas.

El embarazo no parece afectar el pronóstico a largo plazo de pacientes con LES. Algunos estudios señalan un incremento en la reactivación lúpica durante el embarazo y especialmente en el puerperio; tres veces mayor durante la primera mitad, 1.5 en la segunda mitad y seis veces más durante el puerperio. Es difícil comparar y corroborar estos estudios por las diferencias y variaciones con las que se definen estas reactivaciones de la enfermedad.^{7,8}

Aún se encuentra en debate si el LES se exacerba por el embarazo, no hay duda que existe un mayor riesgo en la morbilidad y potencialmente en la mortalidad de pacientes embarazadas con LES, la mayoría de las muertes maternas reportadas ocurren durante el puerperio como consecuencia de hemorragia pulmonar o neumonitis lúpica.^{9,10}

La mayoría de los perinatólogos, advierten a sus pacientes el no concebir durante un periodo de actividad

lúpica, y no hacerlo hasta por lo menos transcurran de 7 a 12 meses de la última reactivación.¹¹ Las mujeres con nefritis lúpica deben ser conscientes del riesgo de daño permanente en la función renal durante el embarazo.¹²

La reactivación lúpica y la preeclampsia representan una dificultad en el diagnóstico diferencial ya que ambos cuadros tienen signos y síntomas similares (edema, proteinuria e hipertensión).¹³ Es importante hacer la distinción entre los cuadros anteriores, ya que su tratamiento es totalmente distinto.

Algunos estudios señalan la utilidad de la determinación del complemento (C3 y C4) como marcadores en el diagnóstico diferencial. En el embarazo los niveles del complemento tienden a elevarse; por el contrario, en las reactivaciones del LES los niveles del complemento disminuyen considerablemente.¹⁴

La fertilidad no se encuentra alterada a menos que coexista otra patología como lo es el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Existe un aumento en el número de abortos espontáneos durante el primer trimestre con una incidencia estimada que va de 16 a 36 %;¹⁵⁻¹⁷ un aumento en el número de partos pretérmino, muerte *in utero* y restricción del crecimiento intrauterino respecto a la población general.⁴

Las complicaciones obstétricas son debidas en parte a la vasculitis decidual, lo que ocasiona alteración en la perfusión fetoplacentaria. Se ha observado que los porcentajes de morbiomortalidad fetal disminuyen cuando no existe actividad lúpica.¹⁸

Asociado a la morbiomortalidad fetal se ha reconocido en el recién nacido de madre lúpica, el síndrome de lupus neonatal, enfermedad rara, secundaria al paso transplacentario de anticuerpos anti-Ro (SSA) maternos y caracterizada por alteraciones hematológicas, dérmicas y cardíacas.

Las alteraciones hemáticas (anemia hemolítica, neutropenia y plaquetopenia) y las dermatológicas (exantema escamoso anular o discoide) son transitorias, los defectos estructurales cardíacos son de carácter permanente y en ocasiones con mal pronóstico para la supervivencia, con una mortalidad que va de 20 a 30 %.¹⁹

Objetivo

Determinar los resultados obstétricos en pacientes con lupus eritematoso sistémico y embarazo, que acudieron a solicitar atención obstétrica al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido de junio de 2000 a febrero de 2003.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y descriptivo de los resultados perinatales de pacientes que acudieron a atención obstétrica en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido de junio de 2000 a febrero de 2003.

Los criterios de inclusión fueron:

- Diagnóstico previo al embarazo de LES, por el Servicio de Reumatología del Hospital General de México.
- Haber tenido al menos dos consultas en control prenatal dentro del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México.
- Que la resolución del embarazo se hubiera realizado dentro del Servicio de Ginecoobstetricia.

Se revisaron 36 expedientes en total, de los cuales 29 pacientes se atendieron y llevaron el control prenatal dentro de la unidad. Siete pacientes dejaron de asistir a consulta por lo que no se tomaron en cuenta para la realización del análisis de resultados.

El diagnóstico de LES fue realizado por el Servicio de Reumatología de este hospital de acuerdo a los criterios del American College of Rheumatology, todas las pacientes se encontraban bajo tratamiento médico en la clínica de reumatología de este hospital, una vez que se diagnosticó el embarazo fueron referidas al Servicio de Ginecoobstetricia.

Las variables analizadas fueron las que se describen en el cuadro I.

Ya que se trató de un estudio retrospectivo no se realizó cálculo para el tamaño de la muestra. El análisis

estadístico, se realizó por determinación de porcentajes, media y mediana.

Resultados

Se obtuvieron los siguientes resultados.

Las pacientes se encontraban en rangos de edad de 20 a 40 años, con un promedio de edad de 28 años, rango de 20 a 40 años.

La mayoría de las pacientes fueron multigrávidas (48.2%), seis secundigrávidas (20.7%) y nueve primigrávidas (31.1%).

El número de consultas a las que acudieron a control prenatal varió de 2 a 11 consultas, con un promedio de 5.6 consultas. Las pacientes de menos de 29 semanas se citaban por lo menos dos veces por mes a control prenatal, después de la semana 30 eran citadas semanalmente para vigilancia externa de la frecuencia cardíaca fetal mediante pruebas sin estrés, hasta la semana 35; posteriormente se realizaban las pruebas dos veces por semana hasta el nacimiento. Cabe señalar que no todas las pacientes acudían estrictamente a sus citas (Figura 1).

La edad gestacional promedio en la que se resolvió el embarazo fue de 36 semanas. Siete embarazos se interrumpieron antes del término, de los cuales dos presentaron preeclampsia severa y síndrome de HELLP I y uno de ellos anticuerpos antifosfolípidos, interrumpiéndose a las 29 y 24 semanas, respectivamente. Tres más tuvieron preeclampsia severa de difícil control, que se resolvió a las semanas 33.2, 33 y 27 de gestación. Una paciente se presentó en trabajo de parto efectivo a las 34 semanas y una más a las 33.6 semanas con antecedente de dos cesáreas previas.

La forma en que se resolvieron los eventos obstétricos fue principalmente por parto eutócico, pero por una mínima diferencia respecto a la cesárea, como se muestra en la figura 2.

El oligohidramnios severo (sin bolsillo medible de líquido amniótico, efectuado por exploración ultrasonográfica) junto con el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (realizado por sospecha clínica por medición de la altura uterina menor a la esperada para la edad gestacional) fueron las indicaciones de cesárea más frecuentes.

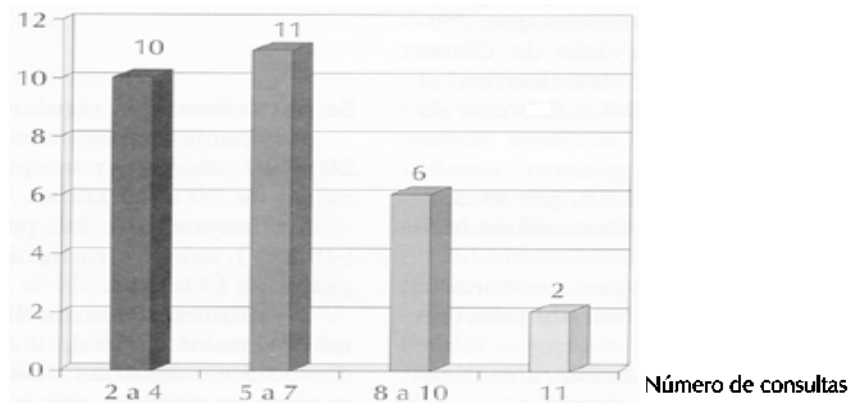
La segunda causa de cesárea fue sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo fue realizado clínicamente por los cambios en la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal) que no mejoró con maniobras de resucitación *in utero* y la presencia de meconio en el líquido amniótico.

CUADRO I. Variables a estudiar

Independiente
Edad de las pacientes en años
Dependientes
Número de consultas de control prenatal
Semanas de gestación en que se resolvió el embarazo
Complicaciones maternas
• durante el embarazo
• parto
• puerperio
Complicaciones fetales
Edad gestacional por Capurro
Puntaje Apgar
Peso al nacer de los productos
Vía de interrupción del embarazo e indicaciones

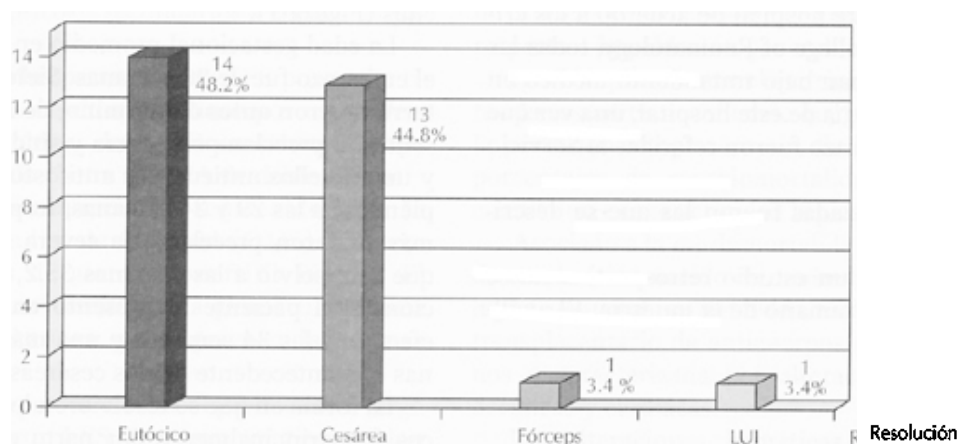
FIGURA 1

Número de pacientes



Número de consultas recibidas

FIGURA 2



Forma de resolución de los embarazos

En dos pacientes se encontró PSS no reactivas durante su monitorización prenatal, por lo que se internaron para la resolución del embarazo, ya que se trataba de embarazos a término. La resolución del embarazo en ambos casos fue por vía abdominal después de una prueba de trabajo de parto en la que se presentaron datos clínicos de sufrimiento fetal agudo (Cuadro II).

Una de las pacientes con embarazo de 10 semanas de gestación calculadas por fecha de última menstrua-

ción presentó un aborto espontáneo y se le realizó legrado uterino instrumentado sin complicaciones.

En una paciente se aplicó fórceps de tipo Simpson en forma profiláctica para abreviar el periodo expulsivo, por el antecedente de una cesárea previa, sin complicaciones en el evento.

La principal complicación materna fue la presencia de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en su modalidad de preeclampsia, con síndrome de HELLP en dos casos. Cabe señalar que ninguna pa-

CUADRO II. Indicaciones de cesárea

Cesáreas practicadas	n=13
Producto deflexionado en trabajo de parto	1
Sufrimiento fetal agudo	3
Oligohidramnios severo	4
Retardo en el crecimiento intrauterino	4
Preeclampsia severa de difícil control	2
Baja reserva fetal	2
LES activo a nivel cutáneo	1
Cesárea iterativa	1

El total de las indicaciones no coincide con el número de cesáreas practicadas porque en varios casos hubo más de una indicación.

CUADRO III. Complicaciones maternas

Complicaciones	Número de pacientes	Porcentaje
Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo	8	27.5
Preeclampsia leve	3	10.3
Preeclampsia severa	5	17.2
Síndrome de HELLP	2	6.8
Tipo I	1	3.4
Tipo II	1	
Ruptura prematura de membranas	3	10.3
Amenaza de parto pretérmino	1	3.4
Infecciones (deciduodometritis)	2	6.8
Insuficiencia renal	1	3.4
Hemorragia cerebral	1	

Dos de las pacientes con preeclampsia severa desarrollaron síndrome de HELLP y una de ellas además insuficiencia renal y hemorragia cerebral.

ciente tuvo el diagnóstico previo de hipertensión crónica (Cuadro III).

Todas las pacientes que desarrollaron enfermedad hipertensiva y síndrome de HELLP fueron manejadas en la unidad de cuidados intensivos de ginecoobstetricia. De las 29 pacientes sólo una presentaba de manera concomitante el diagnóstico de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, mismo que se había realizado previo al embarazo por el Servicio de Reumatología de este hospital.

La paciente sólo acudió a dos consultas de control prenatal, ingresó al servicio de terapia con un embarazo de 24.3 semanas por ultrasonografía, y diagnóstico de preeclampsia severa, presentó trabajo de parto espontáneo, se obtuvo producto femenino de 470 g, 25 semanas de gestación por Ballard y Apgar de 4/0. En el puerperio inmediato la paciente falleció al presentar síndrome de HELLP clase I y hemorragia cerebral.

De las complicaciones fetales, la principal fue el bajo peso al nacer en 19 casos, seguido de la prematuridad (Cuadro IV). Hubo dos muertes fetales, la primera se

trató de un embarazo de 25 semanas por Ballard que correspondió al hijo de la única muerte materna; el segundo deceso fetal fue por prematuridad y acidosis metabólica (realizado por gasometría posteriormente al nacimiento) de un producto con 31 semanas por Capurro y 910 g de peso, hijo de madre que desarrolló preeclampsia severa y síndrome de HELLP.

La mediana correspondiente a las semanas de gestación por Capurro fue de 38.3 semanas, contra las 36 semanas en las cuales se resolvieron los embarazos.

La mediana del Apgar al minuto y a los 5 minutos fue de 7 y 8 respectivamente.

La media calculada para el peso al nacer de los productos fue de 2,304.3 gramos.

Los días de internamiento de las pacientes varió desde un rango de 24 horas hasta 12 días con una media de 3.5 días.

Sólo 27.5% de las pacientes egresaron con algún método de control de natalidad; en todos los casos la elección de las pacientes fue la oclusión tubaria bilateral, procedimiento que se realizó transcesárea en siete casos y una en puerperio fisiológico inmediato.

CUADRO IV. COMPLICACIONES FETALES

Complicaciones	Número de pacientes	Porcentaje
Bajo peso al nacer	19	67.8
Prematurez	7	25
Oligohidramnios severo	4	14.2
Sufrimiento fetal agudo	3	10.3
Sepsis neonatal	1	3.4
Acidosis metabólica	1	3.4
Otras:	2	6.8
Malformaciones gastrointestinales	1	3.4
Malformaciones genitales	1	3.4

CUADRO V. Medicamento y dosis bajo el cual se mantuvieron durante el embarazo

Esquema de tratamiento	Número de pacientes
Prednisona 10 mg c/24 horas	12
Aspirina 30 mg c/24 horas	2
Aspirina 100 mg c/24 horas	1
Prednisona 20 mg c/24 horas	1
Prednisona 50 mg c/24 horas + aspirina 30 mg c/24 horas	1
Prednisona 20 mg c/24 horas + Enoxaparina 40 mg c/24 horas	1
Enoxaparina 40mg c/24 horas	1
Prednisona 30 mg c/24 horas + Aspirina 100 mg c/24 horas	1
Prednisona 10 mg c/24 horas + Aspirina 10 mg c/24 horas	1
Prednisona 5 mg c/24 horas + Aspirina 80 mg c/24 horas	1

La administración de prednisona y aspirina fue por vía oral

La administración de enoxaparina fue por vía subcutánea

El promedio de tiempo con el cual contaban las pacientes respecto al diagnóstico de LES fue de 3.1 años, con un rango de seis meses hasta siete años. El 78.5 % de las pacientes estaba bajo algún régimen de tratamiento para su padecimiento durante el embarazo, ya sea con ácido acetilsalicílico (ASA), prednisona, heparina fraccionada o cloroquina (esta última se suspendió una vez que se diagnosticó el embarazo) o alguna combinación de estos (Cuadro V).

Respecto a la escolaridad con que contaban las pacientes, 10 tenían estudios de primaria (34 %), 16 con estudios de secundaria (56 %) y tres con estudios de nivel preparatoria (10 %).

En cuanto al estado civil de las pacientes, en su mayoría tenían una pareja estable, 15 casadas (51.7 %), 10 en unión libre (34.5 %), sólo tres solteras (10.4 %) y una divorciada (3.4 %).

Un dato que nos llamó la atención fue que el sexo de los productos fue predominantemente masculino, 67 % contra 33 % del sexo femenino.

Comentario

La remisión del LES inmediatamente antes de la concepción y en el momento en que ocurre ésta (idealmente un periodo de 6 a 12 meses, como se mencionó anteriormente), disminuye las posibilidades de complicaciones durante el embarazo y en el periodo posparto.

Existen publicaciones antes de 1985 que manifestaban un alto riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, informándose incidencias de brotes de LES hasta de 55 %. No obstante la evolución materna ha sido muy buena en casi todos los grupos recientes de embarazo con LES.²⁰

En el presente análisis se presenta una complicación de 27.5 % por enfermedad hipertensiva, similar a la informada en la literatura, que es de 20-30 % de los embarazos.²¹ La segunda complicación fue ruptura prematura de membranas y deciduoendometritis la tercera.

La edad de las pacientes fue en promedio de 28 años, en su mayoría nulíparas, coincidiendo con lo informado en la bibliografía mundial en pacientes no mexicanas.²⁰

La mortalidad materna de pacientes con LES actualmente es muy baja, lo informado recientemente es una muerte materna en una serie de cuatro pacientes con LES y alteraciones a nivel de SNC.²² En el presente estudio falleció una paciente que tenía cinco años con diagnóstico de lupus y un año con diagnóstico de anticuerpos antifosfolípidos.

La paciente se presentó con un embarazo de 24.3 semanas por fecha de última menstruación, con sólo dos consultas de control prenatal ingresó al servicio de terapia de ginecoobstetricia con preeclampsia severa en trabajo de parto. En el puerperio desarrolló severas complicaciones como síndrome de HELLP clase I, insuficiencia renal y hemorragia cerebral.

Lo anterior concuerda con la literatura mundial y nacional, que las complicaciones maternas como lo son preeclampsia severa, síndrome de HELLP y daño renal causan una seria morbilidad en las pacientes. Además si se presenta asociado el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, los resultados obstétricos pueden llegar a ser fatales.

En 32.2 % se obtuvieron productos con peso normal para su edad gestacional, contra 67.8 de productos con bajo peso al nacer y 25 % de prematuros, siendo en este último rubro menor a lo informado en mujeres mexicanas.²³

Respecto a la morbilidad neonatal, ésta se presentó en 71.4 % de los productos. Hubo dos casos de productos con malformaciones congénitas, uno de ellos presentó al nacimiento ano imperforado, polidactilia y criptorquidea; y el otro, atresia esofágica grado III e hipospadias, ambos se enviaron al servicio de cirugía pediátrica del hospital. Cabe señalar que las madres de estos productos no estaban ingiriendo ningún tratamiento medicamentoso previo al diagnóstico del embarazo.

Sin embargo no se presentó ningún caso de patología cardíaca neonatal (bloqueo cardíaco) ni tampoco algún caso de lupus neonatal, básicamente la morbilidad se relacionó con productos de bajo peso al nacer principalmente.

La mortalidad perinatal fue similar a los reportes mundiales, se presentó en dos pacientes de 28 nacidos vivos, un producto inmaduro de 25 semanas por Ballard y el segundo un producto de 31.5 semanas por Capurro con peso de 910 g. Ambos productos fueron hijos de madres que desarrollaron severas complicaciones al final del embarazo y el puerperio (síndrome de HELLP, insuficiencia renal y hemorragia cerebral).

La mediana para Capurro fue 38.3, similar a lo informado mundialmente, La media de pesos al nacimiento fue de 2,304.3 g y para el Apgar la mediana fue de 7/8 al minuto y los 5 minutos, ambos más bajos que lo referido en la literatura mundial.²⁰

La vía de resolución del embarazo fue el parto eutócico con 48.2 % y la cesárea con 44.8 %. Sólo se presentó en ese periodo de análisis una sola paciente con aborto espontáneo, sin embargo en el historial reproductivo de las pacientes estudiadas había el antecedente de 13 pérdidas gestacionales.

Sólo 27.5 % de las pacientes egresaron del servicio con un método de control prenatal y que en cada uno de los casos fue definitivo, sin haber registro del uso de algún método temporal. A pesar de que la mayoría de las pacientes contaba con un nivel de escolaridad básico y una pareja aparentemente estable.

La mayoría de las pacientes (78.5 %) se encontraban en tratamiento con prednisona, ácido acetilsalicílico o heparina fraccionada, mismos que continuaron durante el resto del embarazo, las pacientes que recibían cloroquina antes del embarazo la suspendieron una vez que se diagnosticó el mismo.

Conclusiones

Debido al alto índice de complicaciones materno-fetales en los embarazos con LES el ginecoobstetra deberá mantener una estrecha vigilancia del binomio.

Cualquier paciente con antecedente de LES deberá tener un control preconcepcional y prenatal muy estrecho, poniendo especial atención en las manifestaciones de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, primera complicación materna en una paciente con LES.

El tratamiento farmacológico que la paciente esté recibiendo previo al embarazo deberá continuarse, tratando de evitar los fármacos que puedan causar daño al producto, así como utilizar la menor dosis posible de la terapia empleada inicialmente. Los múltiples esquemas y las dosis tan variadas de los mismos nos hacen reflexionar en que cada paciente es única y la terapéutica deberá adecuarse a cada una de ellas.

El estudio ultrasonográfico deberá realizarse antes de las 18 semanas para corroborar la edad gestacional y al menos uno cada mes después de las 20 semanas para vigilancia del crecimiento del producto, ya que por el número de embarazos con restricción del crecimiento intrauterino en pacientes con LES es de gran importancia conocer con exactitud la edad gestacional y la vigilancia de desarrollo fetal.

Los estudios básicos como general de orina, biometría hemática, VDRL, química sanguínea y cultivos va-

ginales deberán realizarse en toda paciente y actualizarse de acuerdo a evolución, así mismo es importante la cuantificación de proteínas en orina al inicio y después de la gestación, especialmente en el puerperio y de acuerdo a evolución de la paciente. Debido a la alta mortalidad asociada cuando existen anticuerpos anti-fosfolípidos sería de importancia realizar una determinación de los mismos a toda paciente con antecedente de LES y embarazo.

La vigilancia externa de la frecuencia cardiaca fetal mediante pruebas no estresantes deberá iniciarse a las 28 semanas de gestación, con periodicidad semanal hasta la semana 34, en que se recomienda dos veces por semana, para mejorar el resultado del embarazo.

La decisión de interrumpir el embarazo deberá regirse por la situación materno-fetal, evaluando las mejores condiciones de ambos. La vía de interrupción del embarazo deberá ser de acuerdo a las condiciones obstétricas, favoreciendo la vía vaginal de ser posible.

A pesar de toda la serie de exámenes de laboratorio que existen para la vigilancia de las pacientes con LES, el estado clínico es el que deberá imperar en el control y vigilancia. La toma de presión arterial, la ganancia correcta de peso en cada uno de los meses de gestación, la medición del fondo uterino y el conocimiento de signos de alarma son elementos clínicos muy importantes para el buen término de la gestación en éste y en cualquier otro tipo de patología asociada al embarazo. ♦

Referencias

1. Gabbe CL. *Obstetrics. Normal and problem pregnancies*. 4th ed. USA. Churchill and Livingstone; 2002. p.1195.
2. Fessel WJ. Systemic lupus erythematosus in the community. Incidence, prevalence, outcome and first symptoms: the high prevalence in black women. *Arch Intern Med* 1974;134: 1027-31.
3. Estes D, Christian CL. The natural history of systemic lupus erythematosus by prospective analysis. *Medicine* 1971;50:85-94.
4. Figueroa Giles S. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. En Fiorelli Rodríguez. *Complicaciones médicas en el embarazo*. 1ª edición. México. McGraw-Hill Interamericana;1996. p. 134-149.
5. Tan EM, Cohen AS, Fries J. Criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982;25:1271-77.
6. Gladman DD, Urowitz MB, Cole E, Ritchie S, Chang CH, Churg J. Kidney biopsy in SLE: Clinical morphologic correlations. *Q J Med* 1989;73:1125-32.
7. Nicklin JL. Systemic lupus erythematosus and pregnancy at the Royal Women's Hospital, Brisbane 1979-1989. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1991;31:128-34.
8. Out HJ, Derksen HWM, Christiaens GCML. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1989;44: 585-92.
9. Ainslie WH, Britt K, Moshipur JA. Maternal death due to lupus pneumonitis in pregnancy. *Mt Sinai J Med* 1979;46:494-8.
10. Leikin JB, Araf HM, Pearlman LM. Acute lupus pneumonitis in the postpartum period: a case history and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1986;68:295-302.
11. Hayslett JP, Lynn RI. Effect of pregnancy in patients with lupus nephropathy. *Kidney Int* 1980;18:207-20.
12. Ramsey-Goldman R. Pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am*, 1988;14:169-85.
13. Repke JT. Hypertensive disorders of pregnancy. Differentiating preeclampsia from active systemic lupus erythematosus. *J Reprod Med* 1998;43:350-61.
14. Fine LG, Barnett EV, Danovitch GM. Systemic lupus erythematosus in pregnancy. *Ann Intern Med* 1981;94:667-77.
15. Kleinman D, Katz VL, Kuller JA. Perinatal outcomes in women with systemic lupus erythematosus. *J Perinatol* 1998;18:178-88.
16. Kobayashi N, Yamada H, Kishida T. Hypocomplementemia correlates with intrauterine growth retardation in systemic lupus erythematosus. *Am J Reprod Immunol* 1999;42:153-60.
17. Johns KR, Morand EF, Littlejohn GO. Pregnancy outcome in systemic lupus erythematosus (SLE): a review of 54 cases. *Aust NZJ Med* 1998;28:18-23.
18. Johnson MJ, Petri M, Witter FR, Repke JT. Evaluation of preterm delivery in a systemic lupus erythematosus pregnancy clinic. *Obstet Gynecol* 1995;86:396-401.
19. Petri M, Albritton J. Fetal outcome of lupus pregnancy: a retrospective case-control study of the Hopkins Lupus Cohort. *J Rheumatol* 1993;20:650-6.
20. Tan LK. Outcome of pregnancy in Asian women with systemic lupus erythematosus: experience of a single perinatal centre in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2002;31:290-5.
21. Silver Robert M. Enfermedades autoinmunitarias durante el embarazo. En Silver Richard K. *Clínicas de perinatología. Atención perinatal de trastornos maternos crónicos*. México. McGraw-Hill Interamericana;1997 p. 303-33.
22. El-Sayed YY. Central nervous system lupus and pregnancy: 11-year experience at a single center. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;12:99-103.
23. Arroyo Cabrales LM. Perinatal morbidity and mortality secondary to systemic lupus erythematosus in a tertiary care institution. *Ginecol Obstet Mex* 2000;68:55-9.



Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica

Carlos Tena-Tamayo,¹ José Roberto Ahued-Ahued²

Resumen

La atención materna representa la mitad de las intervenciones médicas y quirúrgicas que se realizan en nuestro país. Se calcula que alrededor de 80% de las muertes maternas son previsibles con acciones como el control prenatal con enfoque de riesgo. Las complicaciones son difíciles de prever y requieren de un obstetra competente capaz de manejarlas apropiadamente. Se ha estimado que 46.4% de las muertes maternas se relacionan con responsabilidad profesional y 9.7% con responsabilidad hospitalaria. En nuestro país las inconformidades relacionadas a la especialidad son las más frecuentes y alcanzaron 14.5% del total de asuntos recibidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico entre 1996 y 2001. Se analizaron 121 casos concluidos, relacionados específicamente a obstetricia, para identificar los momentos y factores de la atención médica que se vinculan con las inconformidades en obstetricia. Los hallazgos más relevantes fueron: embarazos con riesgo elevado 57%, antecedente de cesárea previa 22%, ingreso por trabajo de parto 28%. Las complicaciones más repetidas fueron óbito fetal 25%, trauma obstétrico y asfixia perinatal, 12% cada una. Nacimientos por cesárea 37%. Mortalidad perinatal 39% y materna 33%. La desviación más frecuente fue vigilancia deficiente del trabajo de parto (22%). Se identificaron deficiencias de comunicación médico-paciente en 76%, y expedientes incompletos en 45%. Se observaron desviaciones éticas en 30% y mala práctica en 55%. La información se presentó a instancias gremiales líderes de opinión y representantes de hospitales privados y del Sector Salud. Del resultado del análisis exhaustivo, se obtuvieron en consenso nueve recomendaciones para mejorar la atención que se otorga a las pacientes durante el embarazo, parto y puerperio: 1) El embarazo, parto y puerperio deben ser atendidos por personal capacitado y debidamente autorizado; 2) Valorar integralmente cada caso durante la atención prenatal e identificar las pacientes con alto riesgo; 3) Estrechar la vigilancia prenatal durante el tercer trimestre de la gestación; 4) Procurar la mejor atención obstétrica; 5) Establecer el mejor plan de nacimiento; 6) Reducir riesgos innecesarios; 7) Vigilar estrechamente a la paciente durante el puerperio inmediato; 8) Documentar todo el proceso de atención; 9) Promover y facilitar la educación a la embarazada y sus familiares sobre los riesgos inherentes a la gestación. ♦

Palabras clave: Arbitraje médico, mala práctica, recomendaciones, responsabilidad médica, demandas médicas, comunicación médico-paciente, CONAMED.

(Tena Tamayo C, Ahued Ahued JR. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2003; 71: 409-420).

¹Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Grupo Coordinador para la emisión de Recomendaciones:

Manuelli-Lee GR, Rivera-Cisneros AE, Campos-Castolo EM, Smeke-Darwich A, Casares-Queralt S, Sánchez-González JM.

²Coordinador de Enlace del Grupo de Validación Externa. Director General del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Grupo de Validación Externa:

Llaca-Rodríguez V, Tlapanco-Barba R, Hinojosa y Ríos C, Fernández del Castillo C, Vera-Gaspar D, Fajardo-Dueñas S, García-Cavazos R, Aguilera-Beteta E, Ruiz-Moreno JA, Puente-Tovar J, Guzmán-Huerta M, Ablanedo-Aguirre J.

Abstract

The maternal care represents 50 percent of surgical and medical interventions in México. Around 80% of the maternal deaths are foreseeable with actions as risk-managed prenatal care. Prevention of these complications are difficult and require of a competent obstetrician to handle them appropriate. Some assays calculate about 46.4% of maternal deaths, as related to professional responsibility, and 9.7% with hospital responsibility. In México, obstetric malpractice complaints are the most frequent, and reached 14.5% of total matters received by the National Commission of Medical Arbitration (CONAMED) between 1996 and 2001. We analyzed 121 cases concluded, specifically obstetrics-related, requested to the Commission between 1996 and 2001, to identify moments and factors of the medical attention, linked to obstetric claims. Most prominent finds were: high risk pregnancies in 57%, prior cesarean section 22%, hospital income by labor in 28%. Complications were fetal death 25%, obstetric trauma and perinatal asphyxia 12% each one. Births occurred by cesarean in 37%. Perinatal mortality was 39% and maternal mortality in 33%. The principal deviation was deficient care of labor. They were observed medical patient communication deficiencies in 76%, incomplete expedients in 45%, ethics deviations in 30%, and malpractice in 55%. Whole this information was presented to gynaecologist leaders of opinion: speciality Council, medical associations, public and private hospitals representatives. The conclusion were Nine recommendations to improve the patients care during the pregnancy, labor and postpartum: 1) Pregnancy, labor and postpartum should be attended by personnel qualified and properly authorized; 2) Value integrally each case during the prenatal care and identify high risk patients; 3) Tighten the prenatal care during the third quarter of the gestation; 4) Provide the best obstetric care; 5) Establish best way for each birth; 6) Reduce unnecessary risks; 7) Watch narrowly all patients during the immediate postpartum; 8) Document all the process of attention; 9) Promote and facilitate health education to pregnant patients and their relatives on the gestation inherent risks. ♦

Key words: medical arbitration, malpractice, recommendations, medical liability, medical complaints, physician-patient communication, CONAMED.

(Tena Tamayo C, Ahued Ahued JR. Recommendations to improve quality of obstetrics attention. *Ginecol Obstet Mex* 2003; 71: 409-420).

La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales es una preocupación y un objetivo de cualquier institución, hospital, región o país, pues además de buscar que todos los embarazos tengan una resolución exitosa, permite conocer la calidad e idoneidad con que se brindan los cuidados sanitarios, y como resultado, desarrollar mejora continua de las estrategias diagnósticas y terapéuticas que se ofrecen a los pacientes.¹

La atención materna representó aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas y quirúrgicas que se realizaron en nuestro país en 2000; mientras la atención del trabajo de parto representó 11 % del total de urgencias.²

Las causas biológicas de mortalidad materna en México y el mundo son las mismas desde hace décadas: preeclampsia-eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico,³⁻⁵ con una tasa de mortalidad de 64: 100,000 recién nacidos vivos.^{6,7} Se calcula que 46.4 % se relacionan con responsabilidad profesional, 9.7 % con res-

ponsabilidad hospitalaria,⁸ y que alrededor de 80 % de las muertes maternas son previsibles con la tecnología y los recursos adecuados disponibles.^{6,7,9} En el cuadro I se observan los principales problemas de salud pública relacionados con la atención obstétrica.

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.^{10,11} Sus objetivos primordiales son identificar factores de riesgo, diagnosticar las condiciones generales de la madre y del feto, educar a la madre para limitar las posibilidades de complicación y prepararla para el nacimiento de su hijo.¹² Para poder brindar a cada paciente el cuidado óptimo que requiere, la información que se obtenga en cada visita debe ser tan completa como sea posible, sin importar si se trata de una consulta de rutina o una revisión por un problema específico.¹³ Aproximadamente 70 % de la población obstétrica no tiene factores de riesgo,

CUADRO I. Complicaciones más frecuentes en Obstetricia**Complicaciones más frecuentes en Obstetricia**

- a) Preeclampsia-eclampsia. Clasificado por la OMS como la primera causa de morbilidad materna y perinatal¹¹
- b) Hemorragia obstétrica. Que se encuentra entre las urgencias médicas más letales, y su incidencia se estima 3.9% para el parto y 6.4% en la cesárea¹²
- c) Cesárea anterior. El porcentaje de nacimientos por cesárea se ha incrementado hasta diez veces en los últimos 30 años, por lo que se ha llegado a referir como "epidemia"¹³
- d) Trabajo de parto pretérmino. Origina 75% de las muertes neonatales no debidas a malformaciones congénitas y entre 50-70% de todas las muertes perinatales, por lo que representa el problema obstétrico más importante en la actualidad¹⁴
- e) Embarazo prolongado o postérmino. Que según los criterios actuales, es el que se extiende más allá de las 41 semanas de amenorrea confiable, cuya incidencia varía entre 2 y 10% de los partos, y llega a duplicar los índices de morbilidad perinatal¹⁵

Fuentes: i Ruíz Moreno JA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Reporte de 25 años (1968-1991). *Ginecol Obstet Mex Nov* 1995;63:452-459.
 ii American College of Obstetrician and Gynaecologist. Diagnosis and management of postpartum hemorrhage. ACOG Technical Bulletin #143. *Intern Cynaecol Obstet* 1991;36(2):159-163.
 iii Constance P. Epidemia de cesáreas. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Julio-Agosto 2000. Disponible en: <http://www.iadb.org/iadbamerica/archive/stories/2000/esp/AC000c/c800i.htm>.
 iv Mercer BM, Goldenberg RL, Das A et al. Maternal-Fetal Medicine Units Network of the National Institute of Child Health and Human Development. The preterm prediction study: a clinical risk assessment system. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1885-1893.

CUADRO II. Descripción de algunos conceptos importantes de la atención obstétrica con enfoque de riesgo**Enfoque de riesgo en la atención obstétrica Conceptos importantes**

Riesgo reproductivo	Es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; ¹⁶ es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto ¹⁵
Riesgo obstétrico	Es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer o su futuro hijo en un embarazo presente. El análisis de la distribución poblacional de la patología obstétrica, tanto durante la gestación como durante el parto, permite notar que ésta se encuentra en determinados grupos de mujeres, en los que la morbilidad materna fetal está notablemente incrementada respecto a la media de su entorno. ¹⁷
Embarazo de alto riesgo	Es aquél en el que existe la probabilidad de daño grave o muy trascendente de morbilidad o mortalidad para la madre, el feto o el neonato. Estos incluyen factores maternos generales como edad (los extremos de la vida reproductiva), condiciones nutricionales, nivel socioeconómico y cultural, hábitos nocivos (alcoholismo, tabaquismo), antecedentes obstétricos (pérdidas gestacionales recurrentes, multiparidad, enfermedades asociadas (cardiopatías, diabetes mellitus, hipertensión, nefropatías, etc.), y anomalías del embarazo actual (alto orden fetal, presentaciones anormales, hidramnios, etc.) ^{11,12}

Fuentes: vi Chávez AV; Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. *Rev Med IMSS (Méx)*. 1993; 31: 119-21.

viii Sokol RJ; Larsen JW; Landy HJ; Pernoll ML. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo. En: Pernoll ML. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 6ª edición. Ed. El Manual Moderno. México: 1993. p:313-50.

su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo.¹⁴

El control prenatal con enfoque de riesgo en nuestro país¹⁵ (Cuadro II), recomienda un mínimo de cinco consultas para cada embarazo, según se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Para

la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.¹⁶ La Norma indica como actividades a realizar durante el control prenatal la elaboración de historia clínica completa, valoración del riesgo obstétrico y reconocimiento del estado de salud, establecimiento del diagnóstico integral, e identifica-

ción de datos de alarma y factores que puedan complicar el embarazo; así como establecer los criterios de referencia. Por lo anterior se destaca la importancia de consignar en el expediente clínico la valoración del riesgo obstétrico, la evolución del trabajo de parto, las condiciones y vía del nacimiento, los procedimientos quirúrgicos y materiales utilizados, hallazgos, incidentes y detallar el tratamiento empleado, datos que tienen gran trascendencia si la paciente es trasladada a otra institución.

Toda mujer tiene probabilidad de sufrir complicaciones en la gestación, y las complicaciones son difíciles de prever y requieren de un obstetra competente capaz de manejarlas apropiadamente.¹⁷

La atención del parto por obstetras competentes es una de las intervenciones clave para reducir la mortalidad materna y perinatal, pues ellos son capaces de aplicar medidas de emergencia en ausencia de asistencia médica o detectar oportunamente, la necesidad de referir a las mujeres a la unidad de salud apropiada.^{18,19} Con este objetivo, en México se implantó un programa de regionalización de los servicios ("Arranque Parejo en la Vida"), mediante una red de atención de primer contacto, que proporcionar a personal no profesional, como parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles, la capacitación obstétrica adecuada para detectar los embarazos de riesgo, y referirlos a unidades de salud de mayor capacidad de resolución, para que reciban un manejo acorde a su riesgo obstétrico.²⁰

En nuestro país, la atención médica es una actividad profesional fuertemente regulada, pues la doctrina jurídica la considera como depositaria de los "bienes" de mayor jerarquía que el Estado mexicano tutela: la salud y la vida. Estos elementos normativos se encuentran definidos en la Ley Federal de Profesiones,²¹ en la Ley General de Salud,²² en el Reglamento de Atención Médica,²³ en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,¹⁶ la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico,²⁴ y en el caso de los profesionales de la salud que prestan servicios en instituciones dependientes del Gobierno Mexicano, en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.²⁵

En 1989, el Instituto de Medicina de Estados Unidos encontró una verdadera crisis que afecta a la ginecoobstetricia, y se extiende a otros países. En Australia, Copeland describió en 1993, que cada día disminuye el número de ginecoobstetras que ejercen en ese país, principalmente por la creciente amenaza de demandas y los altísimos costos de los seguros de responsabilidad profesional, que algunas aseguradoras incluso han llegado a rehusarse a revalidar. El resulta-

do final fue la falta de asistencia obstétrica en las áreas rurales.^{26,27}

Lynch (1996) analizó 500 quejas a ginecoobstetras, de las que 45 % correspondían específicamente a obstetricia.²⁸ En México, las inconformidades relacionadas a la especialidad son las más frecuentes; durante el periodo 1996-2001, representaron 14.5 % del total de inconformidades recibidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).²⁹

¿Por qué demandan a los obstetras? No es razonable suponer que un resultado no óptimo o incluso malo es causado inevitablemente por negligencia o impericia. La Asociación Médica Mundial (WMA) consideró en su Declaración sobre la Negligencia Médica, (adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial en Marbella, España, septiembre de 1992) que el aumento de demandas por negligencia médica es resultado de una combinación de factores negativos (Figura 1).

Es muy importante distinguir entre la negligencia médica y el accidente que ocurre durante la atención médica y el tratamiento, sin que haya responsabilidad del médico:

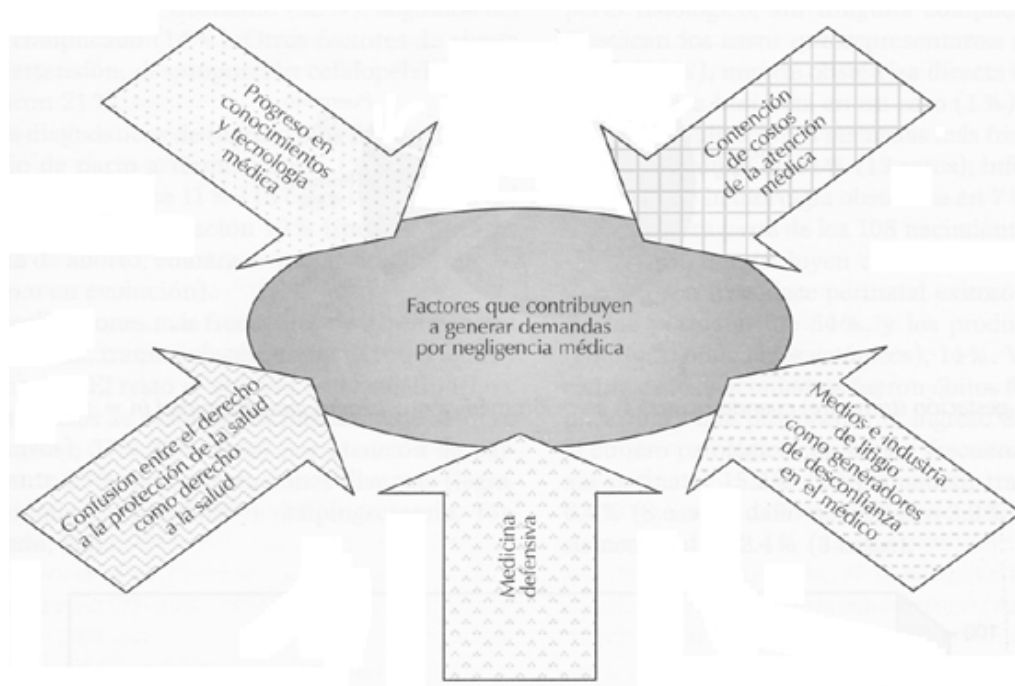
- a) La negligencia médica comprende la falla del médico, generalmente por descuido, que al proporcionar atención a la paciente, es la causa directa de un daño.
- b) Un daño producido durante un tratamiento médico, que no se pudo prever y que no fue el resultado de falta de conocimiento por parte del médico tratante, es un accidente desafortunado del cual el médico no es responsable. En algunos casos puede ser debido a fallas en el sistema o infraestructura, lo que se denomina "error latente".³⁰

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, surgida en 1996, tiene como un objetivo estratégico "Influir en la mejoría de la práctica de la medicina". Por ello, el propósito de este trabajo interinstitucional fue analizar las inconformidades relacionadas con atención obstétrica e identificar las características del acto médico que representan un riesgo potencial de conflicto, para emitir Recomendaciones que orienten al gremio para mejorar la atención obstétrica.

Material y método

Del Sistema informático de Atención de Quejas Médicas (SAQMED) de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se revisaron los indicadores generales y se identificaron 1,431 inconformidades relacionadas con atención ginecoobstétrica, recibidas entre junio de 1996 a junio de 2001. De este grupo, se seleccionó una muestra de 121 casos específicos de obstetricia, y concluidos por medio de dictamen peri-

FIGURA 1



Factores que contribuyen a generar demandas por negligencia médica. Declaración sobre la Negligencia Médica, Asociación Médica Mundial, 1992.(WMA),

cial. Se analizaron 38 parámetros cuantitativos y cualitativos que fueron validados de manera independiente, por médicos funcionarios de CONAMED, encabezados por tres ginecoobstetras, que se denominó Grupo Interno de Trabajo (GIT).

El GIT elaboró una monografía sobre los factores del entorno que han sido descritos en la literatura mundial, y la descripción, análisis e interpretación de las inconformidades, que se describieron mediante frecuencias simples y proporciones porcentuales, indicadores sociodemográficos, institucionales, clínicos, de comunicación y apego a reglamentación vigente, orientados para identificar los momentos y factores de la atención médica vinculados con inconformidades en obstetricia.

Simultáneamente se integró un grupo de validación externa (GVE), conformado por reconocidos ginecoobstetras, líderes de opinión, pertenecientes al Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia (CMGO), la Academia Mexicana de Cirugía, la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMEGO), la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (AMGO), el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), y otros hospitales de tercer nivel del Sector Salud, a quienes se presentó la monografía, con los siguientes resultados, para su estudio y análisis.

Resultados

Los estados donde se originaron los casos fueron: Distrito Federal en 56 %, y Estado de México con 17 %, y el restante 27 %, en el resto de estados. La edad de las pacientes fluctuó entre 15 y 40 años, con promedio de 25.3 años y desviación estándar de seis años.

Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia durante la atención del tercer trimestre de gestación (83 %), seguidas del primer trimestre (12 %), segundo trimestre (3 %), y 1 % durante el puerperio (Figura 2).

Las inconformidades se originaron, según el sector de servicios de atención médica, de la siguiente manera: seguridad social 88 casos (72 %), sector privado 20 casos (16 %), y servicios públicos de salud 13 casos (11 %).

Según el nivel de atención: 62 % (76 casos) fueron originadas en hospitales de 20 nivel, en tercer nivel 19 % (23 casos), primer nivel 4 % (5 casos), hospitales rurales 1 % (1 caso), y 24 % donde no fue posible identificar el nivel de atención.

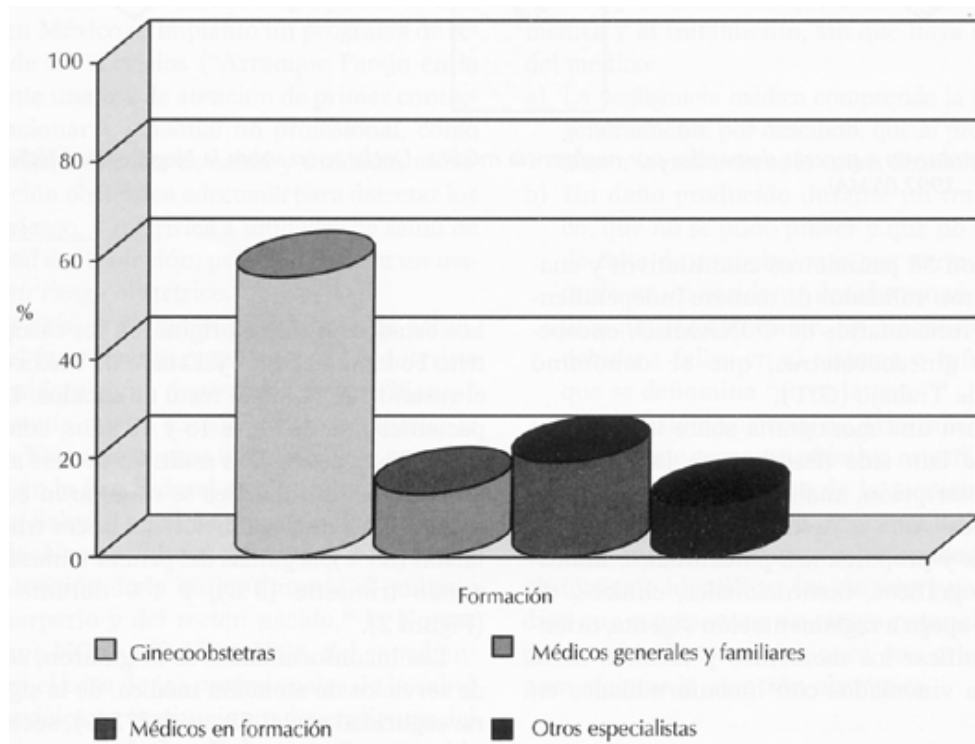
Cincuenta y seis por ciento de los médicos involucrados en los casos eran ginecoobstetras, 19 % médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado) y 25 % médicos generales u otros especialistas.

FIGURA 2



Momento de la gestación (trimestre) cuando ocurrió la atención médica que generó inconformidad (n = 121)

FIGURA 3



Formación de los médicos involucrados (n = 121)

(Figura 3). De los ginecoobstetras, sólo 36.8% estaban certificados por el Consejo de especialidad. Veinticinco por ciento de otros especialistas relacionados con mayor frecuencia en los casos analizados fueron: Pediatría, cinco casos (33%), Anestesiología, cuatro casos

(27%) y Terapia Intensiva, tres casos (20%); otras especialidades, tres casos (20%).

La calificación de riesgo obstétrico encontrada fue: elevado en 57% (69 casos). El restante 43% fueron pacientes con bajo riesgo (52 casos).

Los antecedentes quirúrgicos previos representaron el factor de riesgo más frecuente (22 %), seguidos del embarazo complicado (14 %). Otros factores de riesgo (como hipertensión, desproporción cefalopélvica, etc.) representaron 21 %.

Los tres diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: trabajo de parto a término 28 % (34 casos), desproporción cefalopélvica 11 % (13 casos) y pérdidas del primer trimestre de la gestación 10 % (incluye 12 casos de amenaza de aborto, embarazo anembrionario, aborto incompleto o en evolución).

Las complicaciones más frecuentes de los embarazos fueron óbito fetal, trauma obstétrico (materno o fetal) y asfixia perinatal. El resto se observa en el cuadro III.

Los embarazos se resolvieron mediante cesárea en 46 % (56 casos), 31 % (38 casos) por atención de parto. El restante 23 % tuvo resoluciones diversas (legrado, laparotomía exploradora + salpingectomía, fórceps, traslado, etc.).

Las gestaciones analizadas culminaron como puerperio fisiológico, sin ninguna complicación en 50 %. Destacan los casos que representaron morbilidad materna (33 %), muerte obstétrica directa (16 %), y muerte obstétrica indirecta en un caso (1 %).

Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: pérdida del útero en 11 % (13 casos), infecciones en 9 % (11 casos) y hemorragia obstétrica en 7 % (9 casos).

La tercera parte de los 108 nacimientos ocurridos en la muestra, que incluyen cuatro embarazos gemelares, presentó un desenlace perinatal exitoso. La morbimortalidad perinatal fue 54 %, y los productos no viables (abortos o embarazos ectópicos), 14 %. Veinticuatro por ciento de los nacimientos fueron óbitos fetales. Las complicaciones que provocaron el ingreso de los productos al cunero patológico con mayor frecuencia fueron: asfixia perinatal 15.2 % (19 neonatos), trauma obstétrico 6.4 % (8 casos), daño neurológico 3.2 % (4 casos) y sepsis neonatal en 2.4 % (3 casos).

CUADRO III. Complicaciones identificadas durante la atención médica

Complicaciones	Frecuencia	%
Óbito fetal	30	24.8
Trauma obstétrico (materno o fetal)	15	12.4
Asfixia perinatal	14	11.6
Hipotonía y atonía uterina	13	10.7
Embarazo ectópico	7	5.8
Acretismo o desprendimiento de placenta	6	5.0
Ruptura uterina	6	5.0
Sepsis obstétrica	5	4.1
Textiloma intraabdominal	4	3.3
Accidentes de cordón umbilical (nudos y circulares apretadas)	3	2.5
Otras	7	5.8
Ninguna	11	9.1
TOTAL	121	100.0

CUADRO IV. Motivos de inconformidad expresados por los promotores (n = 121)

Motivos de inconformidad	Frecuencia	%
Negligencia, mala práctica o responsabilidad profesional	54	44.6
Atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto	23	19.0
Muerte del producto	10	8.3
Atención médico-quirúrgica deficiente	8	6.6
Homicidio o lesiones	7	5.8
Diferimiento o negativa de atención médico-quirúrgica	6	5.0
Pérdida de órgano y función reproductiva	5	4.1
Aborto criminal	3	2.5
Otros	5	4.1
TOTAL	121	100.0

Los motivos de inconformidad más importantes se relacionaron con la percepción de mala práctica médica —sin especificar ningún momento de la atención— (45 %), atención deficiente del trabajo de parto (19 %), muerte del producto de la gestación (8.3 %) (Cuadro IV).

Las desviaciones identificadas en los expedientes analizados fueron, por orden de frecuencia: vigilancia deficiente del trabajo de parto (22 %), equipo o instalaciones inadecuados (14 %), diagnóstico erróneo por técnica quirúrgica deficiente (12 %), expediente clínico incompleto (9 %) y técnica quirúrgica deficiente (11 %). En 14 % no se identificó ninguna desviación (Figura 4).

Se cumplieron las obligaciones de seguridad en 69 casos (57 %), y en 52 casos (43 %) la seguridad fue inadecuada, esto significa que la unidad médica donde se brindó la atención, no contaba con las instalaciones necesarias para resolver las complicaciones que presentaron las pacientes.

La comunicación en la relación médico-paciente fue adecuada en menos de la cuarta parte de los casos analizados; se identificaron deficiencias en la comunicación en 92 casos (76 %).

El acto médico fue bien documentado en 67 casos (55 %), pero 54 expedientes (45 %) se encontraron incompletos o con anotaciones deficientes o ilegibles.

Se describieron deficiencias institucionales en 40 % de los expedientes analizados, de las cuales la más frecuente fue la falta de equipo especializado (9 %), seguida de falta de disposición oportuna de hemoderivados (8 %), insuficiencia en ginecoobstetras (8 %) y otro personal especializado (8 %) y falta de supervisión a médicos en formación (8 %) cada rubro. En más de la mitad de los expedientes (72 casos, 59 %), no se documentaron deficiencias institucionales.

Las complicaciones fueron previsible al análisis en 48 %. En algunos expedientes —generalmente del sector privado—, no existía suficiente información para calificar. Se dio un seguimiento y vigilancia adecuados tan sólo en 46 casos (38 %).

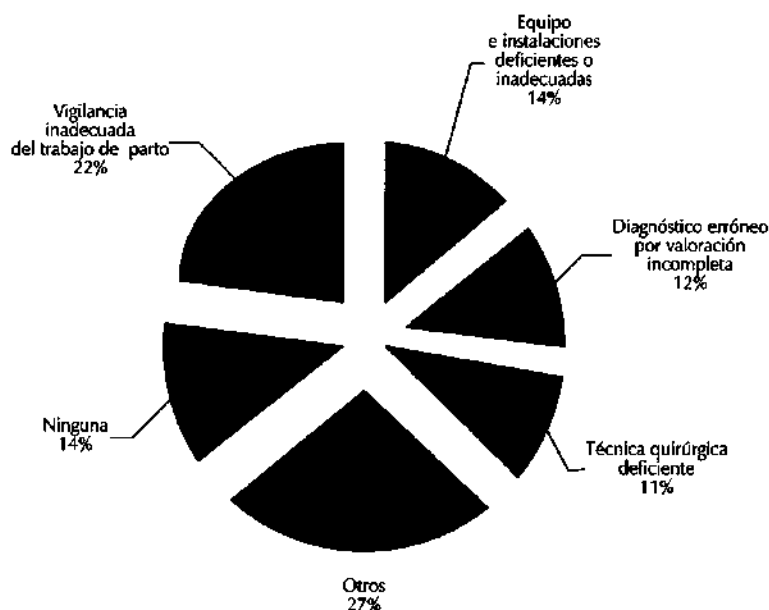
Se observó apego a los principios éticos de la práctica de la medicina (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) en 70 % de los casos.

La actuación de los médicos involucrados tuvo una relación directa de nexo causal con las complicaciones que se presentaron en las pacientes, es decir, mala práctica, en 55 %, y no se identificó esta relación directa, buena práctica, en 45 % de los casos.

Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica.

Se coordinaron diez reuniones de trabajo entre los dos grupos GIT-G VE, donde se analizó la información

FIGURA 4



Desviaciones identificadas en los expedientes analizados (n = 121)

estratégica anterior, presentada en la monografía. Durante estas reuniones se discutieron y consensaron Nueve Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la Atención Obstétrica, dirigidas a todo el personal médico y paramédico que atiende a este grupo de pacientes (Cuadro V).

Comentario

Casi tres cuartas partes (73 %) de los casos procedieron del Distrito Federal o del Estado de México, probablemente debido a la elevada proporción de hospitales de concentración que se ubican en estas zonas. Más de dos terceras partes (72.1 %) de las inconformidades se originaron en instituciones de seguridad social, lo que concuerda con los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud (1994).³¹ Ello se relaciona con la sobrepoblación de usuarios en las mismas y la disminución de los recursos destinados al sector salud, explicable porque dichas instituciones otorgan precisamente alrededor de dos terceras partes de las atenciones médicas que se brindan en el país.³²

Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia durante el tercer trimestre de gestación (82.8 %), seguidas del primero (12.3 %) y segundo trimestres (3.3 %). No existen estadísticas detalladas al respecto de cuál es el trimestre más afectado por complicaciones del embarazo, aunque es conocido que muchas gestantes, especialmente de zonas rurales, adolescentes y con bajos ingresos, sólo acuden a atención médica para la resolución del embarazo; desde el enfoque psicosocial, existe un mayor apego de la madre y la familia hacia los productos próximos al término.

Existe el registro de que en México, 2.5 millones de mujeres se embarazan al año, de las cuales, 370,000 partos (14.8 %) son atendidos por personal no capacitado, y que 10.3 % del total de nacimientos ocurren en la casa de las pacientes, atendidos por parteras.²³ Sin embargo, las atribuciones de la CONAMED sólo la facultan a dirimir controversias entre profesionales de la salud autorizados, por lo que no se analizó en la muestra ningún caso atendido por no médicos. Se atendieron 62.3 % de los casos en hospitales de segundo nivel, por médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia en más de la mitad de ellos (56.2 %) lo que se asocia evidentemente a las políticas de salud establecidas por las instituciones, con respecto a la atención hospitalaria de todos los nacimientos (en seguimiento al programa de OMS-UNICEF "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", hoy llamados en México "Hospital Sí Mujer").¹⁸ En el tercer nivel se atendieron 18.9 % de las pacientes, cuando 57 % de los casos tenían calificación

de riesgo elevado, por lo que cabe la posibilidad de que un número importante de embarazadas con riesgo especial hayan sido atendidas en unidades médicas de menor complejidad a la requerida (43 % de obligaciones de seguridad no cumplidas). Estos resultados refuerzan, de manera clara, la necesidad y trascendencia de identificar los casos de riesgo especial, para derivarlos oportunamente a la unidad médica con nivel de complejidad requerido.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) publicó en 2000 una estimación de que 98,000 muertes anuales ocurrieron en ese país por errores médicos, cifra que excede a otras causas muy importantes, como los accidentes en vehículos de motor, el cáncer de mama y la infección por VIH, lo que convertiría al error médico en un problema de salud pública. También estima que 13 % de los ingresos hospitalarios se deben a efectos adversos del diagnóstico o del tratamiento, y que cerca de 70 % de las complicaciones pueden ser prevenibles.³³ En nuestro país no existen estadísticas comparables; en nuestra muestra se identificaron errores médicos en 37.2 % de los casos, y se estableció buena práctica en casi dos terceras partes de los mismos, mientras que las complicaciones se consideraron prevenibles en menos de la mitad (47.9 %) de los casos.

En Estados Unidos sólo uno de cada siete pacientes o familiares que han sufrido las consecuencias de un error médico interpone una acción legal, aunque no en todos los casos de inconformidad subyace una negligencia médica (IOM, 1999). González-Hermoso (España, 2001)³⁴ apunta que las repercusiones legales ocurren por errores de diagnóstico en 75 % de los casos, omisión de procedimientos en 77 %, atención en urgencias en 70 %, y 37.6 % a motivos no quirúrgicos. La atención inoportuna (16 %) y la relación médico-paciente inadecuada (15 %) también generaron conflicto. En México, las complicaciones en el tratamiento y las intervenciones quirúrgicas son los momentos de la atención médica que originan entre 45 % y 62 % de las inconformidades.^{35,36} En nuestra serie, los motivos de inconformidad más importantes se relacionaron con la percepción de mala práctica médica (44.6 %), de una atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto (19 %), y con la muerte del producto de la gestación en 8.3 % de los casos.

El resultado más notable de la atención obstétrica es el nacimiento, y según autores como Johnson³⁷ y Rubsamen,³⁸ los resultados médicos adversos con praxis adecuada son, paradójicamente, los que generan el mayor número de demandas por mala práctica.

Ward³⁹ analizó 500 demandas por atención ginecoobstétrica, y encontró que 27 % de ellas no eran defendibles, por haber quebrantado la *Lex Artis* médica,

CUADRO V. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la Atención Obstétrica

1. EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DEBEN SER ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO Y DEBIDAMENTE AUTORIZADO
 - a) Otorgar la atención con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados
 - b) Todo embarazo de alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en Ginecología y Obstetricia, en unidades con la capacidad de resolución necesaria
 - c) Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional
 - d) Tomar en cuenta los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico
2. VALORAR INTEGRALMENTE CADA CASO DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL E IDENTIFICAR LAS PACIENTES CON ALTO RIESGO
 - a) Elaborar e integrar cuidadosamente el expediente clínico completo
 - b) Valorar el riesgo reproductivo y obstétrico
 - c) Dar seguimiento a las variables clínicas de acuerdo a lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993 (numeral 5.1.6), para la detección temprana de las complicaciones más frecuentes y relevantes
3. ESTRECHAR LA VIGILANCIA PRENATAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN
 - a) Citar a las pacientes a revisión cuantas veces la clínica lo indique necesario
 - b) Utilizar las guías clínicas reconocidas para la detección oportuna y prevención de las complicaciones del embarazo
 - c) Valorar cada caso en particular y cada momento específico de la gestación
 - d) Evitar el uso rutinario de las evaluaciones clínicas y estudios paraclínicos que no tengan justificación
4. PROCURAR LA MEJOR ATENCIÓN OBSTÉTRICA
 - a) Detectar los casos que requieran manejo por especialidad o un mayor nivel de capacidad resolutoria
 - b) Derivar oportunamente al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado
 - c) Contar o disponer del equipo necesario para la vigilancia y traslado oportuno
5. ESTABLECER EL MEJOR PLAN DE NACIMIENTO
 - a) Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo al estado clínico del binomio
 - b) Realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna
 - c) Contar con el consentimiento válidamente informado, cuando así lo amerite
6. REDUCIR RIESGOS INNECESARIOS
 - a) Asegurar una atención obstétrica acorde a los riesgos establecidos
 - b) Elaborar el partograma de manera completa y adecuada, para la correcta interpretación de la curva de Friedman
 - c) Conducir y supervisar la atención obstétrica
 - d) Participar en la detección oportuna y el seguimiento eficaz del trabajo de parto, especialmente para los embarazos de alto riesgo
7. VIGILAR ESTRECHAMENTE A LA PACIENTE DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO
 - a) Revalorar el estado clínico de la paciente, documentando sus condiciones, así como las indicaciones, de acuerdo a lo señalado por la NOM-007-SSA2-1993
 - b) Considerar especialmente el estado mental, coloración tegumentaria, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, estado de hidratación, así como hemorragia transvaginal o de la herida quirúrgica, dolor pélvico, vaginal o perineal, y la función de emuntorios
 - c) Pasar visita a todas las pacientes puérperas, aún en los puerperios de bajo riesgo y después, las veces que sea necesario
 - d) Realizar una exploración ginecológica completa al momento del egreso
 - e) Asegurar la comunicación adecuada entre el médico y la paciente
8. DOCUMENTAR TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN
 - a) Documentar debidamente el evento obstétrico en el expediente clínico: nota de valoración inicial, partograma, nota prequirúrgica y posquirúrgica con el nombre completo y firma del médico o los médicos que participaron en la atención de la paciente
 - b) Anotar en el expediente clínico el razonamiento clínico que sustente los procedimientos a realizar durante toda atención obstétrica
9. REALIZAR, PROMOVER Y FACILITAR LA EDUCACIÓN A LA EMBARAZADA Y SUS FAMILIARES SOBRE LOS RIESGOS INHERENTES A LA GESTACIÓN
 - a) Favorecer y estimular la educación para la salud a la embarazada por el grupo multidisciplinario que tiene contacto con las pacientes durante la atención obstétrica
 - b) Explicar desde la primera consulta cuáles son los riesgos generales y específicos del embarazo para cada paciente en particular, y documentarlo en el expediente
 - c) Explicar de manera sencilla lo que puede ocurrir en la sala de labor, expulsión y quirófano, para tranquilizar a la paciente y sus familiares
 - d) Enfatizar sobre los datos de alarma y la conducta recomendada para cada uno, durante todas y cada una de las consultas prenatales
 - e) La información deberá explicarse a la paciente y al familiar responsable que ella designe

por fallas en la documentación o por ambas. La atención médica de los casos analizados presentó desviaciones a la *Lex Artis* médica vigente en la especialidad en 54 % de los casos; principalmente por vigilancia defi-

ciente del trabajo de parto (22.3 %), seguidas de equipo o instalaciones inadecuados (14 %), y diagnóstico erróneo (12.4 %). El acto médico fue bien documentado en 55 % de los casos, pero en 45 %, el expediente se

encontró incompleto o con anotaciones deficientes o ilegibles.⁴⁴

Se describieron deficiencias institucionales en 40.5 % de los expedientes analizados, de las cuales la más frecuente fue la falta de equipo especializado (8.3 %), seguida de falta de disposición oportuna de hemoderivados, insuficiencia en ginecoobstetras y otro personal especializado y falta de supervisión a médicos en formación. Goley y Kerney, explican que los mejores obstetras y las mejores unidades perinatales se caracterizan por sus esfuerzos para mejorar su práctica profesional, examinando y aprendiendo de los errores que otros han cometido en el pasado.⁴⁰

La desviación más frecuente cuando se presenta un conflicto entre el obstetra y su paciente, es la comunicación. En nuestra revisión, la comunicación en la relación médico-paciente fue adecuada en menos de la cuarta parte de los casos analizados (24 %). Una relación eficaz entre quien brinda atención y la paciente se basa en el conocimiento y la habilidad que capacitan al primero, en la comunicación eficaz entre las personas y en los estándares éticos que regulan el comportamiento de los participantes en la relación.⁴¹ Se ha descrito que la comunicación deficiente entre médico y paciente, ya sea por sobrecarga de trabajo u otros factores, es una importante causa de desconfianza para los pacientes, que les predispondrá a atribuir cualquier evento adverso a un error del médico.

En contraste, la buena comunicación representa la mejor prevención de conflictos y genera los grados más

altos de satisfacción tanto al médico como a los pacientes y familiares.^{42,43} Por lo anterior, se hace evidente la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación como parte de la competencia profesional del obstetra.

La eticidad es una cualidad de la atención médica que está preservada, aunque un poco desorientada, pues se observó apego a los principios éticos de la práctica de la medicina en más de dos terceras partes de los casos. Sin embargo, aún prevalece el desconocimiento de los profesionales que atienden pacientes obstétricas acerca de la normativa legal, como el derecho de la paciente y sus familiares a información suficiente, clara y veraz; el consentimiento válidamente informado, que implica, más allá de formatos firmados, las explicaciones e instrucciones pertinentes y necesarias.

Según lo revisado anteriormente, ante el complejo reto de la asistencia en el nacimiento de una nueva vida, se requieren acciones que trasciendan las limitaciones técnicas y económicas de las instituciones de salud, acciones sencillas al alcance de las habilidades y destrezas de cualquier profesional, para mejorar la salud de la mujer y su hijo: compromiso con los valores intrínsecos de la profesión médica, ser minucioso en la atención de las embarazadas, identificar los casos de riesgo especial, reconocer las limitaciones institucionales y propias, conocer los lineamientos éticos y normativos aplicables a la atención obstétrica, y desarrollar habilidades de comunicación en la relación médico-paciente, esencia de la práctica médica. ♦

Referencias

1. De Miguel JR, Fabre E. Etiología de la mortalidad perinatal. En: *Gynécologie 5200-A-OS. Encycl Med Chir. Paris (Francia): Elsevier; 1998. p:1-4.*
2. Secretaría de Salud (México). Estadísticas de Salud 2000. *Salud Pub Mex Sep-Oct 2001;43(5):494-510.* Disponible en: URL: <http://xipe.insp.mx/salud/43/43513.pdf>
3. Martínez Salazar G, Fernández Díaz H, Cerda R, Calderón Garcidueñas AL. Estudio de correlación clínico patológica en material de autopsias de muerte materna, Hospital de Especialidades, CMNE. *Rev Salud Publ Nutr feb 2001;1(e).*
4. Organización Mundial de la Salud. Reporte de Salud Reproductiva. Indicadores en salud materna y perinatal. Revisión 1997. Disponible en: URL: <http://www.who.int/health topics/reproductive health/es/>.
5. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997. *Salud Pub Mex marzo-abril 1999;41(2):138-146.* Disponible en: URL: <http://xile.insd.mx/salud/41/412-8.Ddf>.
6. Angulo Vázquez J, Ornelas Alcantar J, Rodríguez Arias EA et al. Mortalidad materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, México. Revisión de 12 años. *Ginecol Obstet Mex 1999;67:419-24.*
7. Bobadilla JL, Reyes Frausto S, Karchmer S. Magnitud y causas de mortalidad materna en el DF (1988-1989). *Gac Med Mex 1996;132(1):5-16.*
8. Llaca Rodríguez V, Fernández Alba J. *Obstetricia Clínica.* Mc Graw Hill-Interamericana Editores. México: 2000. Capítulo 38, Muerte Materna. P:477-89.
9. Ruiz Moreno JA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Reporte de 25 años (1968-1991). *Ginecol Obstet Mex Nov 1995;163:452-9.*
10. Instituto Nacional de Perinatología (México). Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002. 3ª edición. Marketing y Publicidad de México. México:2002. Registro en trámite.
11. Ahued-Ahued JR, Fernández del Castillo SC, Bailón NR. *Ginecología y Obstetricia aplicadas.* 28 edición. Editorial Manual

- Moderno. México: 2003. Capítulo 55. p: 569. ISBN 970-729-009-9.
12. Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Ed. Mosby-Doyma Libros. 2ª edición. Madrid, España, 1993:3-5.
13. Martín MC. Acercamiento a la paciente. En: De Cherney AH, Pernoll MK. Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos. 7ª ed. México (DF): Manual Moderno; 1999;p:3-6.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, 17 de abril de 2000. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa1.htm>.
15. Dirección General de Salud Reproductiva. Indicadores del Sistema de Información Perinatal. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dcir/indicad/definici/index.htm>.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. México: 31 de octubre de 1994. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa2.htm>.
17. Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood: Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF pre-Congress Workshop» May 1996. World Health Organization, Geneva, 1997.
18. Rosenfield A, Fathalla ME. Manual de Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). New York (US): Parthenon Publishing Group; 1994;p:337-345, 403-419. [Colaboración FIGO-OMS-Center for Population and Family Health, Columbia University].
19. Tsui AO, Wasserheit JN, Haaga JG (editores). Healthy Pregnancy and Childbearing. En: Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions. Washington (US): National Academy Press; 1997.
20. Secretaría de Salud (México). Programa de Acción: "Arranque parejo en la vida". Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. México: 2002; P:21-24. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgs/Programas de accion/Programa APVzi.htm>.
21. Ley Reglamentaria del artículo 50 Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación (México). 26 de mayo de 1945. 7ª edición. Editorial PAC. México: 1996. Disponible en: URL: <http://www.itch.edu.mx/informacion/derechos/ldr.pdf>.
22. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación (México). 26 de mayo de 2000. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/marco juridico/ley cira/index-indice.htm>.
23. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación (México). 29 de abril de 1986. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/marco juridico/reglamentos ley cira/indexPrestacion.htm>.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación (México), 14 de septiembre de 1999. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa1.htm>.
25. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación (México). 13 de marzo de 2002. Disponible en: URL: <http://www.secdam.gob.mx/leves/levresD/responsabilidades.htm>.
26. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV, Clark SL. Obstetricia de Williams. 20ª ed. Buenos Aires (Argentina): Edit. Médica Panamericana; 1998.
27. Purdon TF, MacLennan A. ACOG Calls for Immediate Reform in Liability Insurance. Med J Aust 2002;176:425-8.
28. Lynch CB, Coker A, Dua JA. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. Br J Obstet Gynaecol Dec 1996;103:1236-42.
29. Informes anuales de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2001. ISBN 970-721-027-3 (2002) y 970-721-124-5 (2003). Disponible en: URL: [acceso 13-06-2003] <http://www.conamed.gob.mx/novedades.htm>.
30. Tena TC, Sánchez CJ, Rivera CA, Hernández GL. Reflexión en torno a la práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Rev Med MSS 2003;41(5):[en prensa].
31. Ramírez Sánchez TJ, Nájera Aguilar P, Nigenda López G. Percepción de la calidad de la atención en los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pub Mex ene-feb 1998; 40(1):3-12. Disponible en: URL: <http://xiDe.insn.mx/salud/40/401-2.html>.
32. Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud. 2ª edición. México: julio 2001. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/docDrociops2001-2006/PNS-com~leto~df>.
33. Institute of Medicine (USA). Disponible en: URL: <http://www.iom.edu>.
34. González Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir Esp 2001;69:591-603.
35. Campos-Castolo EM, Valle CA. Arbitraje médico en Ginecología y Obstetricia. Análisis de veinticinco casos de controversias. Ginec Obstet Mex 2001;69:57-64.
36. Morales-Jiménez JJ. La mayoría de las quejas por atención ginecológica y obstétrica se generan por percepciones derivadas de resultados inevitables. Ginec Obstet Mex 2001;69:108-17.
37. Johnson KD. Malpractice in Obstetrics. Int J Gyn Obstet Sept 15 2001;2530(8):4391-4455. Disponible en: URL: <http://www.medical-library.orpuindex.htm>.
38. Rubsamen DS. Doctors and Malpractice: Some Parting Thoughts. Phys Finan News 2002;20(4):22-24. Comentado en: Medscape Reviews 2002. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/430642>.
39. Ward CJ. Analysis of 500 malpractice claims: Causes and Prevention. Am J Obstet Gynecol 1991;165:298-306.
40. Goley RB, Kearney P. Malpractice losses in obstetrics. A review of claims. N J Med 2002;99:7.
41. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. Editorial Médica Panamericana. 8ª ed. México; 2000.
42. Mavroforou A, Giannoukas AD, Katsamouris A, Michalodimitrakis E. The importance of communication between physicians and patients. Special considerations in the era of endovascular therapy. Int Angiol 2002 Mar; 21 (1):99-102.
43. Pappas S, Periman A. Complementary and alternative medicine. The importance of doctor patient communication. Med Clin North Am 2002 Jan; 86:1-10.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Taller: “Violencia de género” para Perú y la Región Andina

*Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*

*Lima, 4 y 5 de abril 2003
Hotel Prince*

*UNFPA
Flora Tristán
IPPF (Región Hemisferio Occidental)
CEMICAMP
IWHC (New York)*

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Relato final

**Consejo directivo
2001-2003**

Presidente

Dr. Juan Trelles Yenque

Presidente Electo

Dr. Valentín Jaimes Serkovic

Secretario General

Dr. Víctor Bazul Nicho

Secretario de Acción Científica

Dr. Pedro Saona Ugarte

Tesorero

Dr. Antonio Ciudad Raynaud

Secretario de Actas

Dr. Luis Dankers Peralta

Presidente Saliente

Dr. Alfredo Guzmán Changanauí

Relator General: Dr. Luis Távara Orozco
Lima-Perú 4 y 5 de abril 2003

TEMA 1. Situación de la violencia de género y de la
violencia sexual en el Perú

Relatora: Dra. Rosario Gutiérrez

TEMA 2. Necesidades de las mujeres que sufren vio-
lencia sexual

Relatora: Dra. Leonor Zapata

TEMA 3. Normas y Protocolos de atención de emer-
gencia a la mujer que sufre violencia
sexual

Relatora: Obst. Katty Salcedo

Agradecimiento a nuestros patrocinadores

IPAS

IWHC

IPPF (Región Hemisferio Occidental)

UNFPA

FLORA TRISTÁN

Taller

Violencia de género

Para Perú y la Región Andina

Recibido para publicación:

10 de julio de 2003

Aprobado:

10 de julio de 2003

CEMICAMP

Presentación

Dr. Juan Trelles Yenque

Antecedentes

Dr. Luis Távara Orozco

Consideraciones generales

Dr. Luis Távara Orozco

Estado actual de la violencia de género en el Perú

Dra. Ana Guezmes

Consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer

Dra. Desireé Mostajo

Asistencia a la mujer víctima de violencia sexual

Dr. Aníbal Faundes

Conclusiones

Recomendaciones

Relación de participantes

Presentación

Dr. Juan Trelles Yenque

Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Es un placer poder presentar las conclusiones del Taller "Violencia de Género" realizado los días 4 y 5 de abril del presente año. Recordemos que la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) de las que es miembro la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), incluyen al igual que esta última, en su estructura, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. El coordinador de la SPOG y representante ante la FLASOG es el Dr. Luis Távara Orozco.

En el Congreso de FLASOG realizado en Santa Cruz, Bolivia, en 2002, se llevó a cabo el primer Taller de Violencia de Género, siendo una de las conclusiones finales la réplica de este mismo Taller en los diferentes países miembros de FLASOG, con la finalidad de involucrar al ginecoobstetra en su práctica diaria, al reconocimiento de la violencia y ayudar a las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, la SPOG cumpliendo con el mandato de sus estatutos trata de opinar y velar por la salud de la mujer en un país que tiene tasas de muerte materna elevadas, relacionadas al retraso de las mujeres en llegar a los servicios de salud y la poca capacidad resolutoria de los mismos. Asimismo, estas muertes se relacionan con el aborto inducido, consecuencia de embarazo no deseado, que a la vez se asocia estrechamente con la violencia sexual y la

inequidad de género. En suma, la muerte materna es un problema social y de salud pública, asociada a factores culturales, sociales, económicos y políticos, en donde resalta la falta de educación, ligada a la inequidad de género y violencia sexual.

En nuestro país la violencia sexual no es denunciada de rutina y su frecuencia es mayor que la indicada en la cifras que se obtienen por denuncia. El domicilio y el entorno familiar son los más involucrados en el problema.

El currículo de estudios básicos no ofrece un panorama claro para educar al niño y al adolescente en el reconocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, particularmente en violencia, así como el currículo de las profesiones de la salud tampoco permiten prevenir o tratar convenientemente la violencia sexual. De otro lado, el marco legal es poco claro en el tema y necesita ser revisado en cuanto a las medidas de prevención y sanción en los casos de violencia sexual.

Por acuerdo de FLASOG y en coordinación del Comité de Derechos Sexuales y reproductivos que coordina el Dr. Aníbal Faundes, la SPOG asumió el reto de realizar el taller. Se invitó a participar a representantes de la sociedad civil, de los sectores de educación, salud, congresistas, Poder Judicial, Fiscalía de la Nación, Iglesia y ONG. Destacamos el apoyo incondicional de Flora Tristán. Nuestro agradecimiento a las instituciones y personas que participaron a las que desde ya, invito a asumir el compromiso institucional y personal para difundir el tema y ayudar en su solución.

Antecedentes

Dr. Luis Távara Orozco

Relator General

Este Taller representa el esfuerzo compartido entre el Consejo Directivo de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) que laboraron a través de su Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos antes, durante y después del Taller, no sólo para asegurar su realización, sino también para publicar este informe final

La FLASOG durante el día previo al inicio del Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología llevado a cabo en la ciudad de Santa Cruz, Bolivia (Octubre de 2002) realizó el Taller sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, bajo la respon-

sabilidad del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. En este certamen se reunió un numeroso grupo de representantes de todas las Sociedades de Obstetricia y Ginecología afiliadas a FLASOG, quienes discutieron un nutrido temario. Los/as participantes produjeron un importante documento, el que fue trasladado al Comité para su perfeccionamiento y elaboración final antes de que fuera aprobado por FLASOG.

Finalmente el reporte del Taller precongreso de Santa Cruz-Bolivia fue presentado y aprobado por FLASOG. En él se comprometió a las Sociedades de Obstetricia y Ginecología afiliadas, a trabajar activamente para cumplir con los siguientes objetivos con referencia a las mujeres:

- El derecho a una vida sexual satisfactoria, libre de violencia y del riesgo de adquirir enfermedad o un embarazo no deseado
- El derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte
- El derecho de decidir libremente sobre su fertilidad
- El derecho a la interrupción del embarazo en los casos permitidos por la legislación de cada país

Según el reporte del Taller mencionado, la obtención de los objetivos debería merecer un conjunto de acciones que comprometan a las Sociedades de Obstetricia y Ginecología, a las autoridades gubernamentales del Sector Salud, a las Escuelas de formación de recursos humanos en salud y ciencias afines, ONG y a la sociedad civil en su conjunto.

Consecuencia inmediata de este Taller fue el compromiso de las sociedades integrantes de la Federación, de desarrollar reuniones semejantes en sus respectivos países, tratando de involucrar representantes médicos de la región a la cual pertenecen. Le tocó al Perú ser el primer país que lleve adelante un Taller sobre violencia de género que cuente con la presencia de profesionales nacionales y un conjunto de médicos de los países bolivarianos.

El desarrollo de este Taller estuvo bajo la responsabilidad de la Presidencia de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y del Representante de la SPOG ante el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, para lo cual se contó con la invaluable ayuda del coordinador del Comité Latinoamericano.

El Taller denominado "Violencia de Género", para Perú y la Región Andina contó con la presencia de representantes de múltiples instituciones peruanas y de siete representantes de países amigos: Dr. Aníbal Faundes (Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG), de Brasil, Dra. Desireé Mos-

tajo (Secretaria General de FLASOG), de Bolivia, Dra. Diana Galimberti, de Argentina, Dra. Leonor Zapata, de Venezuela, Dr. Manuel Arias, de Venezuela, Dra. Carmen Campuzano, de Ecuador y Dr. Iván Ortiz, de Colombia; todos con amplia experiencia en el tema.

Durante el primer día de trabajo se discutió en plenaria las tres exposiciones siguientes:

1. Primer Tema: Estado de la Violencia de Género en el Perú, expuesto por la Dra. Ana Guezmes
2. Segundo Tema: Consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer, expuesto por la Dra. Desireé Mostajo
3. Tercer Tema: Asistencia a la mujer víctima de violencia sexual, expuesto por el Dr. Aníbal Faundes

En el presente relato se resumen las tres ponencias en mención.

En este primer día, los/as participantes fueron asignados/as a tres grupos de trabajo para la discusión de cada uno de los temas. El trabajo de grupos se extendió desde las 11.30 a.m. hasta las últimas horas de la tarde de este mismo día.

El segundo día fue aprovechado para presentar los relatos de cada uno de los tres grupos y la discusión en plenaria de los mismos, que contó con una activa participación de los asistentes, lo que permitió la elaboración del reporte final, el mismo que fue nuevamente leído y sometido a enmiendas en plenaria.

Terminada esta primera redacción, el reporte final fue enviado a los participantes para que en forma escrita respondan sobre enmiendas necesarias de realizar, luego de lo cual se publicó la versión final.

Queremos dejar expresa constancia de nuestro reconocimiento a las instituciones y personas que desinteresadamente contribuyeron a la realización de este Taller. Nuestro especial agradecimiento a UNFPA y Flora Tristán por el patrocinio para esta publicación y por el apoyo incondicional durante todo el tiempo que duró la preparación y la ejecución de este certamen. Asimismo, nuestro agradecimiento al personal de secretaría de la SPOG que hizo más fácil el cumplimiento de nuestro cometido.

Consideraciones generales

Dr. Luis Távara Orozco

Relator General

La violencia es un mal social que va en aumento en todas sus formas. La violencia basada en género no es un problema de la sociedad contemporánea ni de

la civilización actual; ha existido siempre a lo largo de la historia y seguirá existiendo seguramente hasta que nosotros la toleremos. Hoy en día la padecemos como una endemia que golpea a nuestras comunidades y países en todo el mundo, sin distinción de clases sociales, raza, edad, sexo o religión.

Actualmente comprobamos con estupor que más de un quinto de las mujeres en el mundo sufren de violencia física o sexual, dos millones de niñas son sometidas cada año a alguna forma de mutilación genital, la violencia doméstica es común en la mayoría de sociedades, las violaciones y otras formas de violencia sexual están aumentando en todo el mundo y dos millones de niñas entre 5 y 15 años son introducidas en el mercado comercial del sexo cada año.

Si bien es cierto que los seres humanos convivimos con la violencia desde los orígenes de nuestra especie, el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como una violación de sus derechos humanos es algo reciente, se le ha sindicado además como un grave problema de salud pública y como un tema que reviste gran interés para la sociedad.

Desde 1979 en que las Naciones Unidas aprobaron la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, se han llevado a cabo un gran número de reuniones internacionales con el propósito de discutir el tema y de buscar mecanismos de protección para cautelar los derechos de las mujeres. En 1996 la Organización Mundial de la Salud definió la violencia de género como una prioridad de salud pública. En el Perú, es reconocida como un grave problema a partir de 1993 en que se expide la Ley 26230 contra la violencia familiar.

Como podrá leerse en los resúmenes aquí publicados, la violencia deja sobre las mujeres un trauma físico o emocional y otras graves consecuencias para las mujeres, niños/as y familia, lo cual determina la necesidad de una atención especial por parte de los/as profesionales de salud y de otras disciplinas vinculadas al tema.

Por tanto, es necesario ubicar el tema dentro de la discusión científica, sin descuidar un enfoque multidisciplinario en donde participen otros/as profesionales y otros/as actores desde la sociedad civil.

Los/as participantes de este certamen esperan que esta reunión sea el inicio de una forma diferente de enfrentar el problema y se empiece a generar espacios de discusión desde diferentes ángulos de la sociedad a fin de poder dar solución a este flagelo y obtener para las mujeres y niños/as mejores condiciones en su salud y su vida

Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú: Estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud sobre la Violencia de pareja y la salud de las mujeres

Dra. Ana Guezmes, Mg. Nancy Palomino,
Antrop. Miguel Ramos

Introducción

La violencia contra la mujer ha sido una constante a lo largo de la historia. Sin embargo, es reciente el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos, un grave problema de salud pública y como un tema de interés para la sociedad, que obliga a los Estados a tomar medidas y desarrollar políticas para prevenir, sancionar y erradicar esta agresión contra las mujeres.

El "Estudio Multicéntrico sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres" de la Organización Mundial de la Salud se llevó a cabo simultáneamente en ocho países del mundo. Este estudio ha contribuido a desarrollar una metodología para estudiar la violencia sexual y física contra las mujeres, especialmente la violencia ejercida por la pareja de manera comparable en contextos culturalmente diversos. Los resultados de esta investigación brindan evidencias de la magnitud del problema de la violencia y sus consecuencias así como las estrategias utilizadas por las mujeres para enfrentarlas.

Metodología

Se entrevistó durante el año 2000 a una muestra representativa de mujeres entre 15 y 49 años de edad de distintos estratos socioeconómicos, 1,414 mujeres en Lima metropolitana y 1,837 en el departamento del Cusco.

Resultados

Entre los principales hallazgos tenemos:

Magnitud de la violencia de pareja

Cuarenta y ocho por ciento de las mujeres de Lima y 61 % de Cusco reportó haber sufrido violencia física por parte de su pareja. Veintitrés por ciento de las mujeres de Lima y 47 % de Cusco reportó haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja. En conclusión, más de la mitad de las mujeres de Lima (51 %) y dos de cada tres en el departamento de Cuzco (69 %), han sido violentadas por su pareja en forma física o sexual.

Lesiones

Como efecto de la violencia física la mitad de las mujeres tuvo lesiones. Una cuarta parte en Lima y casi la mitad de las mujeres en Cusco consideraron que por la gravedad de sus lesiones necesitaban atención médica. Sin embargo una de cada tres mujeres con necesidad de atención en salud, nunca recibieron asistencia.

Violencia física durante el embarazo

Quince por ciento de las mujeres de Lima y 28 % en el departamento de Cusco han sufrido violencia física durante el embarazo. El agresor fue mayoritariamente el propio padre del/la niño/a. La violencia física contra un porcentaje importante de mujeres puede aumentar durante el embarazo y se focalizó en el abdomen. Para las mujeres que muchas veces están desnutridas o anémicas, con sobrecarga de trabajo y carecen de acceso a una adecuada atención de salud, la violencia durante el embarazo puede tener un efecto aún mayor en su salud. Se ha probado la asociación de violencia con abortos espontáneos, parto prematuro, infecciones, anemia, bajo peso al nacer y en general impacto en las habilidades psicosociales de la mujer frente al embarazo (OMS, 1997).

Magnitud de la violencia sexual contra la mujer antes de los quince años de edad

Una de cada cinco mujeres en Lima y Cusco reportó abuso sexual en la infancia. El principal agresor sexual de las mujeres antes de los quince años en ambas zonas de estudio resultó ser algún familiar masculino (diferente al padre o padrastro), y en segundo lugar, un desconocido.

Actitudes hacia los roles de género y la violencia contra la mujer, desde las propias mujeres

La mayoría de las mujeres en Lima y Cusco consideraron que los problemas de la familia se deben manejar exclusivamente en el ámbito "privado". En el departamento de Cusco, tres de cada cuatro mujeres consideraron que las mujeres deben obedecer al esposo aunque no estén de acuerdo con él. Un importante número de mujeres, sobre todo en Cusco, justificó la violencia física cuando es respuesta a la infidelidad de la mujer, o ante la simple sospecha, y en segundo lugar simplemente cuando la "mujer desobedece". Cerca de 10 % de mujeres en Lima y más de la mitad en Cusco consideraron que una mujer no puede negarse a tener relaciones sexuales si ella no lo desea.

Algunos impactos de la violencia

La mayoría de las veces, los hijos estuvieron presentes en algún incidente de violencia física contra su madre por parte de su pareja (59 % en los casos de Lima Metropolitana y 73 % en los casos del departamento de Cusco). Dos de cada tres mujeres declararon que la violencia ha afectado su salud. Una de cada cuatro consideró que el impacto ha sido serio. Aproximadamente la mitad de las mujeres que trabajan en Lima y Cusco consideraron que la violencia les ha afectado en su trabajo; por la dificultad de concentrarse, por la pérdida de confianza en sus habilidades y en una de cada tres porque la pareja interrumpió su trabajo.

Maneras de enfrentar la violencia

La autodefensa, la separación temporal o definitiva o buscar apoyos sociales o en servicios son estrategias que usaron las mujeres para enfrentar la violencia. Una de cada tres mujeres, tanto en Lima como en Cusco, manifestaron no haberle contado a nadie acerca de la situación de violencia. Sólo una de cada tres mujeres ha buscado ayuda en un servicio, principalmente en la policía, aunque la respuesta recibida no dejó satisfechas a muchas mujeres. La principal razón para buscar ayuda se refiere a situaciones límites: gravedad, temor al asesinato, violencia contra los hijos. Las principales barreras se refirieron al temor a no ser creídas o que el servicio no sería de gran ayuda.

Discusión e implicaciones políticas

Este estudio reafirma que la investigación sobre la violencia contra las mujeres puede realizarse si se toma en cuenta un total respeto de un conjunto de consideraciones éticas.

La violencia contra las mujeres ha recibido una atención creciente en las dos últimas décadas en el contexto de las Naciones Unidas. En la última década se han producido avances en la legislación y en las políticas públicas en Perú. A la luz de los hallazgos del estudio, podemos afirmar que este contexto favorable todavía no se traduce en resultados concretos de cambio hacia una vida libre de violencia para miles de mujeres en nuestro país, sus familias y la sociedad en general. Esta institucionalidad reciente tiene nula o escasa presencia en zonas rurales y no considera la diversidad cultural del país.

La persistencia de la violencia contra la mujer es favorecida por la presencia de impunidad y tolerancia social, así como por discriminación e inequidad de géne-

ro en el ámbito público y privado. Las respuestas son fragmentadas y tienden a centrarse en la legislación y en los servicios para las mujeres que ya sufrieron violencia, principalmente de zonas urbanas —con una cobertura todavía pequeña y que no deja satisfechas a las propias usuarias—.

Los aspectos preventivo-promocionales hacia un cambio cultural y social han sido poco abordados. En países de marcada tradición centralista como el Perú pero con gran diversidad cultural y étnica, la búsqueda de estrategias de prevención y atención eficaces debe ser descentralizada, pluralista y con participación efectiva de la sociedad civil y de las redes sociales. El empoderamiento de las mujeres y las niñas, y la equidad social y de género son elementos estructurales que deben ser parte de las prioridades públicas y primordiales en el desarrollo de una escuela pública que potencie relaciones igualitarias, la coeducación y nuevos modelos de socialización basados en la promoción y el respeto de los derechos humanos de las niñas y de los niños.

La violencia opera como un mecanismo de control y represión para las mujeres. Es así que el solo hecho de pertenecer a una organización, poder visitar a sus familiares o saber que cuentan con algunos apoyos en sus comunidades pueden ser conductas de alto riesgo y a la vez situaciones detonantes para que ella busque salidas. Para buscar ayuda es de suma importancia que la mujer se identifique como mujer maltratada y no justifique los actos violentos de su pareja. Un contexto inmediato donde se sanciona la violencia y en el cual los familiares intervienen como apoyos positivos —ya que ellos son la primera ayuda que buscan las mujeres— puede ser un gran estímulo para que la mujer logre romper la perpetuación del ciclo de la violencia. El enfoque en la comunidad es sumamente importante: para evitar el aislamiento de la mujer violentada, se debe articular las acciones y servicios entre los diferentes sectores, pero en especial para desarrollar estrategias de prevención culturalmente aceptables y promovidas por los propios actores del desarrollo local. En el ámbito comunitario cobra especial relevancia apoyar las estrategias que las mujeres usan para resolver las situaciones de violencia y respaldar iniciativas locales. Sin embargo, estos esfuerzos son poco mencionados por las encuestadas, lo que indica aún los limitados esfuerzos en el ámbito comunitario para eliminar la impunidad a la violencia como una posible hipótesis.

Por último, el sector salud se ha incorporado recientemente en las acciones para prevenir y atender la violencia. Dada la magnitud de la violencia y el impacto en la vida y salud de las mujeres, incluido el embarazo; la detección y atención tempranas son

estrategias fundamentales que este sector puede llevar a cabo por su contacto frecuente con las mujeres adultas. Que las mujeres refieran que acuden a los servicios de salud es un dato que debe ser tomado en cuenta para reforzar la calidad de los servicios, la vigilancia epidemiológica de la misma y la atención a sus necesidades en salud. Es lamentable la poca inversión que existe en la salud psicosocial y en la promoción de la salud de las poblaciones. La inversión en mejorar la calidad de atención y la respuesta de las comisarías es también de suma importancia ya que son estos servicios los que las mujeres visitan con mayor frecuencia para pedir ayuda. Sin embargo, es necesario anotar que se necesitan estrategias creativas que consideren que ante la magnitud de la violencia encontrada en esta investigación, las medidas punitivas contra el agresor son limitadas. Deben encontrarse nuevas formas de trabajo con los varones que permitan construir nuevos modelos positivos de masculinidad.

Desde una perspectiva de género, las intervenciones públicas o privadas deben evitar concentrarse en la familia como unidad de intervención, o en la comunidad sin tomar en cuenta la jerarquía y la discriminación en que las mujeres se hallan. Por otra parte, la inequidad social y las condiciones difíciles en las que viven las poblaciones rurales, debe obligar a los programas sociales nacionales a escuchar las voces de sus mujeres para poder desarrollar políticas y estrategias de atención creativas y adecuadas. El sector educativo, presente en la mayor parte de las comunidades rurales puede jugar un papel importante. Fortalecer las instituciones y redes sociales requiere tomar en cuenta las necesidades e intereses de las personas que las componen. No es posible alcanzar el desarrollo social si persiste la discriminación, exclusión y desventaja en que las mujeres se encuentran.

Para las organizaciones feministas que concentran sus esfuerzos en lograr el cambio en políticas públicas, parece cada vez más cierta la necesidad de contribuir a cambios culturales de corto y mediano plazo que transformen los mecanismos de poder que operan en las relaciones cotidianas de hombres y mujeres.

Para las instituciones académicas comprometidas con la generación de conocimientos y el desarrollo de corrientes de pensamiento, desarrollar estudios sobre la violencia e incorporar su abordaje en el pre y posgrado es un nuevo reto que permitirá que las nuevas generaciones de profesionales tengan herramientas y mayor sensibilidad acerca de este grave problema. ♦

Consecuencias Ginecológicas y Obstétricas

Dra. Desireé Mostajo (Bolivia)

Introducción

El 20 de octubre de 2002, en el Congreso de FLASOG, se realizó un Taller sobre Salud Sexual y Reproductiva, en Santa Cruz, Bolivia, al que asistieron delegados de 19 países. En dicho evento, se definió a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, como parte inseparable de los Derechos Humanos consagrados en su serie de Declaraciones y Convenciones Internacionales, además de estar presentes en la Constitución de cada país.

La violencia es un fenómeno de alta prevalencia, es un problema estructural que afecta al conjunto de la sociedad, pero de manera particular a las mujeres como género; está determinada por condiciones políticas, sociales, económicas y culturales, independientemente de su pertenencia étnica, de clase o grupo étnico. Sobrepasa fronteras, y emerge de la forma en que se relacionan los seres humanos y de las reglas, aceptadas o no, que regulan y reproducen los patrones de esta relación.

La Declaración de Viena (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer, diciembre 1993), la definió como: "Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".

Se manifiesta de diversas formas: violencia psicológica, física y sexual, y afecta gravemente a la salud de la mujer.

Violencia psicológica

Incluye amenazas de daño, de violencia física o sexual, y abandono, intimidación, humillación, insultos, y críticas constantes, acusaciones, atribución de culpa, hacer caso omiso de la persona, no prestar suficiente atención a las necesidades de la víctima, o ridiculizar dichas necesidades, controlar lo que la víctima puede o no puede hacer, negar las necesidades básicas (tales como comida, albergue y atención médica) y privación de la libertad.

Violencia física

Comprende el uso de fuerza física o armas en ataques que lesionan o hieren a la mujer, entre ellos golpear,

patear, jalar el cabello, morder, tirar ácido, quemar, atacar con armas y objetos y matar.

Violencia sexual

Comprende acciones que obligan a una persona a participar en actos sexuales contra su voluntad, sin su consentimiento; incluye el sexo forzado económicamente, la violación durante una cita, (incluyendo la administración de drogas a una mujer), la violación conyugal, la violación en grupos, el incesto, el embarazo forzado y el tráfico en la industria del sexo. También se considera que la violencia sexual incluye actividad sexual forzada sin penetración, así como el acoso sexual.

Violencia institucional

También se ha definido como una forma específica de abuso. Comprende daño físico y psicológico a las personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas públicos. Está estrechamente relacionada con la calidad de la atención a la salud.

La violencia de género en cifras

La violencia sexual contra la mujer es una tema de Salud Pública y de los Derechos Humanos (OMS).

Actualmente ocurren cerca de 12 millones de crímenes sexuales en el mundo. Cada hora 1,300 mujeres son violadas en el mundo. El Departamento de Justicia de Estados Unidos reporta 500,000 crímenes sexuales anuales. El Centro Nacional sobre Abuso a los Niños reporta 200,000 casos anuales de abuso sexual contra los niños.

La prevalencia en el sexo femenino es de 85 a 90 %, predominando entre los adultos y adultos jóvenes.

Existe un subregistro, ya que 80 a 90 % de los casos no son denunciados, debido a que la mujer se inhibe de presentar quejas y de consultar.

En Bolivia existe la ley 1674 contra la Violencia Familiar o Doméstica, reglamentada el 6 de julio de 1998 mediante Decreto Supremo 25087

Consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer

Consecuencias inmediatas

- a) Trauma genital
- b) Trauma psicológico
- c) Transmisión de enfermedades
- d) Embarazo no deseado

Consecuencias a largo plazo

- a) Secuelas de ETS, SIDA
- b) Aborto provocado del HIJO NO DESEADO
- c) Problemas de salud mental
- d) Somatización ginecológica

Secuelas psicológicas

- a) Depresión
- b) Trastornos del sueño
- c) Trastornos del apetito
- d) Dificultad en la concentración
- e) Alcoholismo

Prevalencia de quejas ginecológicas en mujeres con y sin historia de violencia doméstica

Quejas	Sí	No	p <
Dismenorrea grave	39 %	12 %	0.001
Dispareunia	47 %	23 %	0.01
Historia de ETS	40 %	18 %	0.01

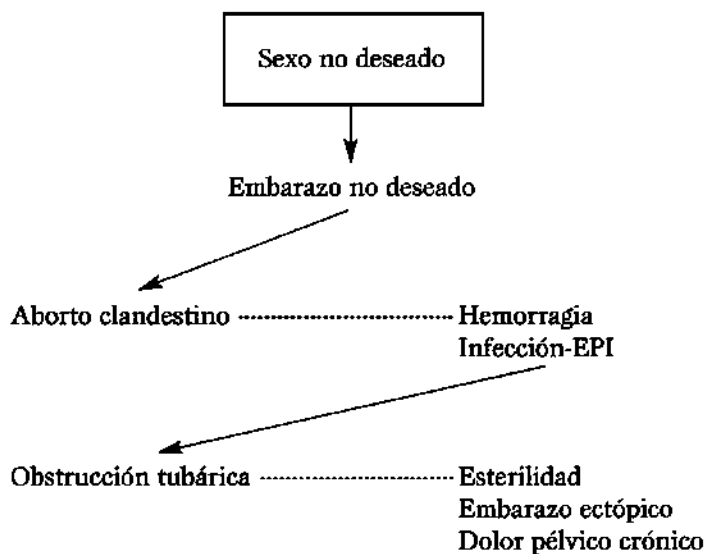
Fuente: Letoumean et al. *Women's Health Issues* 1999;9:115.

Riesgo relativo estimado (odds ratio) de historia de violencia sexual según síntoma presente

Síntoma	RR (ODDS)	IC al 95%
Dolor	1.73	(1.39-2.15)
Sangrado	1.73	(1.40-2.17)
Disfunción sexual	2.54	(1.98-3.27)

Fuente: Golding et al. *AJOG* 1998;179:1013.

La diferencia en cuanto a la media de peso de los recién nacidos de madres maltratadas durante su embarazo, nos evidencia la mayor proporción de recién nacidos de bajo peso de una manera significativa (-0.0013). Finalmente en el siguiente gráfico se resumen las consecuencias del embarazo no deseado resultante del sexo no deseado.



Asistencia a la mujer víctima de violencia sexual

Dr. Aníbal Faúndes (Brasil)

Violencia sexual en el contexto de la violencia de género

La violencia sexual es uno de los componentes de lo que se llama "violencia basada en el género". La Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas definió violencia de Género como "*Cualquier acto de violencia basada en género que resulta o seguramente resultará en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo amenaza de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, sea en el ámbito público o privado*".

En general se supone que la violencia dentro de una pareja comienza con la violencia emocional o psicológica, expresada en insultos o manifestaciones despreciativas que desvalorizan a la compañera o compañero, sigue con la destrucción de objetos apreciados por el otro, llega a las agresiones físicas cada vez más violentas y culmina con la violencia sexual.

La violencia dentro de la pareja puede ser del hombre hacia la mujer o de la mujer hacia el hombre, pero la primera predomina desproporcionadamente. En el caso de la violencia sexual, el predominio de hombre agresor es casi absoluto, la víctima es casi siempre mujer, excepto cuando se trata de violencia sexual en la infancia, en que la víctima no raras veces puede ser de sexo masculino.

Sin desconocer la importancia de la violencia sexual contra niños, que debe merecer la atención de la Pediatría, desde el punto de vista de la Ginecología y Obstetricia nos interesa la violencia sexual contra la mujer, desde la adolescencia hasta la menopausia.

Hasta recientemente la Ginecología y Obstetricia había ignorado, para todos los fines prácticos, el problema de la violencia sexual contra la mujer. Para nosotros era un problema de mínima o ninguna importancia, en buena parte porque permanece casi invisible. El problema es que muy pocos casos son denunciados. Estudios realizados en América Latina muestran que solamente 2% de los casos de agresión sexual intrafamiliar de niñas y niños, 6% de los casos de agresión sexual extra familiar y 5 a 8% de los casos de agresión sexual a adultos son denunciados (Heise *et al.*, 1994).

Una de las principales razones para esa falta de denuncia se debe a que la mayor parte de los agresores son los compañeros de esas mujeres, maridos legales o no, novios enamorados, amigos y de acuerdo con la cultura machista que predomina en la región, ellos

"tienen derecho" a decidir cuando quieren o no usar el cuerpo de su compañera. Otras veces es el propio padre o padrastro que violenta sexualmente a una niña o adolescente y no es denunciado porque es quien sustenta la familia.

La violencia sexual es más frecuentemente denunciada cuando el agresor es un desconocido; por eso, si nos basamos sólo en la denuncia tendremos la falsa impresión de que la mayor parte de las agresiones sexuales son causadas por desconocidos. Sólo a través de estudios específicos se puede identificar la verdadera frecuencia de las agresiones sexuales dentro de la pareja.

Por esa misma razón la violencia es casi invisible, lo que explica que hasta ahora ginecólogos y obstetras no nos hayamos preocupado por el problema. No nos damos cuenta que cuando se trata de violencia sexual, ésta nos alcanza directamente por ser un problema de nuestra clientela, más importante que muchos otros que sí nos preocupan cotidianamente. La importancia de la violencia sexual en la práctica ginecoobstétrica está definida tanto por su elevada frecuencia como por las graves consecuencias que esta violencia puede tener sobre la mujer agredida. Estas consecuencias son inmediatas y tardías y ambas merecen nuestra atención.

Necesidades de la mujer que sufre violencia sexual

La mujer que sufre violencia sexual tiene necesidades inmediatas, en las horas que siguen a la agresión y necesidades tardías, en las semanas y meses siguientes y que muchas veces se prolongan a lo largo de los años.

Lamentablemente hasta ahora la principal preocupación de quienes atienden a las mujeres que sufren violencia sexual parece ser la identificación del agresor. Si la mujer consulta en un servicio de urgencia general o en el servicio de Ginecoobstetricia el cuidado se limita a eventuales heridas y se la envía al Servicio Médico Legal para comprobar las lesiones y recolección de muestras para posterior identificación del agresor. En otras palabras, se atienden las necesidades de la justicia y no las necesidades de la propia mujer. Es responsabilidad de nosotros, los ginecoobstetras, cambiar esta situación y hacer que los servicios respondan a las necesidades de la mujer que fue víctima de la violencia sexual.

Lo primero que esta mujer necesita es apoyo psicológico. Para esto no es necesaria una psicóloga que seguramente no estará disponible en un servicio de urgencia. Lo que se necesita es una persona preparada para escuchar con simpatía y dar un hombro donde la mujer pueda sentir apoyo emocional y ser reconfortada que su problema va a pasar y será protegida.

En la mayor parte de los casos esa mujer necesitará seguimiento psicológico posterior, para lo que se sugiere coordinación con servicios de psicología y salud mental idealmente en el mismo servicio u hospital.

La siguiente necesidad inmediata de la mujer es ser protegida contra un posible embarazo no deseado, que la mayor parte de las veces terminaría en aborto.

Felizmente existe una forma de prevención del embarazo, la que actúa después del acto sexual y que es la píldora de anticoncepción de emergencia (AE). Esta píldora debe ser usada lo más pronto después de la violación, siendo efectiva si es administrada hasta 72 horas después o hasta 120 horas según una publicación reciente coordinada por la OMS (von Hertzen *et al.*, 2002). La AE está indicada en todos los casos de violación, excepto si la mujer estaba usando un método anticonceptivo de alta eficacia; tal como, anticoncepción hormonal oral, DIU, inyectable trimestral o inyectable mensual.

Existen dos tipos de píldoras para anticoncepción de emergencia actualmente en el mercado. La más antigua es el llamado método Yuzpe, descrito por primera vez por el autor de ese nombre en 1982 (Yuzpe *et al.*, 1982). Consiste en tomar dos comprimidos de anticonceptivo combinado oral que contenga levonorgestrel (LNg) 0.25mg (o de Norgestrel 0.50 mg) + etinil estradiol (EE2) 0.05 mg. Igual dosis de dos comprimidos de ese mismo anticonceptivo debe tomarse 12 horas más tarde, lo que significa que la dosis total debe ser de 4 comprimidos con 0.25 mg de LNg y 0.05 mg de EE2. Si este anticoncepcional, considerado de dosis alta no estuviera disponible, habría que administrar cuatro comprimidos con 0.150 a 0.125mg de LNg + 0.03 a 0.02mg de EE2, en cada dosis, repitiendo otros cuatro comprimidos con 12 horas de intervalo.

La alternativa más moderna, que se ha mostrado más eficaz y con menos efectos secundarios, es administrar un comprimido con 0.75 mg de levonorgestrel, (sin estrógeno), también repitiendo una dosis igual, 12 horas más tarde. Un estudio reciente ya citado de la OMS, parece indicar que se obtiene el mismo efecto administrando los dos comprimidos de una sola vez (von Hertzen *et al.*, 2002).

El levonorgestrel solo, en dosis un poco más alta que en el método de Yuzpe, parece ser entre dos o tres veces más eficaz que este último (WHO, 1998). Además, la incidencia de efectos secundarios, particularmente náuseas y vómitos también es dos a tres veces menor (WHO, 1998).

Otro resultado muy importante de los estudios de la OMS es que la eficacia del método es mayor cuanto más precozmente después de la violación la píldora de AE es administrada. Así, en el estudio de la OMS de

1998, la tasa de embarazo fue de 0.4 % cuando la píldora con Levonorgestrel sólo fue administrada dentro de las primeras 24 horas después del coito no protegido, subió a 1.2 %, si era tomada entre 24 y 48 horas, y a 2.7 % cuando era administrada entre 48 y 72 horas poscoito (WHO, 1998).

A pesar de que no corresponde exactamente al tema, resulta importante destacar que la píldora de la AE actúa antes de la fertilización. Lamentablemente ya se publicó en libros serios que su mecanismo de acción sería evitando la implantación del huevo fecundado, basándose en las alteraciones endometriales causadas por los anticonceptivos orales combinados. Hoy se sabe que 7 a 8 días después de tomada la AE, que correspondería a la fecha de la implantación, el endometrio es normal, de manera que no podría impedir el proceso implantatorio. Además, se ha demostrado que existen mecanismos prefertilización que explican todo el efecto anticoncepcional de la píldora de AE.

Prevención/tratamiento precoz de ITS/SIDA

La otra necesidad muy importante de estas mujeres, sobre todo si el agresor es desconocido, es el de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de contaminación por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Como es importante saber cuál era la situación de la mujer antes de la agresión se debe tomar muestra de sangre para serología para hepatitis B, sífilis y VIH. Sin esperar los resultados de los exámenes, debe hacerse tratamiento profiláctico para sífilis y gonorrea con penicilina 1,200,000 UI, intramuscular en dosis única y para clamidia con azitromicina 2.0 g, vía oral en dosis única (o tiamfenicol, 2.9 g, vía oral en dosis única). Este tratamiento debe hacerse lo más temprano posible después de la posible contaminación y no más tarde que dentro de las primeras 72 horas.

Con referencia a la hepatitis B, la prevención se hace con inmunoglobulina hiperimmune para hepatitis B (HIBG) 0.6 - 0.8 mL/kg, intramuscular en dosis única o inmunoglobulina humana 1 amp/20 kg, intramuscular en dosis única. En este caso el tratamiento debe administrarse en las primeras 48 horas después de la violación.

Referente a la profilaxis para SIDA, es muy importante informar a la mujer sobre los riesgos de infección y los efectos secundarios de la profilaxis. Esto porque las drogas utilizadas causan molestias importantes y deben ser usadas por periodos prolongados. Para que realmente tenga efecto, el tratamiento no puede ser interrumpido y la mujer debe ser muy bien orientada al respecto. El tratamiento propuesto es similar al que se

usó en caso de accidente de un funcionario de salud que atiende a la paciente infectada.

Un esquema recomendado es de quimioprofilaxis triple sin selección de pacientes por cualquier criterio. Por ejemplo:

Zidovudine 200 mg, vía oral cada 8 horas
Lamivudine 150 mg, vía oral cada 12 horas
Indinavir 400 mg, vía oral cada 8 horas

Debe ser iniciada en las primeras 72 horas después de la violencia y mantenida por cuatro semanas.

Orientación sobre derechos legales y asistencia social

Por último, estas mujeres deben recibir apoyo legal y social. Es necesario estimularlas a hacer denuncia en la policía, idealmente a un Departamento especializado si existe en la ciudad. Además es importante orientarlas a que deben consultar en caso de atraso menstrual, porque siempre existe el riesgo de embarazo, aun cuando hayan usado AE.

Además, la violencia sexual frecuentemente se acompaña o es consecuencia de graves desajustes sociales, sobre todo cuando la violencia es intrafamiliar. En esos casos el papel de la asistencia social pasa a ser fundamental, así como la coordinación con instituciones o grupos que se preocupan de la rehabilitación de hombres "autores de violencia".

Papel del ginecólogo en la asistencia de urgencia de la mujer víctima de violencia sexual

El papel del/la ginecólogo/a es fundamental porque a él/ella cabe organizar y orientar los servicios que atiendan a la mujer víctima de violencia sexual.

Entre las premisas básicas de esta asistencia debemos destacar que quien atienda debe tener una actitud comprensiva y solidaria, debe saber escuchar lo que la mujer desee decir, sin ser inquisitivo/a o curioso/a. Además es siempre necesario recordar que no podemos limitarnos a atender la emergencia, sino preocuparnos del seguimiento a mediano y largo plazo de estas mujeres.

Consecuencias a mediano y largo plazo

Algo que se olvida con frecuencia es que la violencia sexual también tiene consecuencias a largo plazo que precisan de atención ginecológica. Además de las secuelas de ITS/SIDA, que incluyen la enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, etc.; un problema frecuen-

te es el embarazo no deseado, que lleva a aborto provocado o hijo no deseado. Por otra parte la violencia sexual también lleva con frecuencia a problemas de salud mental y a lo que puede llamarse somatización ginecológica de la violencia sexual, que incluye alteraciones menstruales, dolor pélvico crónico, dolor al coito y disfunciones sexuales (Faúndes *et al.*, 2000; Golding *et al.*, 1998)

Un problema que nos cuesta mucho enfrentar y que podría ser objeto de todo un artículo especial sobre el asunto, es el del embarazo resultado de violación. En general, cuando ocurre en una persona próxima o familiar no tenemos duda en la interrupción del embarazo si es el deseo de la mujer, como ocurre en la inmensa mayoría de los casos. Cuando es una queja de mujeres que consultan en nuestra práctica diaria, lo menos que podemos hacer es darles orientación o consejería.

Consejería, en este caso, significa exponer alternativas tales como aceptar el embarazo, entregar en adopción al recién nacido después del parto o la interrupción del embarazo. Lo más difícil es dar esa orientación sin juicio de valor y sobre todo, sin imponer actitudes de quien está dando esa orientación.

Lamentablemente, el problema de la mujer que se embaraza como resultado de violación es un asunto que nos cuesta mucho enfrentar, pero que no es posible continuar ignorando.

Atención a la mujer que sufre violencia sexual en Brasil

Brasil es un país en que los/las ginecoobstetras, organizados/as bajo la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO), están encarando el problema de la violencia sexual con acciones efectivas desde por lo menos el año 1996.

Como resultado de este esfuerzo, unido a varios otros actores sociales y el propio Ministerio de Salud, el número de hospitales con programas especializados en la atención a las víctimas de violencia sexual ha aumentado progresivamente, de tres hospitales con programas en 1996 a 30 en 1999 y 69 en 2001, hasta llegar a 245 clínicas u hospitales dando este tipo de atención en diciembre de 2002. En esta última fecha, más de 40 hospitales, principalmente hospitales universitarios, ya practicaban interrupción legal del embarazo en estos casos.

La experiencia brasileña en la asistencia a las víctimas de violencia sexual ha mostrado un aumento progresivo y rápido del número de consultas en las horas siguientes a la agresión, lo que se ha acompañado en los servicios más antiguos de disminución de los pedi-

dos de aborto por violación, tres o cuatro años después de iniciado el programa en cada ciudad.

Comentario final

La violación sexual afecta entre una de cada tres, a dos de cada tres mujeres, alguna vez en su vida. Los efectos son principalmente psicológicos y ginecológicos, por lo que los/as ginecoobstetras no podemos seguir indiferentes frente a la violencia sexual. Es nuestra obligación organizar servicios que respondan a las necesidades de estas mujeres. Los/as invito a participar en esta lucha. Sus esfuerzos en este sentido serán ampliamente reconocidos por las mujeres y por la sociedad en general.

Referencias

1. Faúndes A, Hardy E, Osís MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *RBGO* 2000;22:153-7.
2. Golding JM, Wilsnack SC, Learman LA. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1013-9.
3. Heise LL, Pitangui J, Germain A. Violence Against Women. The hidden health burden. Washington, DC. World Bank Discussion Papers, 1994, pp.72.
4. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bárfal G, et al. Low dose mifepristone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
5. World Health Organization (WHO, 1998b). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428.
6. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with di-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982;37:508-13.

Conclusiones

En concordancia con el mandato de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) durante el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de octubre 2002, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología convocó este certamen que tuvo la característica de ser interinstitucional y multidisciplinario.

El desarrollo de este Taller se enmarca también en el mandato que tienen los acuerdos internacionales, como la Conferencia Internacional de Población y De-

sarrollo de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing (1995), a las cuales el Perú se comprometió dar cumplimiento.

Los/as participantes del Taller definieron la violencia de género como todo acto de violencia contra las mujeres que tenga como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en ellas, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o en la vida privada. Igualmente los/as participantes concordaron que el tema de violencia de género es un problema de Derechos Humanos y de Salud Pública.

La afirmación anterior se basa además en el reporte de ENDES 2000, en donde aparece que 41 % de las mujeres peruanas en edad reproductiva han padecido violencia. De otro lado, la prevalencia encontrada en Lima y Cuzco es todavía más alta, incluso que la encontrada en otros países que participaron en el estudio de OMS, del cual Perú fue parte.

Los/as participantes en el Taller dejaron expresa constancia de que es necesario trabajar activamente en el campo de la violencia de género y muy particularmente en la violencia sexual, dado que las mujeres que la padecen consultan muy poco o no consultan por que saben que no son atendidas o la atención no responde a sus necesidades.

Luego de un amplio debate se llegó a las siguientes conclusiones que se agrupan en tres líneas de trabajo:

1. En el campo legal y de las disposiciones administrativas

Actualmente las mujeres peruanas que han sido sometidas a violencia sexual tienen acceso a la autoridad policial y a la Fiscalía en donde pueden denunciar el caso. El/la fiscal dispone que la víctima sea sometida a un reconocimiento médico legal y recibe su declaración en presencia de sus padres o de persona responsable y de un/a abogado/a, para cautelar la defensa de sus derechos, en caso de que sea menor de edad. Si el autor de los hechos es una persona comprendida entre los 12 a 18 años, el Titular de la investigación Policial es el/la Fiscal de Familia y los hechos serán conocidos también por un/a Juez de la misma especialidad para la aplicación de la medida socioeducativa respectiva (hasta tres años de internación). En estos casos de menores de 18 años se aplican las normas previstas en el Código de los Niños y Adolescentes correspondientes a la justicia penal juvenil.

El Código Penal considera que en el caso de las personas mayores de 18 años, la violencia sexual es un delito que amerita pena privativa de la libertad considerando como agravante si la víctima es menor de edad; sin embargo la legislación peruana no prevé la protec-

ción económica o social cuando el agresor es la pareja y proveedor.

La Ley establece brindar a las víctimas de violencia sexual apoyo psicológico y la existencia de casas refugio en las que se les brinda hospedaje, alimentación y en algunos casos capacitación técnica. Sin embargo, los/as integrantes del Taller consideran que el apoyo previsto por el Estado peruano resulta muy bajo en cobertura, de tal modo que la mayor parte de las mujeres que necesitan esta protección no la reciben.

La Resolución Ministerial 399-2001-SA incluye la anticoncepción de emergencia dentro de los métodos de planificación familiar; sin embargo ésta aún no ha sido implementada en los servicios públicos, existe además un proyecto de ley que intenta derogar esa resolución, con lo cual las mujeres más pobres resultarían afectadas al no disponer de protección contra el embarazo no deseado y la consiguiente exposición al aborto inducido en condiciones inseguras.

No existen protocolos de atención para los casos de violencia sexual, a pesar de que ha sido establecida una relación estrecha entre la violencia y el alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Los/as participantes consideran que no obstante existir una legislación represiva para los adultos que cometen actos de violencia sexual, los procesos de investigación y judicial son muy lentos. Por esta razón se propone crear una unidad especial para la investigación de estos casos, así como la disponibilidad de jueces especializados en el tratamiento de los delitos sexuales y de manera general la internalización y sensibilización de los/as diferentes actores del aparato judicial que interactúan en este tipo de delitos.

Las mujeres que llegan a embarazarse a consecuencia de un acto de violencia sexual no tienen derecho a la interrupción del embarazo en el Perú.

De acuerdo a las consideraciones anteriores se hace necesario realizar abogacía, investigación científica, desarrollar modelos de prevención, atención y protección social y económica de las mujeres víctimas de violencia sexual, fortalecer los programas de educación orientados al cambio de actitudes y prácticas, y al empoderamiento de las mujeres, así como generar políticas públicas que garanticen el acceso a la atención de emergencia con cobertura de los costos por parte del Estado para las mujeres en situación de pobreza.

2. En el campo de las necesidades de las mujeres que sufren violencia sexual

Los/as participantes consideran que la mujer que padece violencia sexual tiene derecho a apoyo emocional

altamente sensibilizado, proporcionado con afecto, respeto y privacidad. Teniendo en cuenta que los/as participantes están en contra del aborto inducido, consideran que en la víctima se debe efectuar la prevención del embarazo mediante el uso de la anticoncepción oral de emergencia (*), así como la prevención de infecciones de transmisión sexual y tratamiento del trauma físico y psicológico, previo consentimiento informado.

Se considera la necesidad de establecer servicios permanentes de emergencia para atender a aquellas mujeres que sufren violencia de género y específicamente violencia sexual. Para ello se puede disponer de profesionales de la salud, promotores de salud a nivel comunitario, organizaciones no gubernamentales y grupos religiosos de acuerdo a las creencias de las víctimas. Estos servicios debieran contar con un espacio físico necesario que garantice la privacidad de la mujer que no debe quedar expuesta a la vista de otras personas o de personal sanitario. También debe contar con medicamentos necesarios para la prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual.

Para atender a las víctimas de violencia sexual, los/as participantes consideran la necesidad de entrenamiento de personal que incluya agentes comunitarios, líderes sociales, miembros de las fuerzas policiales, médicos legistas, personal del sector salud, educación y de los medios de comunicación social. Las campañas de comunicación debieran tener un espacio importante para colocar el tema como un problema de Salud Pública y de Derechos Humanos.

3. En el campo de la normatización y existencia de un protocolo de atención de emergencia a la mujer que sufre de violencia sexual

Los/as participantes consideraron unánimemente la necesidad de contar con un protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual y concordaron en algunos puntos básicos sobre el mismo:

El protocolo debe institucionalizar la atención humanizada de la mujer que padece violencia sexual. Antes de poner en marcha el protocolo de atención debe propiciarse una reunión interna en la institución prestadora de servicios y se debe partir de la idea de que el protocolo se irá aplicando progresivamente, dependiendo de las condiciones existentes en cada lugar.

De otro lado los servicios que prestan atención protocolizada de la violencia sexual deben ser identificados claramente a través de un sistema adecuado de señalización y el protocolo igualmente debe estar fácilmente disponible para que los prestadores de servicios puedan seguirlo cuidadosamente.

La persona que debe dar la primera atención será escogida entre aquellas que prestan atención a la mujer y que estén sensibilizadas y capacitadas, cuidando que sean parte del personal estable del servicio de salud y que además sea aceptada por la víctima.

Es recomendable que la atención la realice en lo posible una sola persona, quien deberá dar el apoyo psicológico inicial, administrar la anticoncepción de emergencia y tomar las medidas de prevención para infecciones de transmisión sexual. La anticoncepción oral de emergencia desde estar disponible en forma de Levonorgestrel 0.75 mg o de método de Yuzpe (*). Debe precisarse, además, que la persona que haga un examen pélvico y tome las muestras para la identificación del agresor, así como conservarlas, debe ser un/una profesional de salud capacitado/a.

Dentro del protocolo de manejo se debe incorporar la profilaxis de la hepatitis B y del SIDA, lo que se justifica por ser un derecho que le asiste a la mujer violentada.

El protocolo debe además considerar el seguimiento de la víctima para identificar secuelas a mediano y largo plazo y proporcionarle la ayuda y asistencia que amerita el caso.

En el Perú la interrupción del embarazo por causa de violencia sexual no es legalmente permitido, sin embargo los/as participantes del taller consideran de necesidad discutir el tema con mayor amplitud, considerando los casos vinculados a violación. ◇

(*) La representante de la Conferencia Episcopal expresó su desacuerdo con el uso de la anticoncepción hormonal oral de emergencia por no aceptar que su mecanismo de acción es la prevención de la fecundación.

Recomendaciones

1. Sobre prevención de la violencia sexual y de sus consecuencias
 - Levantar un sistema de información sobre violencia sexual a nivel de todos los servicios de salud.
 - Fortalecer las campañas de comunicación social en el tema de violencia sexual.
 - Fortalecer el trabajo a nivel de la sociedad civil para mejorar el trato de las trabajadoras del hogar y evitar la violencia sexual en ellas.
 - Considerar en la legislación la existencia de un programa de rehabilitación para el agresor sexual.
2. Sobre legislación referente a violencia sexual
 - Considerar en el abordaje legislativo a la violencia no sólo como un tema que vulnera las liber-

tades individuales, sino debe agregar que la violencia física y sexual es un grave riesgo contra la salud y un atropello a los derechos humanos de las mujeres.

- Avanzar en los procedimientos legales a fin de flexibilizar los dispositivos que permiten la interrupción del embarazo, reconociendo que existe un conflicto entre los derechos de la madre y los derechos del embrión o feto (**).
3. Sobre asistencia a la mujer que sufre violencia sexual
 - Establecer servicios de emergencia para la mujer que padece violencia sexual.
 - Cumplir con las términos de la RM 399-2001 SA que incorpora la anticoncepción de emergencia dentro de los métodos anticonceptivos.
 - Incorporar a los currícula de estudios de los/as profesionales (de pregrado y posgrado) y técnicos/as de salud, el tema de violencia sexual.
 - Crear grupos de apoyo entre los/as niños/as que han sufrido violencia sexual, no sólo para fortalecer su rehabilitación, sino además para ayudar a los/as demás niños/as a evitar casos similares.
 4. Sobre coordinación entre salud y justicia
 - Mejorar la capacitación de los médicos legistas a fin de poder obtener diagnósticos más precisos en los casos de violencia sexual.
 - Otorgar valor legal al examen realizado por el médico en el servicio asistencial para evitar así repetir el examen por el médico legista.
 - Fortalecer la relación entre los profesionales de la salud y los jueces y fiscales en el tema de la violencia sexual.
 5. Sobre el seguimiento de las recomendaciones del taller
 - Conformar a nivel de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología un grupo de trabajo a partir del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, que haga una propuesta de Protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual. Este Protocolo debe ser consultado con los Jefes de Servicio a nivel asistencial
 - Hacer seguimiento anual a los avances realizados a partir de este Taller, lo que sería responsabilidad de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología ◇

(**) La representante de la Conferencia Episcopal mostró su desacuerdo y una de las representantes del Poder Judicial mostró su reserva en relación a la permisividad para la interrupción del embarazo.



Tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo con transfusiones de sangre del marido (*)

Dr. José MEDINA MORA.

Artículo publicado en el Volumen III, Número 6 noviembre-diciembre de 1948, páginas 423-428.
El texto está reproducido de acuerdo con la versión original.

Una de las molestias más desagradables y perjudiciales con que se puede presentar el embarazo, es precisamente el vómito; y es uno de los problemas de terapéutica, más espinoso, con que se enfrenta el Médico general y hasta para el mismo Médico especializado. Repasando el panorama terapéutico, se queda uno con la impresión de que nada hay eficaz para suprimir el vómito pertinaz de la embarazada.

El vómito es muy frecuente en el embarazo, y con una incidencia variable de acuerdo con los autores, en los distintos lugares de la tierra. Aventurando la expresión, me atrevería a decir que en más de un 50 % de los embarazos en nuestro país, y sobre todo en la clase media y pobre de nuestro pueblo, dicho factor se presenta.

Etiopatogenia:

Habitualmente es consecuencia de un reflejo, con punto de partida que puede estar en la mucosa de cualquiera de los segmentos del tubo digestivo, así como en el peritoneo, o en cualquier órgano de la economía o sistema orgánico; y también dentro de la esfera psíquica. Las vías aferentes y eferentes corren por los carriles de los nervios Neumogástricos y los espláncnicos, estando en relación con el estómago por intermedio del plexo solar.

Los centros del vómito, que pueden ser excitados en forma directa o por la vía refleja, existen a nivel del bulbo, en la corteza del surco cruciforme, en los tubérculos cuadrigéminos posteriores, en los cuerpos estriados, y en las partes superiores de la médula cervical.

Habría, pues, que distinguir los vómitos de origen central, es decir, los provocados por la excitación directa de los centros, de los de origen periférico, que son provocados por la excitación de dichos centros por vía refleja. En las embarazadas, los vómitos de origen central, por causa tóxica, podrían estar determinados por alteraciones del equilibrio físico-químico; o por la presencia de las secreciones provenientes del cuerpo amarillo de la gestación, o de las gonadotropinas, o por alteraciones de la función tiroidea, o por insuficiencia suprarrenal, o por insuficiencias vitamínicas.

Teniendo en cuenta que la aparición de las náuseas y de los vómitos del embarazo, son simultáneas con, el desarrollo del cuerpo amarillo, algunos autores han pensado que la hiperhemésis gravídica sea ocasionada por un estado de sensibilidad especial y provocada por la hormona lutea.

Durante la gravidéz, especialmente durante la primera mitad, se produce hipertrofia adreno-cortical. Si dicha hipertrofia no se produce, aparece la insuficiencia adreno-hormonal, una de cuyas manifestaciones es la hiperhemésis gravídica.

Dichas enfermas tienen una enorme semejanza con el Adísonismo: anorexia vómitos, astenia, adelgazamiento pronunciado, piel frecuentemente pigmentada (máscara de la preñez), laxitud muscular, oliguria, hipotensión y tendencia al colapso. Hay también en ambos estados, los mismos trastornos de discracia sanguínea: hipocloremia, hipercetonemia, hemoconcentración y aumento de la densidad. De ahí se justifica los buenos

Comacalco, Tab., Mex.

* Leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

resultados que se han logrado en los vómitos, con el uso del acetato de Desoxicorticosterona.

Durante el embarazo, normalmente hay hiperprolaminemia, e hiperluteinemia que van en aumento hasta alcanzar su máximo al fin del tercer mes; y la cifra de la foliculinemia empieza a subir desde recién el tercer mes, para alcanzar su máximo al final del embarazo.

En la embarazada existe un marcado desequilibrio vago-simpático en el cual mucho tiene que influir el vagotonismo predominante, en la producción del síntoma en cuestión.

Los vómitos de origen periférico son muy frecuentes. Pueden ser originados por olores y sabores muy desagradables, repugnantes, excitaciones gástricas por líquidos irritantes, etc., forman parte de la sintomatología de muchos padecimientos: gastro intestinales.

Las teorías que explican la excitación del Neumogástrico, por la excitación que produce el huevo en crecimiento, sobre la pared uterina, o por las modificaciones que asientan en los genitales, durante el embarazo, no han tenido mucha fortuna.

Sintomatología:

Sintomatológicamente pueden distinguirse varias clases de vómitos:

- a) — Vómitos nauseosos, cuyo tipo es el de la indigestión; van precedidos de un estado progresivo nauseoso.
- b) — Vómitos dolorosos, que son propios de las afecciones orgánicas del estómago, del duodeno, de la vesícula biliar y que van precedidos de gastralgias.
- c) — Los vómitos simples, observados en las afecciones nerviosas, por lo que se denominan de "tipo cerebral", están caracterizados por no ser precedidos en muchas ocasiones de estado nauseoso, y por producirse con mucha facilidad, sin ningún esfuerzo. En la embarazada puede presentarse éste tipo de vómito, que puede aparecer en ayunas, o luego de la ingestión de alimentos. No influyen sobre el apetito, a tal grado que después de vomitar, puede volver a comer tranquilamente sus alimentos, con muchas probabilidades que en ésta vez ya se le queden. Tampoco influyen sobre el estado general, aparecen en las primeras semanas de la gestación, y duran un par de meses. Son los vómitos simples o comunes o habituales de la embarazada. Pero cuando los vómitos se repiten, frecuentemente, cuando hay intolerancia gástrica absoluta y se produce grave desnutrición, los vómitos son llamados "incoercibles". En ese caso la

embarazada empieza a sentir repugnancia por los alimentos, aparecen la sialorrea y los vómitos, que aumentan progresivamente en frecuencia y en gravedad. El peso se mantiene estacionario primero, y en seguida descende. En un segundo periodo, además de la agravación de los síntomas precedentes, aparece la cefalea, taquicardia y la fiebre. En la orina pueden encontrarse las siguientes alteraciones: oliguria, albuminuria, a veces cilinduria, acetona, ácido B'-Oxibutírico (acidosis), urobilina y amoníaco en cantidades cada vez mayores.

En un período más avanzado de la enfermedad, tercer período, la enferma está en estado grave de desnutrición, con alucinaciones, trastornos visuales, (amaurosis, estrabismo) neuritis, neuralgias y delirio. Al final los vómitos suelen desaparecer, dando falsas ilusiones de mejoría, pero la enferma muere al poco tiempo en coma o en síncope.

El comienzo suele ser lento, insidioso, durando aos o tres meses la enfermedad; sobreviniendo los fenómenos finales, a veces bruscamente. Si durante ésta evolución se produce el aborto terapéutico, o muere el producto dentro del útero, la mejoría es inmediata. El diagnóstico diferencial debe establecerse con todas las enfermedades ajenas al embarazo que se acompañen de vómitos. Ante todo debe hacerse el diagnóstico de embarazo de la enferma, para lo cual tiene inmensa importancia practicar una reacción de Friedman cuantitativa.

Pronóstico:

El pronóstico de la enfermedad es tanto más grave, cuanto más avanzada está. Los elementos sintomáticos que permiten sospechar o asegurar que el pronóstico, se ensombrece, son muchos: la urobilinuria es uno de los elementos de más valor. En los vómitos simples la cifra de urobilina oscila de 5.5 a cinco miligramos; y en los vómitos incoercibles alcanza cifras hasta de diez y doce miligramos. Esta urobilinuria persiste algunos días, aún cuando la mejoría clínica sea evidente; antes de disminuir se mantiene varias semanas por encima de lo normal. La amoníacuria es de mal augurio. El estado de funcionamiento hepático tiene mucha importancia, a tal grado, que con la única prueba del rosa de Bengala, se podría saber de él. La taquicardia es un síntoma con que se puede maliciar gravedad, cuando es superior a cien y es persistente; y que no haya otra causa que la justifique.

La albuminuria, con oliguria huelga decir, que trasluce muy serio pronóstico. Y tanto más, cuanto apare-

ce también ictericia y Polineuritis. Aun cuando la inmensa mayoría cura con la terapéutica habitual, hay enfermas en que los síntomas se agravan, y entonces se impone el aborto terapéutico. Y llega a ser recurso heroico, porque resuelve el problema a maravilla con la condición de que se intervenga con la debida oportunidad; porque si la interrupción se hace demasiado tarde, entonces a pesar de todo, la enferma sucumbirá.

Tratamiento:

Profilaxis-En la que ha sufrido de hiperhemesis gravídica, vigilar la función de los emuntorios, prescribir regímenes hipotóxicos, cuidando las necesidades vitamínicas. Pueden medicarse con preparados a base de ferruginosos, con minerales y vitaminas combinadas y con ácido fólico.

Terapéutica curativa: Antes de nada es preciso ensayar la psicoterapia, en una enorme proporción, el factor psíquico, tiene gran influencia y contrasugestionando se logran muy buenos resultados y en este caso mucho vale el ascendiente moral del actuante. El tratamiento psíquico puede orientarse en cualquier sentido, no faltando quien haya exhumado procedimientos usados hace cuarenta siglos por los médicos chinos (la acupuntura con agujas de oro y plata). El tratamiento se empieza con dieta absoluta, aplicando al mismo tiempo sedantes y administrando suero glucosado. Entre los sedantes es muy útil el uso del cloral, en forma de enemas, cada una de dos gramos, administrando hasta ocho o diez gramos en veinticuatro horas. El sulfato de magnesio al 25 % en inyecciones de 10 a 20 c.c. todos los días da muy buenos resultados. Cuando haya que emplear este medicamento debe advertirse que debido a sus efectos hipotensivos, no debe utilizarse en aquellos casos de marcada hipotensión arterial. También se emplea el bromuro de sodio, de potasio o de amonio a la dosis de dos a seis gramos diarios. El luminal dado a dosis de 0.10 a 0.15 espaciadamente es de gran utilidad. La codeína en poción, de píldoras a la dosis de oso a 0.20 centigramos. El oxalato de cerio a las dosis de 0.05 a 0.15 antes de cada comida, dejándole disolver en la boca, es según algunos autores de efectos notables. Cuando se asocia a los vómitos, la sialorrea, es ventajoso utilizar la belladona o el sulfato de atropina o la genatropina. También hay autores, que preconizan el uso de la trinitrina, con optimos resultados, aconsejan dejar debajo de la lengua un comprimido de dicho medicamento, diez minutos antes de cada comida, se acuesta en seguida y pasado ese lapso, se puede levantar, a comer sus alimentos habituales. Con excepción de raras cefaleas que duran poco tiempo, nunca han hallado reacciones desagradables.

Tratamiento hormonal: Teniendo en cuenta que en estas gestosis hay un desequilibrio hormonal, con hipofoliculinemia, con hiperprolanemia, está de sobra justificado utilizar los estrógenos a dosis altas, empezando con 10 a 20 mil unidades diarias y siguiendo en los días subsecuentes con 50 mil unidades benzoicas de estradiol, 2 por semana. Y como la hormona lutea no es un producto biológico antagónico, sino complementario de la hormona folicular, más que como desensibilizante, debe utilizarse conjuntamente con los estrógenos, sólo que en cortas cantidades, dos inyecciones de dos miligramos de Progesterona dos veces por semana, para tratar de corregir estos estados hormonales insuficientes. Y considerando el estado de insuficiencia suprarrenal, se aconseja utilizar al mismo tiempo que los anteriores, de dos a diez miligramos de acetato de Desoxicorticosterona, según la gravedad del caso, obteniendo excelentes resultados. Con ese mismo objeto se ha preconizado el empleo de los rayos ultravioletas, los cuales tienen papel excitante sobre la glándula suprarrenal. Y al usarse deben aprovecharse a dosis decrecientes. Y debido a que se ha reconocido a la hormona lutea, particular acción glucogénica, también se puede administrar dicha hormona a dosis fuertes, cuando se colija un estado de hepatismo. Con ese mismo objeto se deben utilizar los extractos hepáticos. Y asociado a ellos el ácido fólico.

Dada la acentuada avitaminosis que existe en todas estas gestosis, conviene administrar desde luego la vitamina B a dosis fuertes, a quien se le reconoce propiedades catabólicas. También se carece de vitamina C. El feto tiene la particularidad de almacenar dicha vitamina en sus glándulas suprarrenales, no la puede sintetizar, y la madre carece de ese factor, por lo cual es muy conveniente se administren fuertes dosis de dicha vitamina inyectada, porque dados los trastornos que tratamos de corregir, habría el riesgo de no ser utilizada. Las dosis de vitamina C deben de ser de 500 miligramos a un gramo diario.

Si la enferma tiene intolerancia gástrica absoluta, debe de hidratarse, con suero fisiológico en gran cantidad, mañana, tarde y noche, por vía subcutánea o proctoclis, con lo cual se conjura la hipocloremia.

Si en la orina aparece acetona, ácido b-oxibutírico y amoníaco, debe de aplicarse suero glucosado hipertónico endovenoso, suero bicarbonatado, suero glucosado al 5 % subcutáneo o proctoclis. Y se aplica insulina a la dosis de 10 unidades y extracto hepático. Es necesario que este tratamiento sea enérgico y controlado con repetidos análisis de orina, y de acuerdo con los resultados, así será necesario sostener o reforzar el mismo tratamiento. En cuanto a la alimentación, debe de proscribirse los alimentos que contengan albúmina y grasa, y permitirse únicamente los hidratos de carbo-

no, en amplia combinación con las frutas que aporten vitaminas de las carentes.

Transfusiones de sangre del marido: La casualidad permitió hacer la siguiente observación: atendía a una embarazada con vómitos incoercibles muy graves, y en los preparativos que le practicaba para llevar a efecto el aborto terapéutico, en vista de la inminencia de muerte, le transfundí 100 centímetros cúbicos de sangre del marido, con lo que logré un resultado maravilloso, como a la media hora después de la transfusión, cesaron los vómitos, se empezó a alimentar prudentemente, y con ese motivo ya no fue preciso interrumpir su embarazo, el cual le vigilé todo el tiempo restante, hasta conseguir al fin un parto normal, con producto vivo y sano. En otros casos de vómitos incoercibles seguí utilizando transfusiones del consorte con excelentes resultados; en tanto que cuando la sangre correspondía a otra persona los resultados eran distintos, no se conjuraba el estado de mal. En aquellos casos de incompatibilidad sanguínea del marido, inyectaba la sangre intramuscular, con resultados menos halagadores, y más lentos en aparecer.

También en forma casual, pude observar que los resultados de la transfusión eran igual cuando se empleaba pequeñas cantidades de sangre, que cuando se utilizaba cantidades mayores; con dos o tres transfusiones de 50 c.c. o hasta de 20 c.c. con uno o dos días de intervalo se lograba la curación. Cuando emplee la vía intramuscular eran necesarias de tres a cuatro inyecciones de 20 c.c. con uno o dos días de intervalo, para empezar a sentir mejoría de los vómitos incoercibles.

Con relación a los estudios del importante factor Rh, para formalizar el estudio de la presente observación, es imperativa la necesidad de la determinación de dicho factor, tanto en la embarazada, como en el marido, para tener la seguridad de no causar mayor daño, empleando esta nueva arma terapéutica. Y de esa elemental precaución científica, se evitarían muchos casos de aborto, y de Eritroblastosis.

En un período de cinco años, logré conjurar trece casos de vómitos incoercibles, con transfusiones del marido de la embarazada; en veinte ocasiones, el tratamiento de sangre intramuscular del cónyuge hizo cesar el vómito incoercible de la preñada. En los primeros con un éxito notable, y en los segundos el alivio fue franco y mejorados con tratamiento hormonal.

Los casos negativos, es decir, aquellos que no respondieron fueron 13, de ellos siete corresponden a embarazadas transfundidas con sangre, de otra persona que no fuera el consorte; y el resto a embarazadas inyectadas con sangre intramuscular de otra fuente que no fuera el marido causante del embarazo.

Por todo lo cual me animé a pensar que en la sangre del marido, causante de la preñez, hubiera algún factor

neutralizante, de naturaleza hormonal específica, con tendencia a mejorar o estimular el déficit hormonal de la embarazada, presa de vómitos incoercibles.

Confieso para terminar la imposibilidad de llegar a una conclusión, con los exiguos resultados de la presente observación, y sugiero a los estudiosos que con riguroso método y disciplina científica prosigan su esclarecimiento, averiguando lo que haya de verdad o falacia en ella. Sería motivo de hondísima satisfacción, que con la presente observación contribuyera con mi granito de arena, en beneficio de las mujeres embarazadas.

Resumen:

Después de una revisión de la etiopatogenia de la hiperhemesis gravídica, el autor estudia los diversos tratamientos empleados, discutiendo la utilidad e inutilidad de cada uno.

Tuvo la ocasión de observar, casualmente, un caso de una mujer en cinta que presentando hiperhemesis, curó casi instantáneamente por una transfusión de sangre del marido, que había sido indicada por un padecimiento ajeno al embarazo.

TREATMENT OF HYPEREMESIS WITH TRANSFUSION WITH HUSBAND'S BLOOD

Summary

After reviewing the ethiopathogenesis of hyperemesis gravidica, the author (José MEDINA MORA) discusses the various treatments employed and their utility.

He presents a case of a woman with hyperemesis gravidica who was completely and almost instantaneously cured when a transfusion with her husband's blood, indicated by medical reasons, was given.

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE PAR LA TRANSFUSION SANGUINE DU MARI

Après une révision de l'étiopathogénie de l'hyperémèse gravidique, l'auteur (Docteur José Medina Mora) étudie les divers traitements employés en discutant l'utilité ou l'inutilité de chacun d'eux.

Il a eu l'occasion d'observer par hasard le cas d'une femme enceinte qui présentait de l'hyperémèse et qui a été complètement et presque instantanément guérie par une transfusion sanguine du mari, mise en oeuvre pour une indication étrangère à la grossesse. ♦