

# Revista FASGO



Volumen 22  
Nº 1 – Marzo de 2023

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades  
de Ginecología y Obstetricia

# Contenidos

## Volumen 22 | N° 1 – Marzo de 2023

<b>Página 3</b>	<b>Editorial.</b> <b>Dr. Roberto Keklikian.</b>
<b>Página 4</b>	<b>Autoridades</b>
<b>Página 7</b>	Cambios Endometriales en Pacientes con Cáncer de Mama Tratadas con Tamoxifeno (*) <b>Mónica Daniela Gutiérrez</b>
<b>Página 14</b>	Detección de Ganglio Centinela con Fluoresceína en Pacientes con Cáncer de Mama. <b>M. Agustina Eyler, Milén Chisté Arruabarrena, Facundo Gutiérrez, Agustina Segura, Mariano Rossini</b>
<b>Página 20</b>	Determinantes de Parto por Cesárea en Inducciones con Misoprostol. ¿Es la Paridad Determinante para Mayores Tasas de Cesáreas en Inducciones de Pretérmino?. <b>Lic. Diego Fica, Lic. María Olea, Lic. Bastián Gallardo, Lic. Elena Díaz, Dra. Angélica Díaz</b>
<b>Página 29</b>	Barreras que Dificultan el Control y Seguimiento Adecuado Postratamiento de Pacientes con Cáncer Cervicouterino <b>Naudi Camila, Kuttel Yelena, Seiref Samuel.</b>
<b>Página 37</b>	Utilización de Hemoglobina Glicosilada en 2° Trimestre como Parámetro Aislado en Diabetes Gestacional <b>De Martín Lucía, Martini Giovanna, Bianciotto Antonela, Botbol Juliana Alicia, Pochettino Pablo Andres, Carducci María Eugenia.</b>
<b>Página 45</b>	Papel del Estudio Invasivo en Paciente con o sin Sangrado en la Postmenopausia ¿Cuándo Estudiar? <b>Gago Eduardo Francisco, Martinez Elisa Selva, De Gaetano Manuel.</b>
<b>Página 51</b>	Ruptura Uterina sin cicatriz previa en multigesta con antecedente de abuso de cristal: reporte de caso y revisión de la literatura.. <b>Victoria Stefani Varela-Orozco, Alma Ivett Ferreira-Armas, Felipe de Jesús Olmedo-Tejada.</b>

(\*) Trabajo presentado a premio como mejor trabajo libre de Ginecología y Obstetricia de residentes

**ISSN 2683-8826**

FASGO • Av. Córdoba 1646 5º piso, Of. 201 • (C1055AAT) • C.A.B.A. • Tel: (+54-11) 4812-8800/3656  
fasgo@fasgo.org.ar / secretariacientifica@fasgo.org.ar

# Editorial

Estimados colegas

Un nuevo año comienza y desde la Comisión de Medicina Legal y Bioética de FASGO nos preocupa la situación en nuestro país cada vez más compleja. Intolerancia exacerbada y un ánimo social crispado hacen que los tocoginecólogos debamos ejercer en un marco en que se nos exige hasta lo imposible y simultáneamente se ignoran las necesidades y recursos mínimos de que deberíamos disponer (entre ellos el respeto y una remuneración digna). Aun ante estas adversidades a las que se suman reclamos de la llamada “industria del juicio” seguimos intentando brindar servicios de excelencia. En un sistema donde el medico es demandado muchas veces en forma absurda y sufre daños injustos no solo en su patrimonio sino también en su salud física, psíquica y social

Por esa razón, desde nuestra Comisión y en mi propio nombre como Profesor Titular de la Primera Catedra de Obstetricia del Hospital de Clínicas José de San Martín Universidad de Buenos Aires hacemos un firme llamado a la sociedad toda a valorar a los tocoginecólogos y brindarles las condiciones de trabajo que corresponden.

Y a las Sociedades Miembros de FASGO a proponer representantes a integrarse a la Comisión de Medicina Legal y Bioética de FASGO y a difundir los recursos gratuitos que ponemos a disposición de nuestros colegas: el canal de YouTube “Catedra de Obstetricia Argentina” (en YouTube @innatho) y el Curso a Distancia Gratuito vía mail y contenidos web que realizaremos desde marzo con el apoyo de la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER) para protegerlos de distintos riesgos legales y por falta de actualización. Sociedades de FASGO y aun socios de FASGO pueden comunicarse con nuestra Comisión y o con el mail [asaperweb@gmail.com](mailto:asaperweb@gmail.com) para ser inscriptos u obtener información. Al ser una actividad sin fines de lucro se aplica legalmente la licencia de gratuidad Creative Commons **C BY NC SA** que permite que las Sociedades puedan compartir el material con sus socios (reenviarlo o imprimirlo) con la única condición que lo hagan en forma No comercial, respetando el texto y la autoría en forma completa y sin alterarlo ni recortarlo.

Esperamos que los colegas que se incorporen en el futuro a nuestra comisión nos informen las distintas realidades locales para que todas las acciones que llevemos adelante aumenten su eficacia y utilidad para el beneficio de todos

Un fuerte abrazo queridos colegas

**Profesor Titular Dr. Roberto Keklikian**

[rkekli@gmail.com](mailto:rkekli@gmail.com)



---

## REVISTA FASGO

---

**Director**

Dr. Bernardo Kupferberg

**Secretario de Redacción**

Dr. Pablo Sayago

**Comité Editorial:**

Dr. Samuel Seiref  
Dra. Claudia Travella

**Comité Científico**

Dr. Mariano Grilli  
Dr. Horacio Crespo  
Dra. Alejandra Julia Giurgiovich

---

## CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2021-2023

---

**Presidente:** Dr. Pedro Daguerre

**Vicepresidente:** Dr. Hector Scaravonati

**Secretaria General:** Dra. Mabel Martino

**Prosecretario General:** Dr. Sebastián Gogorza

**Tesorera:** Dra. Claudia Travella

**Protesorero:** Dr. Constantino Mattar

**Secretario de Actas:** Dr. Enrique Elli

**Director de Publicaciones:** Dr. Augusto Ortiz

**Vocales Titulares:** Dr. Miguel Huespe  
Dra. Graciela Serio

**Vocales Suplentes:** Dr. Augusto Ortiz  
Dr. Mario Kurganoff  
Dr. Marcelo Kolar  
Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

---

## COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

---

**Titulares:** Dr. Diego Nogueira  
Dr. Roberto Ovando  
Dr. Javier Lukestik

**Suplentes:** Dr. Roberto Tissera  
Dra. Daniela Rebelo  
Dra. Adriana Montivero

---

## TRIBUNAL DE HONOR

---

**Titulares:** Dr. René Del Castillo  
Dr. Antonio Lorusso  
Dr. Roberto Tozzini

**Suplentes:** Dr. Francisco Gago  
Dr. Raúl Winograd  
Dra. Maria Sebastiana Sanchez

---

## CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

---

**Presidente:** Prof. Dr. Luis Augé

**Vicepresidente:** Prof. Dr. Héctor Bolatti

**Secretario General:** Prof. Dr. Raul Winograd

**Prosecretario:** Prof. Dr. Samuel Seiref

**Secretario de Actas:** Dra. Leticia Ojeda

**Vocales:** Prof. Dr. Néstor Garelo  
Prof. Dra. Alejandra Elizalde Cremonte  
Prof. Dr. Edgar Zamuttini  
Prof. Dr. Orlando Forastieri

**Coordinador General de Evaluaciones de Residencias:**  
Dr. Martín Etchegaray (UBA)

## Comités Nacionales

### ÁREA ACADÉMICA

#### Escuela FASGO

##### Director General

Dr. Samuel Seiref

##### Director Honorario

Dr. Antonio Lorusso

##### Director Área Ginecología

Dr. Martín Echegaray

##### Director Área Obstetricia

Dra. Sara Papa

##### Coordinación Área Ginecología

Dr. Mariano Toziano

Dra. Adriana Díaz Montivero

Dr. Guillermo Kerz

Dra. Graciela Ortiz

##### Coordinación Área Obstetricia

Dr. Roberto Votta

Dr. Roberto Tissera

Dr. Nicolás Avila

Dr. Omar Latino

#### Comité Científico

##### Presidente

Dra. Liliana Voto

##### Asesores

Dr. Néstor Garello

Dr. Leonardo Mezabotta

##### Coordinadores

Dra. Sonia García

Dr. Horacio Crespo

#### Comité Congresos Nacionales y Regionales

##### Coordinadores

Dra. Adriana Diaz Montivero

Dr. Leonardo Kwiatkowski

Dra. Sara Papa

#### Comité Derechos Sexuales y Salud Reproductiva

##### Coordinadora

Dra. Silvia Oizerovich

##### Integrantes

Dra. Maria del Carmen Tinari de Platini

Dra. Florencia Kiguel

Dra. Rosana González

Dra. Daniela Rebelo

Dra. Fabiana Reyna

Dra. Graciela Ortiz

#### Comité Violencia

##### Coordinadora

Dra. Diana Galimberti

##### Integrantes

Dra. Silvia B. Mancini de Gentile

Dra. María Mohedano

Dr. Marcelo Guz

Dra. Sandra Magirena

Dra. Florencia Echevarria Avellaneda

Dr. Roberto Yahni

#### Comité Salud Materna

##### Coordinador

Dr. Roberto Casale

##### Integrantes

Dr. Ignacio Asprea

Dra. María Julia Cuetos

Dra. María Soledad Ratto

Dra. Leticia Ojeda

Dr. Javier Lukeстик

Dr. Roberto Tissera

Dr. Gerardo Murga

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dra. Claudia Travella

Dr. Nicolas Avila

Dr. Julián Pascale

Dr. Sebastián Sar

Dr. Marcelo Correa

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Juan Fazio

## **Comité Revista**

### **Director Editorial**

Dr. Bernardo Kupferberg

### **Secretario Redacción**

Dr. Pablo Sayago

### **Comité Editorial**

Dr. Samuel Seiref

Dra. Claudia Travella

### **Comité Científico**

Dr. Mariano Grilli

Dr. Horacio Crespo

Dra. Alejandra Julia Giurgiovich

## **Comité de Investigación**

### **Coordinadores**

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dr. Nicolás Avila

### **Integrantes**

Dra. Roxana de Giusto

Dra. Marta Bertín

Dr. Guillermo Kerz

Dr. Roberto Keklikian

Dr. Sebastián Pablo Udry

## **ÁREA DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

### **Comité Ejercicio Profesional**

#### **Coordinadora**

Dra. Lorena Roca

#### **Integrantes**

Dr. Emilio Martínez Luque

Dr. Jorge Araldi

Dra. Mirna Moyano

Dra. Silvia Ferroni

### **Comité Desarrollo Directivo**

#### **Coordinadora**

Dra. Graciela Serio

#### **Integrantes**

Dr. Mario Kurganov

Dra. María del Carmen Tinari

## **Comité Aspectos Legales y Bioética**

### **Coordinador**

Dr. Roberto Keklikian

### **Integrantes**

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dr. Javier Lukestik

Dr. Florencio Casavilla

Dr. Santiago Elizalde

Dr. Mario Kurganoff

Dra. Marta Bertín

## **Comité Vinculación con Instituciones Nacionales e Internacionales**

### **Coordinadores**

Dr. Néstor Garello

Dr. Héctor Bolatti

## **ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE GESTIÓN**

### **Comité Administración Eficiente de Recursos**

#### **Presidente**

Dr. Pedro Daguerre

#### **Coordinadores**

Dra. Claudia Travella

Dr. Constantino Mattar

### **Comité Membresía**

#### **Coordinadora**

Dra. Sara Papa

#### **Coordinadores Regionales**

Dr. Mario Kurganoff

Dra. Sonia Molina

Dr. Augusto Ortiz

Dr. Mariano Rossini

Dra. Claudia Trejo

Dra. Silvia Gómez

### **Comité Comunicación**

#### **Coordinadora**

Dr. Augusto Ortiz

#### **Integrantes**

Dr. José María Mariconde

Dra. María Soledad Ratto

# Cambios Endometriales en Pacientes con Cáncer de Mama Tratadas con Tamoxifeno

**Autora:**

Mónica Daniela Gutiérrez<sup>1</sup>

## *Introducción*

El tamoxifeno (TMX) es un antiestrógeno no esteroideo utilizado como tratamiento en las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama y receptores estrogénicos positivos. Su mecanismo de acción se basa en su efecto antiestrogénico, bloquea la acción de esta hormona que estimula el desarrollo de las células tumorales. Su acción no se limita a la mama, pues diferentes órganos tienen receptores para estrógenos.

Sin embargo, el TMX, también tiene un efecto como agonista estrogénico parcial sobre algunos tejidos, como el endometrio, favoreciendo la proliferación endometrial y, secundariamente, la aparición de pólipos, hiperplasia y cáncer. Este tratamiento se utiliza durante un tiempo mínimo de 2 años, siendo lo habitual 5 años. Existe una gran discusión sobre el seguimiento que se debe realizar en mujeres postmenopáusicas asintomáticas tratadas con TMX. Generalmente, a estas pacientes se les realiza seguimiento ecográfico (transvaginal) semestral o anual, y al encontrar modificaciones endometriales, son sometidas a procedimientos diagnósticos invasivos. (E. Tello, 2003)

Sin embargo, el resultado histológico más frecuente de mujeres con cáncer de mama tratadas con TMX es atrofia. Los cánceres detectados suelen encontrarse en estadios tempranos y ser bien diferenciados. El carcinoma, generalmente, se diagnostica en fases iniciales gracias a un síntoma alarmante para las pacientes postmenopáusicas como es el sangrado vaginal, por lo que la mortalidad por esta patología sigue siendo baja. En la actualidad, no existen estudios que demuestren que la monitorización del grosor endometrial de estas mujeres disminuya el índice de mortalidad, pero lo que sí está demostrado es que la morbilidad por las pruebas a las que se someten es mayor y que el coste que conllevan es elevado.

## *Objetivo General:*

- Identificar cambios endometriales en pacientes postmenopáusicas usuarias de tamoxifeno (TMX) en el contexto de cáncer de mama, durante 10 años, en el Hospital Italiano de Córdoba.

## *Objetivos Específicos:*

- Determinar el tipo de seguimiento que tuvieron las pacientes usuarias de TMX;
- Identificar población con engrosamiento endometrial como respuesta al tratamiento con TMX;

- Evaluar la presencia de genitorragia como síntoma en las pacientes con engrosamiento endometrial;
- Analizar la cantidad de estudios invasivos realizados en pacientes tratadas con TMX, discriminando si presentaron o no síntomas o engrosamiento endometrial.
- Demostrar la relación entre uso de TMX y desarrollo de patología endometrial maligna.

## *Materiales y Métodos*

**Tipo de estudio:** Retrospectivo, observacional, transversal, analítico.

**Muestra:** Pacientes posmenopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama que recibieron tratamiento adyuvante con TMX, que realizaron seguimiento oncológico en nuestra institución, entre 2011 y 2021

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes posmenopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama de tipo Luminal;
- Haber recibido tratamiento con TMX;
- Haber sido pesquiasadas con biopsia de endometrio.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con cambios endometriales a las que se les haya suspendido el tratamiento con TMX, sin haber realizado pesquisa de patología endometrial.
- Pacientes que hayan suspendido TAM por mala tolerancia al tratamiento.

## *Metodología*

Se recolectaron datos de las estadísticas del servicio de Ginecología e Historia Clínica Electrónica: cáncer de mama tratado con TMX, tiempo de uso de TMX (en meses), periodicidad de controles, hallazgos ecográficos (informes propios de la institución o externos) e informes anatomopatológicos de las biopsias de endometrio, en caso de haber sido realizadas.

En la población a la que se le realizó biopsia, se organizaron los hallazgos histopatológicos en las siguientes categorías: atrofia, sin atipia, pólipo, hiperplasia y neoplasia.

### **Diseño estadístico**

Los datos cualitativos se describieron utilizando frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para la asociación entre las variables se realizaron test de Chi cuadrado. Se calcularon los OR asociados a las variables, con sus intervalos de confianza correspondientes (IC95%). Se utilizaron como medidas descriptivas media y desvío estándar, y según las mismas tengan distribución normal o no, para comparar entre grupos, se utilizaron test T. Se utilizaron gráficos de sectores para las variables categóricas. P-valor <0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Se utilizó Excel y R-Medic como software estadísticos para la carga y el análisis de los datos.

### Consideraciones éticas

El plan de trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Capacitación y Docencia del Hospital Italiano de Córdoba. Los datos se recolectaron de manera anónima para la inclusión en una base informática, protegida por el secreto estadístico. Este estudio adhiere a los principios de Helsinki y por su característica (retrospectivo) no requiere consentimiento informado para su realización.

## Resultados

Se incluyeron 84 pacientes. La media de edad de las pacientes fue de 60 años. con un mínimo de 37 y máximo de 82

La media de uso de TMX fue de 40 meses, con un mínimo de 9 y una máxima de 120 meses.

El 12% (n=10) de las pacientes tuvo en algún momento del tratamiento, genitorragia como síntoma. En la *Tabla I*, se detalla la periodicidad de seguimiento ecográfico para vigilancia endometrial. Siendo en la mayoría de los casos de frecuencia anual.

**Tabla I. Intervalo de seguimiento ecográfico transvaginal en pacientes usuarias de TAM.**

### Distribución de Frecuencias

SEGUIMIENTO SEMESTRAL	Frecuencia Absoluta	Total	Cociente	Frecuencia Relativa	%
ANUAL	61	84	61/84	0.73	73%
SEMESTRAL	16	84	16/84	0.19	19%
SIN SEGUIMIENTO	6	84	6/84	0.07	7%
TRIMESTRAL	1	84	1/84	0.01	1%

### Intervalos de Confianza del 95%

SEGUIMIENTO SEMESTRAL	%	LI95%	LS95%
ANUAL	73%	64%	82%
SEMESTRAL	19%	11%	27%
SIN SEGUIMIENTO	7%	2%	12%
TRIMESTRAL	1%	0%	3%

La mayoría de las pacientes presentó engrosamiento endometrial detectada en los controles periódicos. Se representan los resultados en la *Tabla II*. Siendo la media de espesor endometrial con uso de TMX, de 9.96 mm, con un DS de 6.

### Distribución de Frecuencias

ENDOMETRIO >5mm	Frecuencia Absoluta	Total	Cociente	Frecuencia Relativa	%
NO	16	84	16/84	0.19	19%
SI	68	84	68/84	0.81	81%

### Intervalos de Confianza del 95%

ENDOMETRIO >5mm	%	LI95%	LS95%
NO	19%	11%	27%
SI	81%	73%	89%

**Tabla II. Pacientes usuarias de TMX con engrosamiento endometrial.**

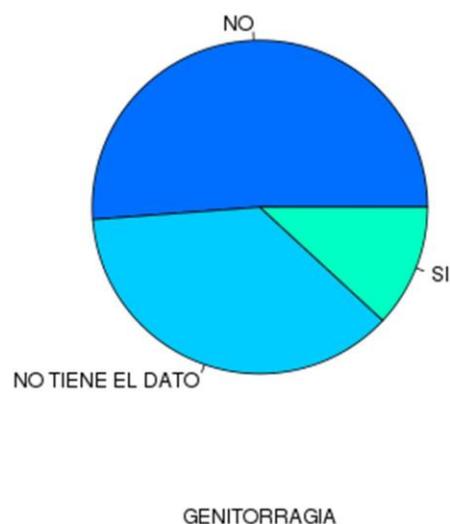
En la *Tabla III*, se consignan las pacientes sintomáticas (con genitorragia). Concluyendo en que la mayoría de las pacientes no ha presentado sangrado genital, o su presencia no ha sido consignada en la historia clínica.

### Distribución de Frecuencias

GENITORRAGIA	Frecuencia Absoluta	Total	Cociente	Frecuencia Relativa	%
NO	43	84	43/84	0.51	51%
NO TIENE EL DATO	31	84	31/84	0.37	37%
SI	10	84	10/84	0.12	12%

### Intervalos de Confianza del 95%

GENITORRAGIA	%	LI95%	LS95%
NO	51%	40%	62%
NO TIENE EL DATO	37%	27%	47%
SI	12%	5%	19%



**Tabla III y Gráfico I. Pacientes con o sin síntomas.**

El análisis de los datos, ha permitido plasmar que las pacientes con engrosamiento endometrial han sido biopsiadas en más cuantía que las que solo han presentado genitorragia. *Tabla IV y Tabla V.*

**Tabla IV. Comparación de pacientes biopsiadas, según hayan tenido o no genitorragia**

**Frecuencias Absolutas**

		GENITORRAGIA		
		NO	NO TIENE EL DATO	SI
BIOPSIA	NO	32	23	4
	SI	11	8	6

**Frecuencias Relativas al Total**

		GENITORRAGIA		
		NO	NO TIENE EL DATO	SI
BIOPSIA	NO	0.38	0.27	0.05
	SI	0.13	0.10	0.07

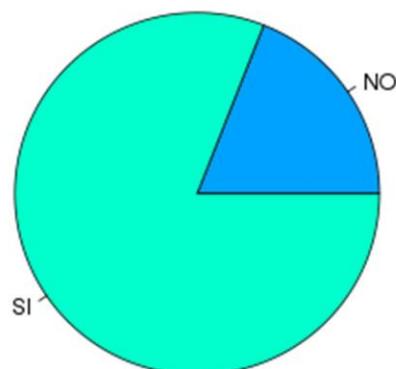
**Tabla V y Gráfico II. Pacientes biopsiadas, según hayan tenido o no engrosamiento endometrial.**

**Frecuencias Absolutas**

		BIOPSIA	
		NO	SI
ENDOMETRIO >5mm	NO	16	0
	SI	43	25

**Frecuencias Relativas al Total**

		BIOPSIA	
		NO	SI
ENDOMETRIO >5mm	NO	0.19	0.00
	SI	0.51	0.30



ENDOMETRIO >5mm

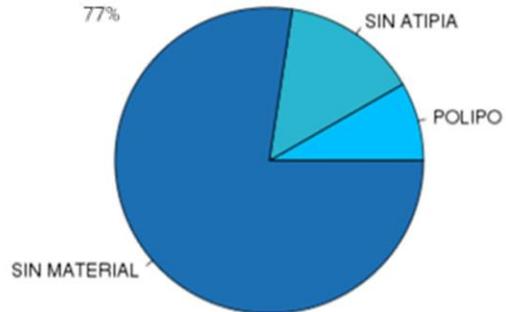
**Tabla VI y Gráfico III. Hallazgos histopatológicos en pacientes usuarias de TMX.**

**Distribución de Frecuencias**

AP	Frecuencia Absoluta	Total	Cociente	Frecuencia Relativa	%
POLIPO	7	84	7/84	0.08	8%
SIN ATIPIA	12	84	12/84	0.14	14%
SIN MATERIAL	65	84	65/84	0.77	77%

**Intervalos de Confianza del 95%**

AP	%	LI95%	LS95%
POLIPO	8%	2%	14%
SIN ATIPIA	14%	7%	21%
SIN MATERIAL	77%	68%	86%



La totalidad de los hallazgos histopatológicos de las biopsias, fueron de naturaleza benigna. Siendo los hallazgos más frecuentes los endometrios normales (sin atipia) y pólipos endometriales.

No hubo pacientes diagnosticadas con neoplasia de endometrio.

**Discusión**

El uso de TMX induce el desarrollo de CE en 1 de cada 1000 mujeres por año de uso. (P. Neven, 2020)

Estudios previos han reportado que el TMX, está asociado con aumento tiempo y dosis dependiente en el riesgo de hiperplasia endometrial, pólipos, proliferación endometrial y carcinoma invasor, así como sarcoma uterino. (Maria Lee, 2020)

Está universalmente aceptado que en una mujer postmenopáusica normal, el grosor endometrial ecográfico es menor de 5 mm. (E. Tello, 2003)

La existencia de un endometrio de mayor grosor en la ecografía ha conllevado la realización de pruebas complementarias y estudios invasivos, como la histeroscopia y la biopsia de endometrio,

lo que ha complicado y encarecido el control de estas mujeres, si bien es el método ideal para evaluar la cavidad uterina en pacientes tratadas con TMX. (Dra. Romina Crivelli, 2010)

La conclusión a la que han llegado es que la ecografía transvaginal es un método de diagnóstico no invasivo de valor limitado para detectar alteraciones endometriales sugestivas de cáncer de endometrio (imágenes ecográficas abigarradas y heterogéneas) que la UTV tiende a sobrestimar, debido al efecto de estimulación sobre el mismo del TMX siendo elevado el número de falsos positivos.

En cuanto a los resultados histológicos de las biopsias endometriales realizadas en mujeres con cáncer de mama tratadas con TMX, se ha comprobado que efectivamente se produce una proliferación endometrial y, secundariamente, un aumento de patología. Cohen et al estudiaron a 72 mujeres asintomáticas en tratamiento con TMX, de las cuales 71 tuvieron un grosor endometrial ecográfico mayor de 5 mm. De éstas, 50 (69,4%) presentaron una biopsia con muestra insuficiente para el diagnóstico, 17 (23,6 %) un endometrio proliferativo normal, 3 (4,2 %) pólipos endometriales, 1 (1,4 %) hiperplasia endometrial y 1 (1,4 %) carcinoma endometrial.

Asimismo, es conocido que los pólipos endometriales asociados al TMX, no son precursores de malignidad. (P. Neven, 2020)

El interrogante más extensamente planteado por la bibliografía es: ¿realmente es necesaria la monitorización del grosor endometrial ecográfico de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con TMX?

Estas pacientes constituyen un grupo, que por sus antecedentes y por su medicación, tienen más riesgo de padecer cáncer endometrial, pero el diagnóstico sigue siendo precoz, y la mortalidad baja. Hasta ahora no existen estudios que demuestren que la monitorización del grosor endometrial de estas mujeres disminuya el índice de mortalidad, pero lo que sí está demostrado es que la morbilidad por las pruebas a las que se someten es mayor y que el coste que conllevan es elevado. Por último, debemos pensar en la ansiedad a la que sometemos a estas pacientes que no es despreciable.

Podemos concluir que un seguimiento del endometrio, es solo requerido cuando se presenta genitorragia durante el uso de TMX. (P. Neven, 2020)

## Bibliografía

- Dra. Romina Crivelli, D. A. (2010). CORRELACIÓN ECOGRÁFICA, HISTEROSCÓPICA Y PATOLÓGICA EN EL ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA ENDOMETRIAL . *Servicio de Tocoginecología. Hospital Privado de Comunidad.*, Volumen 13, número 1, Julio.
- Tello, P. J. (2003). Follow-up in asymptomatic women treated with tamoxifen for breast cancer . *Rev. Senología y Patol mam*, 16(1):11-15.
- Maria Lee, J. P. (2020). Risk Factors Associated with Endometrial Pathology in premenopausal breast cancer patients treated with tamoxifen. *Yonsel Medical Journal*, 61(4):317-322.
- Neven, W. F. (2020). Uterine ultrasound and endometrial biopsy in tamoxifen users. *Breast Cancer Research and Treatment*.

1. Hospital Italiano de Córdoba. Argentina

# DetECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON FLUORESCEÍNA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

**Autores:**

M. Agustina Eyler<sup>1</sup>, Milén Chisté Arruabarrena<sup>2</sup>,  
Facundo Gutiérrez<sup>3</sup>, Agustina Segura<sup>4</sup>, Mariano Rossini<sup>5</sup>

## Resumen

**Presentación:** El ganglio centinela (GC) se define como el o los ganglios del territorio linfático al que drena inicialmente el tumor primario y el cual tiene mayor probabilidad de albergar metástasis. Predice el estado patológico del resto de los ganglios axilares y es una opción ante el vaciamiento axilar y genera menor morbilidad para la paciente. Su realización presenta como dificultad la técnica del mismo, pero la identificación de otros medios de tinción como la fluoresceína sódica, podría ser una opción para mejorar la sensibilidad del mismo.

**Objetivo:** Determinar y comparar las tasas de detección de GC axilar en cáncer de mama utilizando el método de tinción azul patente 1% vs azul patente 1% y fluoresceína sódica 10%.

**Metodología:** Estudio de cohorte retrospectivo y comparativo durante el término comprendido entre 2018 y octubre 2020 en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama invasor estadio I y II, de todos los tipos y grados histológicos, con axila clínicamente negativa de la UOG Mar del Plata.

**Resultados:** Se analizaron 101 pacientes con cáncer de mama, en 51 de ellas se utilizó como colorante para la técnica del ganglio centinela AP + FL y en el grupo restante solo AP. Los dos grupos del estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas. La tasa de identificación fue del 90% cuando se utilizó solo azul patente y 96% cuando se adiciono fluoresceína sódica como un segundo colorante.

**Conclusión:** La biopsia del GC es un método mínimamente invasivo y de alta precisión para estadificar a los pacientes con cáncer de mama y puede reducir sustancialmente la morbilidad y los costos del tratamiento quirúrgico al evitar la ALND. Adicionar un colorante a la técnica puede elevar los costos pero se lograría aumentar la tasa de identificación. Pudiendo afrontar los mismos, podría ser una opción en aquellos lugares donde realizar la técnica con radioisótopo no es factible o realizarla encuentra sus limitaciones.

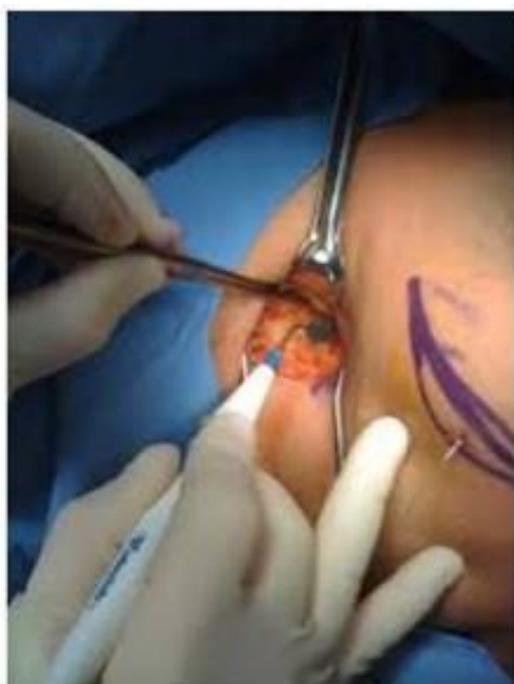
## Introducción

El cáncer de mama es un importante problema de salud, con una incidencia estimada en Argentina de 21.000 casos al año. A pesar de los continuos avances en las técnicas para diagnóstico y el reciente desarrollo de la biología molecular, la presencia de ganglios axilares positivos es uno de los factores pronósticos más importante relacionado con la recurrencia y la supervivencia y constituye la base para importantes decisiones terapéuticas.

El ganglio centinela (GC) se define como el o los ganglios del territorio linfático al que drena inicialmente el tumor primario y el cual tiene mayor probabilidad de albergar metástasis. El estado histológico del mencionado ganglio puede predecir el estado patológico del resto de

los ganglios axilares. Esta predicción sería mejor incluso que el vaciamiento axilar y con menor morbilidad, debido a que el linfedema postoperatorio secundario al vaciamiento axilar es una de las secuelas más graves y que más afectan la calidad de vida de las pacientes.

En cuanto a la técnica se disponen de varios métodos para su detección como colorantes vitales (azul patente, isosulfan, azul de metileno, verde indocianina, fluoresceína sódica), radioisótopos y el método combinado.



*Técnica GC con azul patente*



*Técnica GC con fluoresceína*

La finalidad del presente trabajo tiene como objetivo principal determinar y comparar las tasas de detección de GC axilar en cáncer de mama utilizando el método de tinción azul patente 1% vs azul patente 1% y fluoresceína sódica 10%. Como objetivos secundarios se propusieron evaluar el costo beneficio de adicionar un segundo colorante y establecer si las características tanto del tumor primario como de la paciente influyen en la tasa de detección del mismo.

## *Materiales y métodos*

Se realizó estudio de cohorte retrospectivo, comparativo, durante el término comprendido entre 2018 y octubre 2020.

Se realizó una revisión sistemática de historias clínicas de pacientes atendidos en la Unidad Obstétrica y Ginecológica de Mar del Plata, que luego fueron intervenidas quirúrgicamente en la Clínica del Niño y la Familia, por el mismo equipo quirúrgico durante el periodo de tiempo previamente descrito.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer de mama invasor estadio I y II, de todos los tipos y grados histológicos, con axila clínicamente negativa. Se excluyeron pacientes con

antecedente conocido de alergia a los colorantes, antecedente de linfadenectomía axilar, radioterapia axilar previa o neoadyuvancia.

Para el estudio comparativo, las pacientes se seleccionaron y dividieron de manera homogénea en 2 grupos: en uno sólo se utilizó como colorante azul patente 1% y en el otro fluoresceína sódica 10% + azul patente 1%.

La inyección del colorante se realizó una vez anestesiada e intubada la paciente, y se procedió al masaje durante 8-10 min en la zona de inyección (subareolar) antes de la intervención en región axilar. Se procedió a la detección del ganglio centinela, considerando como tal el que presentaba captación del colorante en forma total o parcialmente. En todos los casos se realizó biopsia intraoperatoria (impronta y cortes por congelación con hematoxilina-eosina [HE]) para decidir conducta.

## *Resultados*

Se analizaron 101 pacientes con cáncer de mama, en 51 de ellas se utilizó como colorante para la técnica del ganglio centinela AP + FL y en el grupo restante solo AP.

La media de edad fue de 55 años (DS:  $\pm 12,22$ ) con un IMC de 26,68 (DS:  $\pm 4,43$ ).

Los dos grupos del estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las variables que incluyen características de la paciente y del tumor, considerando por lo tanto ambas poblaciones homogéneas.

La tasa de identificación del ganglio centinela en el total de las pacientes fue del 93%, y se vio que aumenta a 96% si se toman en cuenta además los ganglios identificados por palpación. La tasa de identificación en cada grupo fue 90% cuando se utilizó solo azul patente y 96% cuando se adiciono un segundo colorante ( $p = .26$ ).

Se obtuvo un número total de 155 ganglios teñidos y estudiados por congelación, con una media de 1,5 (DS:  $\pm 0,96$ ) por paciente. Al dividirlos por grupo 67 se identificaron con AP y 88 cuando se utilizó AP+FL ( $p = .49$ ). Se obtuvo una media de 1,3 (DS:  $\pm 0,70$ ) y 1,7 (DS:  $\pm 0,97$ ) ganglios en cada grupo respectivamente.

La localización del ganglio centinela ocurrió en todos los casos en el nivel I de Berg.

Se analizó la relación del sobrepeso, la distribución multicéntrica del tumor primario, el tipo histológico no ductal y si era un tumor palpable con la tasa de identificación, representado en la siguiente tabla.

Tabla 1. Variables que influyen en la tasa de detección

	AP	AP + FL	<i>p</i>
Edad	57 (DS± 12)	53 (DS± 11)	
≥ 55 años	29	24	NS
IMC	27,3 (DS± 3,6)	26 (DS± 5)	
IMC ≥ 25	33	21	.02
Distribución multicéntrico	3	12	NS
Tipo histológico no ductal	7	12	NS
Tumor palpable	18	23	NS

AP: azul patente; FL: fluoresceína sódica; DS: desvío estándar NS: no significativo

	AP	AP + FL	<i>p</i>
Edad	57 (DS± 12)	53 (DS± 11)	
≥ 55 años	29	24	NS
IMC	27,3 (DS± 3,6)	26 (DS± 5)	
IMC ≥ 25	33	21	.02
Distribución multicéntrico	3	12	NS
Tipo histológico no ductal	7	12	NS
Tumor palpable	18	23	NS

AP: azul patente; FL: fluoresceína sódica; DS: desvío estándar NS: no significativo

El costo por procedimiento cuando se utilizó como colorante solo azul patente fue de \$42.15, y al adicionar fluoresceína sódica aumento a \$273.2.

## Discusión

En el presente estudio, la localización y congelación del ganglio centinela fue posible en un 93% de las intervenciones, una tasa comparable a la recomendada en las distintas publicaciones médicas. Se evidencio un aumento del 6% en la tasa de detección al comparar la utilización de solo un colorante como azul patente vs la adición de un segundo colorante como la fluoresceína sódica, si bien no se logró demostrar significancia estadística, en nuestra institución se logró una significancia clínica.

Desde la generalización de la técnica del ganglio centinela intraoperatoria se han ido publicando distintos estudios que exhiben los factores asociados a la no localización del mismo y cuyos resultados varían entre los mismos.

En esta serie se identificó el IMC >25 como un factor dependiente. La asociación en la disminución de las tasas de identificación del GC con el incremento del IMC ha sido descrita en varios estudios sin estar claro el mecanismo por el cual ocurre.

Debido a la dificultad en la recolección de datos que describan el tamaño del tumor en el preoperatorio, se tomó como referencia si el tumor era palpable o no para evaluarlo como factor influyente en la tasa de detección del GC. Lo que se encontró fue una asociación positiva. Sin embargo en la revisión bibliográfica el tamaño tumoral no parece estar asociado con la no localización del ganglio.

La edad es una de las asociaciones más firmes referidas en la literatura. Donde no se encontró una asociación significativa. La hipótesis que plantean los autores en sus estudios es que la edad y la disminución de estrógenos tras la menopausia se relacionan con un aumento de tejido graso en las mamas de las pacientes, lo cual podría disminuir el flujo a través del sistema linfático, por disminución de la presión hidrostática, y la capacidad de los ganglios linfáticos de retener el colorante.

## *Conclusión*

En conclusión, la biopsia del GC es un método mínimamente invasivo y de alta precisión para estadificar a los pacientes con cáncer de mama y puede reducir sustancialmente la morbilidad y los costos del tratamiento quirúrgico al evitar ALND innecesarios en la mayoría de los pacientes.

Pero adicionar un colorante para la técnica de ganglio centinela puede elevar los costos, cuando se utilice fluoresceína, aunque se lograría aumentar la tasa de identificación.

Pudiendo afrontar los mismos, esta técnica podría ser una opción en aquellos lugares donde realizar la técnica con radioisótopo no es factible o realizarla encuentra sus limitaciones.

## *Bibliografía*

1. Cortés Romera M, Bajen MT, Fernández León A, Benito E, Azpeitia D, Prieto L, et al. Localización del ganglio centinela en el carcinoma de mama. Influencia del tamaño tumoral y edad de la paciente. Rev Esp Med Nucl . 2004.
2. Blanco Sáiz I, Moriyón Entrialgo C, Gómez Barquín R, Díez Esteban MA, Platero García D, Pelletán Fernández J, et al. Localización del ganglio centinela en cáncer de mama. Inyección peri areolar del radiocoloide. Rev Esp Med Nucl . 2004.
3. Técnica del ganglio centinela - Pautas en Oncología 2018. Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. 2018.

4. Overview of sentinel lymph node biopsy in breast cancer - Authors:Seth P Harlow, MDDonald L Weaver, MD. UpToDate Agosto 19, 2022.
5. Sánchez P, Vicente F, Calvo A, del Coro Miranda M, Lera JM. Factores implicados en la localización intraoperatoria del ganglio centinela en pacientes intervenidas por cáncer de mama. Rev senol patol mamar. 2014.

1. Jefa de residentes
2. Adscrito
3. Residente 4to año Tocoginecología
4. Jefa de Sección de Obstetricia de alto riesgo
5. Jefe de servicio

Unidad Obstétrica y Ginecológica / Clínica Niño y la Familia. Mar del Plata, Bs As.

# Determinantes de Parto por Cesárea en Inducciones con Misoprostol. ¿Es la Paridad Determinante para Mayores Tasas de Cesáreas en Inducciones de Pretérmino?

**Autores:**

Lic. Diego Fica<sup>1</sup>, Lic. María Olea<sup>1</sup>, Lic. Bastián Gallardo<sup>1</sup>, Lic. Elena Díaz<sup>1</sup>, Dra. Angélica Díaz<sup>2</sup>

## *Objetivos*

Evaluar los factores que influyen en una mayor tasa de cesárea, en pacientes que se les realiza inducción de trabajo de parto con Misoprostol, según la paridad y edad gestacional.

## *Materiales y métodos*

Estudio de cohorte retrospectivo realizado en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Incluye a todas las mujeres gestantes que fueron sometidas a inducción de trabajo de parto con misoprostol entre marzo del 2021 y julio del 2022. Se realizó un análisis estadístico con chi-cuadrado, diferencias de medias y tasas con un IC 95%.

## *Resultados*

Se analizó un total de 317 pacientes con indicación de inducción de trabajo de parto con Misoprostol. Se agruparon según paridad en multíparas y nulíparas y de acuerdo a la edad gestacional (EG) en grupos de pretérmino hasta 37 semanas y de término mayores de 37 semanas. Complementariamente se analizaron las variables como la edad materna, motivo de indicación de inducción, puntaje de Bishop al momento de iniciar la inducción y del inicio de trabajo de parto, dosis recibidas de misoprostol, peso del RN y Apgar. Del total de inducciones, 82 pacientes (25,8%) iniciaron con EG hasta 37 semanas y 234 pacientes (73,8%) con EG mayores de 37 semanas. Se comparó la vía de parto cesárea según la EG y paridad. En el análisis de datos destaca una tasa de cesáreas en pacientes nulíparas de pretérmino de 28,8% y en multíparas de pretérmino de 27,0%. Por otro lado, en las pacientes con embarazos de término se observó en las nulíparas una tasa de cesárea de 46,6% y en multíparas de 18,1%. No hubo diferencias significativas en peso fetal promedio entre nulíparas y multíparas del grupo de embarazos mayores de 37 semanas. Se analizaron los datos a través de chi-cuadrado, y se halló una diferencia estadísticamente significativa en los embarazos de término, teniendo una mayor tasa el grupo de nulíparas. En cambio, en las gestantes de pretérmino, no hubo significancia estadística a través de la prueba de chi-cuadrado al comparar según paridad.

## Conclusiones

En la serie revisada, la paridad no es un determinante en la tasa de cesáreas en pacientes que se presentaron con EG de hasta 37 semanas. En contraste, sí hubo diferencia significativa entre los grupos de nulíparas y multíparas con EG mayor a 37 semanas, siendo más frecuente la vía de parto cesárea en gestantes nulíparas de término, sin existir una asociación con el peso del RN. Basado en los hallazgos descritos, parece necesario reevaluar las indicaciones de inducción de parto en pacientes con EG sobre las 37 semanas, considerando su paridad, en el marco de la indicación médica y pronóstico de éxito.

**Número de citas bibliográficas:** 5.

**Palabras Claves:** Inducción, Misoprostol, Paridad, Cesárea.

## Introducción

La inducción del trabajo de parto consiste en la estimulación artificial del útero, para iniciar el trabajo de parto en gestaciones de 24 semanas, con el fin de conseguir un parto vía vaginal. Es uno de los procedimientos más frecuentes en la práctica obstétrica [1]. Existe extensa evidencia de los beneficios de la inducción del trabajo de parto en el embarazo en vías de prolongación o en patologías como la rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, entre otros [2]. En la última década, se ha observado un aumento de las gestaciones tardías y una mayor morbilidad materna en países de mayores ingresos, lo que ha derivado en un aumento en las intervenciones obstétricas como la inducción del trabajo de parto y la operación cesárea [3].

Dentro de los diferentes métodos de inducción de parto utilizados, la administración de misoprostol vía vaginal es uno de los más efectivos y seguros, teniendo como resultado mayor tasa de partos vaginales y menor tasa de eventos de hiperestimulación uterina que otros métodos, como la dinoprostona y el catéter con balón [1,2]. El misoprostol es un análogo sintético de prostaglandina E1, que genera la inducción del trabajo de parto al aumentar la entrada de calcio a las células musculares y favorecer la aparición de puentes intercelulares, lo que favorece la maduración cervical y las contracciones uterinas [4].

En Obstetricia, el evitar la sobre-instrumentalización cobra cada vez más relevancia, a medida que la evidencia le asocia a peores desenlaces, como una mayor tasa de cesáreas y una mayor morbimortalidad materno-fetal. En ese contexto, es necesario reevaluar y analizar las actuales indicaciones y predictores de inducción, con el fin de prevenir el fracaso de la inducción de parto y, en consecuencia, la cesárea [5].

**Objetivos:** Evaluar los factores que influyen en una mayor tasa de cesárea, en pacientes que se les realiza inducción de trabajo de parto con misoprostol, según la paridad y edad gestacional.

**Pacientes (material) y métodos:** Se desarrolló un estudio descriptivo retrospectivo, utilizando la base de datos estadística confeccionada por la unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Luis Tisné Brousse entre marzo de 2021 y junio de 2022.

### **Criterios de inclusión:**

- Inducción por Misoprostol
- Registro de vía de parto

### **Criterios de exclusión:**

- Inducción por aborto
- Inducción por dinoprostona
- Inducción por Balón de Cook
- Uso de otro método de inducción complementario al misoprostol
- Ausencia de datos relevantes para el estudio (EG, peso del RN, vía de parto)

La información de la base de datos se agrupó en cuadros explicativos y tablas mediante Microsoft Excel<sup>®</sup>. Se realizó un muestreo secuencial, ingresando al estudio a todos las pacientes que se hospitalizaron en el centro y que cumplían con los criterios previamente establecidos.

Finalmente se incluyó un total de 316 pacientes. Se categorizaron en dos grupos según su paridad. Se definió a nulíparas como aquellas que no habían experimentado partos, independientemente de las gestaciones previas, y en multíparas, como pacientes que ya han vivenciado uno o más partos. También se clasificó según EG, en menor o igual a 37 semanas y en mayor a 37 semanas.

Se estudiaron las características de la muestra, considerando edad de la madre; edad gestacional; número de dosis de misoprostol; tiempo de inducción; Bishop de inicio y traslado; peso del RN; Apgar en 1 y 5 minutos. Para el estudio de cada una de estas variables se utilizó estadística descriptiva y cálculo de significancia estadística por diferencia de medias con un IC de 95%. En los estudios de motivos de inducción se utilizó cálculo de significancia estadística por diferencia de tasas con un IC de 95%.

Se definió como inducción de parto con resultado exitoso a todas aquellas que culminaron en parto vía vaginal con o sin instrumentalización, mientras que la inducción fracasada se definió como aquellos que concluyeron en vía de parto cesárea. Para calcular las diferencias entre nulíparas y multíparas en tasa de cesáreas utilizamos prueba de Chi-cuadrado con un IC de 95%.

Para calcular el riesgo según paridad de vía de parto cesárea, se utilizó la prueba de Odds Ratio con un IC de 95%, para dos categorías distintas (EG de pretérmino y de término).

## ***Resultados y análisis de datos***

Se evaluaron un total de 316 gestantes, quienes recibieron misoprostol para inducción de parto. La edad de las pacientes osciló entre los 16 y los 45 años. La EG al inicio de la inducción estuvo entre 34 y 41 semanas. Del total de inducciones, 82 pacientes (25,8%) iniciaron con EG hasta 37 semanas y 234 pacientes (73,8%) con EG mayores de 37 semanas. El Bishop promedio al inicio de la inducción fue de 5, no existiendo diferencias entre nulíparas y multíparas. [Tabla 1]

El objetivo principal del trabajo fue comparar la vía de parto cesárea según la EG y paridad. En el análisis de datos, la tasa de cesáreas en pacientes nulíparas con gestaciones de pretérmino fue 28.8% y en multíparas 27.0%, sin diferencias significativas al comparar la vía de parto [Tabla 2 y 3]. Por otro lado, en las pacientes con embarazos de término, la tasa de cesáreas en el grupo de nulíparas alcanzó un 46,6%, mientras que en el de multíparas tan sólo de un 18,1%. Hubo una diferencia significativa en el riesgo de cesárea en embarazos de término, entre las mujeres gestantes nulíparas versus el grupo de multíparas, con un OR de 3.94 (IC 2.17 - 7.16) [Tabla 4 y 5].

Cabe destacar que en el grupo de término no hubo diferencias significativas en el peso fetal promedio entre nulíparas y multíparas.

La principal causa de indicación de cesárea tanto en multíparas como en nulíparas fue el fracaso de inducción, que es más frecuente en nulíparas (63%) que en multíparas (55%). La segunda causa más frecuente fue el estado fetal no tranquilizador, sin embargo, no existe diferencia significativa según paridad en esta etiología [Tabla 6]. De igual manera, no existe diferencia significativa en el motivo de inducción para la totalidad de la muestra. Sin embargo, resulta relevante destacar que la indicación de inducción de parto por rotura prematura de membranas, fue más frecuente en nulíparas (28.9%) que en multíparas (18.6%) [Tabla 7].

A continuación, se anexan los datos obtenidos acorde a las variables descritas.

	<b>Paridad</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Promedio</b>	<b>Rango</b>
<b>Edad</b>	Nulípara	163	27,33	[16-45]
	Multípara	153	31,46	[17-45]
<b>EG inducción</b>	Nulípara	163	38,64	[34-41]
	Multípara	152	38,71	[35-41]
<b>Número Dosis Misoprostol</b>	Nulípara	163	1,74	[1-6]
	Multípara	153	1,67	[1-5]
<b>Tiempo de Inducción</b>	Nulípara	53	2334,23	[249-4728]
	Multípara	35	1896,54	[0-5026]
<b>Bishop Inicio</b>	Nulípara	90	5,24	[1-10]
	Multípara	90	5,28	[1-11]
<b>Bishop Traslado</b>	Nulípara	89	10,22	[3-13]
	Multípara	88	10,3	[4-13]
<b>Peso RN</b>	Nulípara	162	3297,99	[1924-4470]
	Multípara	153	3423,76	[2049-4916]
<b>Apgar 1'</b>	Nulípara	163	8,28	[2-9]
	Multípara	153	8,61	[3-9]
<b>Apgar 5'</b>	Nulípara	163	8,77	[3-10]
	Multípara	153	8,91	[6-10]

**Tabla 1. Características de la muestra independiente de EG**

	<b>Paridad</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Promedio</b>	<b>Rango</b>
<b>Edad</b>	Nulípara	45	27,8	[18-45]
	Múltipara	37	32	[19-44]
<b>EG inducción</b>	Nulípara	45	36,44	[34-37]
	Múltipara	37	36,68	[35-37]
<b>Número Dosis Miso</b>	Nulípara	45	1,82	[1-4]
	Múltipara	37	1,57	[1-4]
<b>Tiempo de Inducción</b>	Nulípara	15	2567,27	[925-4728]
	Múltipara	5	1811,6	[1235-2727]
<b>Bishop Inicio</b>	Nulípara	22	5,27	[1-9]
	Múltipara	18	5,11	[1-9]
<b>Bishop Traslado</b>	Nulípara	22	10,27	[6-12]
	Múltipara	19	9,89	[4-13]
<b>Peso RN</b>	Nulípara	45	2864,6	[1924-3927]
	Múltipara	37	3106,49	[2049-4145]
<b>Apgar 1'</b>	Nulípara	45	8,47	[6-9]
	Múltipara	37	8,68	[6-9]
<b>Apgar 5'</b>	Nulípara	45	8,89	[8-9]
	Múltipara	37	9	[9]

**Tabla 2. Características de la muestra en EG < o = 37 semanas**

<b>Vía de Parto</b>	<b>Nulíparas</b>	<b>Múltiparas</b>
<b>Vaginal</b>	30	27
<b>Instrumental</b>	2	0
<b>Cesárea</b>	13	10

**Tabla 3. Vía de parto en EG menor o igual a 37 semanas**

	<b>Paridad</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Promedio</b>	<b>Rango</b>
<b>Edad</b>	Nulípara	118	27,14	[16-44]
	Múltipara	116	31,29	[17-45]
<b>EG inducción</b>	Nulípara	118	39,47	[38-41]
	Múltipara	116	39,33	[38-41]
<b>Número Dosis Miso</b>	Nulípara	118	1,7	[1-6]
	Múltipara	116	1,7	[1-5]
<b>Tiempo de Inducción</b>	Nulípara	38	2242,24	[249-4541]
	Múltipara	30	1910,7	[0-5026]
<b>Bishop Inicio</b>	Nulípara	68	5,24	[1-10]
	Múltipara	72	5,32	[1-11]
<b>Bishop Traslado</b>	Nulípara	67	10,21	[3-13]
	Múltipara	69	10,41	[5-13]
<b>Peso RN</b>	Nulípara	117	3464,68	[2760-4470]
	Múltipara	116	3524,97	[2439-4916]
<b>Apgar 1'</b>	Nulípara	118	8,2	[2-9]
	Múltipara	116	8,59	[3-9]
<b>Apgar 5'</b>	Nulípara	118	8,72	[3-10]
	Múltipara	116	8,87	[6-10]

**Tabla 4. Características de la muestra en EG >37 sem**

<b>Vía de Parto/ Paridad</b>	<b>Nulíparas</b>	<b>Múltiparas</b>
<b>Vaginal</b>	53	92
<b>Instrumental</b>	10	3
<b>Cesárea</b>	55	21

**Tabla 5. Vía de parto en EG mayor a 37 semanas**

Causa de Cesárea/ Paridad	Nulíparas	Múltiparas
Inducción fracasada	31 (63%)	11(55%)
Malas Condiciones Obstétricas	1 (2%)	1 (5%)
Estado fetal no tranquilizador	13 (27%)	6 (30%)
Corioamnionitis	3 (6%)	1 (5%)
Polisistolía	1 (2%)	0 (0%)
Procidencia de cordón	0 (0%)	1 (5%)
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>20</b>

Tabla 6. Causas de Cesárea en mayores 37 semanas.

Motivo Inducción/ Paridad	Nulíparas	Múltiparas
Restricción del Crecimiento Intrauterino	8 (5.6%)	7 (4.9%)
Colestasia intrahepática	11(7.2%)	14 (9.9%)
Síndrome Hipertensivo del Embarazo	16 (10.5%)	16 (11.2%)
Hipertensión arterial crónica	5 (3.3%)	6 (4.2%)
Rotura Prematura de Membranas	44 (28.9%)	26 (18.6%)
Diabetes Gestacional	19 (12.5)	21 (14.8%)
Oligohidramnios	9 (5.9%)	5 (3.5%)
Feto grande para la edad gestacional	2(1.3%)	1(0.7%)
Embarazo en Vías de Prolongación	30 (19.7%)	28 (19.7%)
Estado Fetal No Tranquilizador	1 (0.7%)	5 (3.5%)
Malformaciones fetales	3 (1.97%)	7 (4.9%)
Edad gestacional dudosa	4 (2.6%)	6 (4.2%)
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>142</b>

Tabla 7. Motivos de inducción.

## Discusión:

En la serie revisada, la paridad no es un determinante para la ocurrencia de cesáreas en pacientes con gestaciones de hasta 37 semanas. En contraste, sí hubo diferencia significativa entre los grupos de nulíparas y múltiparas con gestaciones mayores a 37 semanas, siendo más frecuente la vía de parto cesárea en gestantes nulíparas de término con un OR de 3.94. No se encontraron diferencias significativas entre las patologías o indicaciones de inducción de parto vaginal. Tampoco se halló asociación con el peso del RN.

De esta forma, el objetivo del estudio se cumple al determinar que en esta serie la paridad no fue un factor determinante en la vía de parto en el grupo pretérmino, de manera secundaria, se

halló que en el grupo de término la paridad sí es un factor determinante. En base a la bibliografía revisada, no se encontraron estudios similares que evaluaran la paridad y edad gestacional en relación a la vía de parto, en pacientes inducidas con misoprostol.

Basado en los hallazgos descritos, parece necesario reevaluar las indicaciones de inducción de parto en pacientes con EG sobre las 37 semanas, considerando su paridad, en el marco de la indicación médica y pronóstico de éxito. Cabe destacar que este trabajo no tiene como objetivo revisar las indicaciones de interrupción del embarazo, sino más bien orientar en torno a la necesidad de mayores estudios para seleccionar adecuadamente aquellas pacientes que son candidatas a inducción de parto vaginal, la posibilidad de éxito del procedimiento y contribuir a la toma de decisiones informadas basada en la evidencia de nuestro centro.

Se torna necesario complementar con mayores estudios en relación a los distintos subgrupos de mujeres gestantes con patologías específicas, que permitan analizar diferencias entre los resultados de inducción de parto en gestantes nulíparas y multíparas, considerando las comorbilidades maternas, así como también profundizar en los resultados de Apgar de los RN que lograron una inducción exitosa versus los fracasos de inducción que culminaron en cesárea.

Asimismo, es menester extender el alcance de los futuros análisis a otros métodos de inducción, como la dinoprostona y el catéter con balón. Esto podría contribuir a incorporar a la discusión, la selección del método específico para la inducción, con el fin de mejorar la probabilidad de éxito del procedimiento.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se encuentra un pequeño número muestral por patología materna, dificultad para obtener información en ausencia de algunos datos como el puntaje de Bishop de ingreso y de traslado o el tiempo de inducción. Además, tampoco se consideró en detalle el análisis de las comorbilidades presentes al momento del parto, lo que podría actuar como un sesgo de confusión e incidir en los resultados de la inducción del parto. Tampoco es posible excluir un potencial sesgo de selección en relación a las pacientes a inducir, dado el carácter observacional de la investigación.

## *Conclusiones*

En la serie revisada, la paridad no es un determinante en la tasa de cesáreas en pacientes que se presentaron con EG de hasta 37 semanas. En contraste, sí hubo diferencia significativa entre los grupos de nulíparas y multíparas con EG mayor a 37 semanas, siendo más frecuente la vía de parto cesárea en gestantes nulíparas de término, sin existir una asociación con el peso del RN.

Basado en los hallazgos descritos, parece necesario reevaluar las indicaciones de inducción de parto en pacientes con EG sobre las 37 semanas, considerando su paridad, en el marco de la indicación médica y pronóstico de éxito.

## Bibliografía

1. World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for induction of labour: evidence base* (No. WHO/RHR/11.10). World Health Organization.
2. Kumar, N., Haas, D. M., & Weeks, A. D. (2021). Misoprostol for labour induction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *77*, 53-63.
3. Flores, M. & Garmendia, MF. "Tendencia y causas de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2018." *Revista médica de Chile* 149.10 (2021): 1440-1449.
4. Echeverría L. Enrique Quiroz N. Edgardo, Rozas A. Juan Carlos, Rocha O. Marcela, Hinrichs O. Carlos, Jeréz M. Rolando et al . Cinco años de experiencia con Misoprostol intravaginal para la inducción de parto: Uso de una nueva presentación farmacéutica en supositorios. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2002 ; 67( 2 ): 125-128.
5. Seijmonsbergen-Schermer, A. Peters, L. Goodarzi, B. Bekker, M. Prins, M. Stapert, et al. (2020). Which level of risk justifies routine induction of labor for healthy women?. *Sexual & reproductive healthcare*, *23*, 100479.

1. Interno de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Universidad de Chile.

2. Médica Ginecóloga-Obstetra. Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Universidad de Chile.

Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Universidad de Chile. Santiago, Chile

# Barreras que Dificultan el Control y Seguimiento Adecuado Postratamiento de Pacientes con Cáncer Cervicouterino

**Autores:**

Naudi Camila<sup>1</sup>, Kuttel Yelena<sup>2</sup>, Seiref Samuel<sup>3</sup>.

## *Objetivos*

Identificar factores que dificultan el control y seguimiento adecuado postratamiento de pacientes con cáncer cervicouterino que se atendieron en el Hospital J.B Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe. Identificar factores que facilitan el acceso al control y seguimiento adecuado postratamiento. Analizar el grado de conocimiento que tienen las mujeres tratadas en relación a los controles que deben realizarse.

## *Pacientes y métodos*

Estudio transversal cuanti-cualitativo en una población de mujeres que recibieron tratamiento por cáncer cervicouterino en el Servicio de Ginecología del Hospital B. Iturraspe de Santa Fe y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe (CEMAFE) en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2021 y que se encontraban en seguimiento postratamiento. Se contactó a las pacientes de manera telefónica y se aplicó una encuesta estructurada como método cuantitativo; y posteriormente, una entrevista como método cualitativo para profundizar cada una de las variables. El análisis estadístico fue realizado con el software R Commander versión 4.1.1.

## *Resultados*

Se identificaron 128 pacientes. Sólo pudieron ser contactadas telefónicamente

Un 25% manifestó factores que dificultaban el acceso a los controles como ser la demora para obtener el turno en el contexto de pandemia por Covid-19, inconvenientes para adquirir turnos a través del centro de atención primaria de su barrio, falta de dinero para el transporte y alojamiento, la distancia entre el efector de salud y la localidad donde viven. Todas las pacientes que no abandonaron su seguimiento refirieron como factores que facilitaron concurrir a sus controles la buena atención otorgada por el personal de salud, buena relación con el profesional que las asistió, buen funcionamiento y organización del sistema, asistencia social y ayuda económica, otorgamiento rápido de turnos, apoyo y contención de su entorno familiar. El 81,25% tenía un grado alto de conocimiento acerca de los controles, el 12,50% un grado moderado y el 6,25% un grado bajo.

## *Conclusión*

El porcentaje de pacientes que se pudo contactar fue bajo en relación al número de pacientes tratadas. Un porcentaje elevado tenía un alto grado de conocimiento sobre los controles. Todas supieron identificar factores que les permitían continuar el seguimiento y también barreras que lo dificultaban. Los factores que las mujeres refirieron que lo dificultaban, lo relacionaban principalmente con la pandemia por Covid-19. El factor que todas destacaron como facilitador fue la buena atención del personal de salud.

Número de citas bibliográficas utilizadas: 7

**Palabras claves:** Cáncer cervicouterino, Seguimiento, Abandono, Barreras.

## *Introducción*

Los datos epidemiológicos muestran que el cáncer es un problema de salud mundial. Las enfermedades neoplásicas aparecen entre las más importantes causales de muerte y discapacidad en el mundo. En las mujeres, los tumores malignos ocupan la segunda causa de muerte. En Argentina, según las estimaciones del Observatorio Global de Cáncer de la OMS, el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino representan los tumores ginecológicos con mayor incidencia. Las cifras para la provincia de Santa Fe muestran la misma tendencia [1]. El cáncer cervicouterino continúa siendo una causa preponderante de mortalidad. Tanto a nivel mundial como en Argentina, ocupa el cuarto lugar de impacto en incidencia y mortalidad entre las mujeres, luego de los cánceres de mama, pulmón y colon, y el segundo lugar entre los tumores ginecológicos [2-4]. No obstante, es la neoplasia con el mayor potencial de prevención. Tiene un largo período preinvasor y se cuenta con métodos para tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados que permiten buenos porcentajes de sobrevida y alto potencial de curación. El tiempo medio de recurrencia tiene un rango de 7 a 36 meses. Por ende, el seguimiento clínico una vez finalizado el tratamiento en los primeros 2 a 3 años es crucial [5-6]. A pesar de los beneficios reconocidos hay muchas pacientes que no realizan los controles ni el seguimiento de forma adecuada y esto podría deberse a múltiples factores. El objetivo de este estudio fue identificar aquellos que dificultan y facilitan el control y seguimiento adecuado postratamiento de las pacientes con cáncer cervicouterino que se atendieron en el Hospital J.B Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe. También analizar el grado de conocimiento que tenían las mujeres tratadas en relación a los controles que debían realizarse.

## *Pacientes y Métodos*

Estudio transversal cuanti-cualitativo en una población de mujeres que recibieron tratamiento por cáncer cervicouterino en el Servicio de Ginecología del Hospital J. B. Iturraspe de Santa Fe y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe (CEMAFE) en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2021 y que se encontraban en seguimiento postratamiento. Para realizar la recopilación, sistematización y análisis de la población se utilizaron el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) y el Sistema de Atención Primaria (SICAP) de la provincia de Santa Fe. Una vez realizada la base de datos se procedió a contactar a las mujeres de manera telefónica y a aplicar una encuesta estructurada como método cuantitativo; y posteriormente, una entrevista como método

cualitativo para profundizar cada una de las variables. La encuesta consistía en preguntas cerradas que indagaban sobre la edad de la paciente, su lugar de residencia actual, el máximo nivel educativo alcanzado, su nivel de ocupación, personas bajo su cargo, tipo de cobertura en salud, situación familiar, disponibilidad de dinero para realizar sus controles de salud y su situación habitacional. Todas las variables indagadas en la encuesta permitieron conocer y describir a la población en estudio. La entrevista consistía en una primera pregunta que indagaba sobre si la paciente abandonó o no sus controles y si esta era afirmativa había una segunda que interrogaba acerca del motivo de abandono. Para profundizar este segundo interrogante se preguntaron por motivos personales/familiares, laborales, relacionados a la carga de trabajo doméstico o relacionados al traslado. Luego se prosiguió a indagar si la paciente reconocía factores que dificultaban el seguimiento y factores que facilitaban el mismo. El resto de la entrevista se dividió en 5 secciones que en general buscaban conocer la relación de la persona con el sistema de salud: el grado de conocimiento sobre los controles postratamiento, el uso del sistema de salud por parte de la paciente, la calidad de atención que recibió, la organización del sistema donde fue atendida y finalmente el proceso de atención. Para evaluar el grado de conocimiento de las mujeres con respecto a sus controles se utilizaron las siguientes preguntas: ¿sabe cuáles son los controles que debe hacerse?, ¿conoce la utilidad?, ¿conoce cuál es el lugar donde se realizan?, ¿sabe cuál es la frecuencia con la que deben realizarse?, ¿conoce en qué consiste cada control?, ¿sabe si finalizan o no? ¿cuándo es la finalización de los mismos? y ¿cuál o quién fue su fuente de información sobre esto? Si la paciente contestaba 6 o 7 del total de preguntas se consideró que tenía un grado alto de conocimiento, si respondía 4 o 5 un grado moderado y si respondía 3 o menos un grado bajo. Para valorar el uso del sistema de salud se indagó sobre las instituciones a las cuales concurrió, los procedimientos recomendados por los profesionales, qué pasó después del tratamiento, si siguió concurriendo a controles, cada cuánto y hasta cuándo. Si sabía contestar 3 preguntas del total de 6 se consideró que el uso del sistema había sido adecuado y si respondía solo 2 o menos se estableció como inadecuado. Para conocer la calidad de la atención en el sistema de salud se interrogó acerca de si conocían su diagnóstico, conocían el tratamiento que se le realizó, si el profesional le informó sobre el seguimiento postratamiento y qué profesional le brindó información respecto a esto, si se comunicaron para programar esos controles de seguimiento y quién. Al responder 4 de 4 preguntas se consideró una calidad de atención alta, 3 de 4 moderada y menos de 2 baja. La organización del sistema se valoró preguntado si hubo atrasos en la entrega de resultados, dificultades para obtener turnos, suspensión en la atención y largos tiempos de espera para la consulta. Se definió como organización eficiente cuando las pacientes afirmaban 4 de 4 interrogantes y deficiente cuando respondían de manera afirmativa 3 o menos. El proceso de atención fue evaluado preguntando si había sufrido problemas en la comunicación o malas experiencias con el profesional que la atendió. Si la respuesta era afirmativa se establecía como inadecuado, de lo contrario era adecuado. Se adjunta como anexos la encuesta y la entrevista realizadas. Finalmente, el análisis estadístico de los datos obtenidos fue realizado con el software R Commander versión 4.1.1.

## *Resultados*

Se identificaron 128 pacientes. Sólo pudieron ser contactadas telefónicamente 32 (25%). Las restantes no pudieron ser localizadas por tener registro de un número telefónico incorrecto o de característica inexistente o no contestar las llamadas por motivos que se desconocen. Fallecieron por otras causas 4 pacientes y una se negó a realizar los cuestionarios. La edad mínima de la población fue de 24 años y la máxima de 66 años con una media de 47,03 años y

una mediana de 48. Las pacientes residían en distintas localidades del centro-norte de la provincia de Santa Fe, entre las cuales se destacaron por tener mayor cantidad de pacientes las ciudades de Reconquista que presentó tres, Santo Tomé y Tostado que presentaron dos pacientes cada una y Santa Fe que aportó cuatro; el resto de las localidades contaba solo con una. Del total de entrevistadas, el 90,62% (N=29) no abandonó sus controles después de terminar el tratamiento y el 9,38% (N=3) sí. Las pacientes que abandonaron expresaron como motivos la cancelación de turnos por la pandemia de Covid-19, falta de dinero para el transporte, gran distancia entre su lugar de residencia y el centro de atención y una de ellas refirió restar importancia a los controles postratamiento y por eso mismo nunca los realizó. Un 25% (N=8) manifestó factores que dificultaban el acceso a los controles como ser la demora para obtener el turno en el contexto de pandemia por Covid-19, inconvenientes para adquirir turnos a través del centro de atención primaria de la salud de su barrio, falta de dinero para el transporte y alojamiento, gran distancia entre el efector de salud y la localidad donde viven. Todas aquellas que no abandonaron refirieron como factores que facilitaron concurrir a sus controles la buena atención otorgada por el personal de salud, buena relación con el profesional que las asistió, buen funcionamiento y organización del sistema, asistencia social y ayuda económica para el transporte y alojamiento, otorgamiento rápido de turnos, apoyo y contención de su entorno familiar. En la Tabla 1 se muestra un resumen de los motivos de abandono, factores que dificultaron y facilitaron el control. Al analizar el grado de conocimiento que las pacientes tenían sobre los controles se encontró que el 81,25% (N=26) tenía un grado alto, el 12,50% (N=4) un grado moderado y el restante 6,25% (N=2) un grado bajo de conocimiento.

**Tabla 1.** Motivos de abandono, factores que dificultaron y facilitaron el control referidos por las pacientes.

<b>Motivos de abandono</b>	<b>Factores que dificultaron el control</b>	<b>Factores que facilitaron el control</b>
Cancelación de turnos por la pandemia de Covid-19	Pandemia de Covid-19 y atraso de turnos	Buena atención del personal de salud
Falta de dinero para el transporte	Problemas para obtener turno desde el centro de atención primaria de salud de su barrio	Ayuda económica para el viaje
Distancia entre el lugar de residencia y el centro sanitario de atención	No disponer de dinero para el traslado y el alojamiento	Medio de traslado facilitado por la comuna donde vive
Padecimiento de otra patología que le dificultaba la movilidad	Distancia entre el lugar de residencia y el centro sanitario de atención	Asistencia social
Pensar que los controles no eran importantes	Residir en zona rural	Disponibilidad del dinero necesario para viaje y alojamiento
	Atravesar por una situación familiar complicada	Otorgamiento rápido de turnos
		Preocupación por su salud y autocuidado
		Contención y ayuda de su entorno familiar

## Discusión

En la revisión bibliográfica, no encontramos trabajos que analizaran el abandono, los factores que dificultan y aquellos que facilitan el seguimiento postratamiento de pacientes con cáncer cervicouterino, así como el grado de conocimiento que tienen las pacientes acerca de sus controles en la región centro norte de la provincia de Santa Fe. En nuestro estudio el porcentaje de abandono fue del 9,33%, teniendo en cuenta que solo un 25% del total pudieron ser contactadas, no tenemos la certeza de que las que forman parte del 75% restante hayan abandonado o no sus controles. El estudio realizado por Paolino y col, en 2012, que analizó los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy encontró que los principales motivos de abandono estaban relacionados a la organización del sistema de salud, así como también a motivos de índole subjetiva como ser percepciones y conocimientos de las mujeres sobre el tema [7]. A diferencia de ese estudio, encontramos como motivos de abandono principales la cancelación de turnos que se dio en el marco de la pandemia por Covid-19 y también la falta de dinero para el transporte requerido para llegar al centro asistencial, ya que el mismo se encuentra a una gran distancia de su lugar de residencia. En contraposición, se encontró que la buena atención y la organización del sistema fueron mencionados como facilitadores por todas aquellas mujeres que no abandonaron el seguimiento. En cuanto a las barreras referidas se destacó la pandemia por Covid-19 y la dificultad de obtener los turnos atravesada por ese contexto. El 81,25% de las pacientes tenía un grado alto de conocimiento sobre los controles a realizarse, lo cual es lógico ya que se trata de las pacientes que nunca abandonaron su seguimiento.

## Conclusiones

El porcentaje de pacientes que se pudo contactar fue bajo en relación al número de pacientes tratadas. La mayoría de las mujeres contactadas no abandonó su seguimiento postratamiento. Las pacientes conocían la importancia del seguimiento y un porcentaje elevado tenía un alto grado de conocimiento sobre los controles. Todas supieron identificar factores que les permitían continuar el seguimiento y también barreras que lo dificultaban. Los factores que las mujeres refirieron que lo dificultaban, lo relacionaban principalmente con la pandemia de Covid-19 sobre todo el atraso de turnos; también con la distancia y la disponibilidad de dinero para viajar hasta el centro de atención. El factor que todas destacaron como facilitador fue la buena atención del personal de salud; otro factor que destacó fue la ayuda económica y asistencia social ofrecida durante todo el proceso de atención.

## Referencias

1. Globocan Cancer <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>. Recuperado el 21 de agosto de 2021.
2. Ballesteros I, Limardo L, Abriata G. (2016). Vigilancia epidemiológica del cáncer. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2016. Un aporte para la toma de decisiones en salud pública basadas en información. Instituto Nacional del Cáncer; Ministerio de Salud de la Nación

3. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades; Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. 2015. Consenso Nacional Inter sociedades sobre cáncer de cuello uterino.
4. Huang J, Deng Y, Boakye D, et al. Global distribution, risk factors, and recent trends for cervical cancer: A worldwide country-level Gynecol Oncol. 2022. 164 (1). 85–92.
5. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. [Int J Gynecol 2021. 155 \(Suplemento 1\): 28-44.](#)
6. Cibula D, Dostálek L, Jarkovsky J, et al. Post-recurrence survival in patients with cervical Gynecol. Oncol. 2022. 164 (2). 362–369.
7. Paolino, M; Arrossi, Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. Salud Colectiva. 2012. 8(3):247-261.

# Anexos

## Encuesta

### ¿CUÁLES SON LAS BARRERAS QUE DIFICULTAN EL SEGUIMIENTO ADECUADO POSTRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO?

Estimada, la presente encuesta se enmarca dentro de un trabajo de investigación a cargo de docentes y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas - UNL que trata sobre las barreras que dificultan el seguimiento postratamiento de pacientes con cáncer cervicouterino. Tiene como objetivos evaluar aquellos factores que dificultan el acceso a los controles ginecológicos posteriores al tratamiento, analizar la calidad de la atención y las conductas del servicio de salud y en base a esto proponer cambios para realizar una planificación adecuada y contrarrestar dichas barreras para mejorar la salud de esta población. Es por eso que se la invita a colaborar en esta encuesta, ya que pertenece a la población objeto de estudio por haber recibido y finalizado su tratamiento, aportando datos que puedan ayudar a cumplir los objetivos que se comentaron anteriormente. Este cuestionario es anónimo, quedará identificada por medio de un código y no por su nombre, toda información que se obtenga será de carácter confidencial, voluntaria y será utilizada únicamente en este proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted está en plena libertad de negarse o retirar su participación en cualquier momento. Desde ya muchas gracias.

Edad

Tu respuesta

Lugar de residencia

Tu respuesta

Máximo nivel educativo alcanzado

- Terciario/Universitario completo
- Terciario/Universitario incompleto
- Secundario completo
- Secundario incompleto
- Primario completo
- Primario incompleto
- Nunca concurrió a la escuela

Si nunca concurrió a la escuela ¿Sabe leer y escribir?

- Si
- No

Nivel de ocupación (Puede marcar más de una opción)

- Trabajo formal
- Trabajo informal
- Es ama de casa
- Es estudiante
- Es jubilada/pensionada
- Padece de alguna discapacidad permanente
- Requiere ayuda de terceros para realizar sus actividades de la vida diaria

6. Tiene personas a cargo

- Sí
- No

Si respondió Sí. Cuántas?

Tu respuesta

¿Hijos a cargo? ¿Cuántos por rango etario? (Colocar cantidad de hijos que tiene por edad)

	N° de hijos de 0-6 años	N° de hijos de 6-12 años	N° de hijos de 12-18 años
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Otro familiar que necesite cuidado?

- Sí
- No

Si respondió Sí. ¿Quién?

Tu respuesta

Tipo de cobertura en salud

- Pública
- Privada/Prepaga
- Obra social

¿Con quien convive? (Puede marcar mas de una opción)

- |                                      | Pareja                | Hijos                 | Padres                | Sola                  | Otras personas        |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Marque las opciones que correspondan | <input type="radio"/> |

9. ¿Puede disponer de dinero para hacerse los controles de salud que necesita?

- Si
- No

10. Situación habitacional (Puede marcar mas de una opción si alguna de estas características corresponde con su vivienda)

Marcar la opción que corresponda

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| Sin acceso a red de agua corriente   | <input type="radio"/> |
| Sin disponibilidad de agua dentro de la vivienda                                   | <input type="radio"/> |
| Sin acceso a red de desagüe cloacal  | <input type="radio"/> |
| Sin baño dentro de la vivienda y con descarga de agua para eliminación de excretas | <input type="radio"/> |
| Sin acceso a red de gas  | <input type="radio"/> |
| Sin acceso a servicio de red eléctrica   | <input type="radio"/> |
| Piso de tierra   | <input type="radio"/> |
| Mas de 3 personas por cuarto   | <input type="radio"/> |

## **Entrevista**

1. ¿Abandonó sus controles de seguimiento postratamiento? ¿Cuáles fueron los motivos?

### **MOTIVOS PERSONALES/FAMILIARES**

- Problemas de pareja
- Separación
- Fallecimiento de familiar
- Otro

### **MOTIVOS LABORALES**

- No poder faltar al trabajo

### **MOTIVOS RELACIONADOS A LA CARGA DE TRABAJO DOMESTICO**

- Cuidado de los hijos
- Cuidado de otro familiar

### **MOTIVOS RELACIONADOS AL TRASLADO**

- Falta de medio de transporte para llegar al lugar de atención
- Falta de dinero para el traslado
- Lejanía del centro de atención?
- ¿Otro motivo?

2. ¿Reconoce factores que dificultan o impiden el control y seguimiento post tratamiento?

3. ¿Reconoce factores que facilitan seguir concurriendo a los controles después de su tratamiento?

### **4. GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS CONTROLES POSTRATAMIENTO**

- ¿Sabe cuáles son los controles que debe hacerse?
- ¿Conoce la utilidad de los controles?
- ¿Conoce cuál es el lugar donde se realizan?

- ¿Sabe cuál es la frecuencia con la que deben realizarse?
- ¿Conoce que se realiza en cada control?
- ¿Sabe cuándo en la finalización de estos controles?
- ¿Cuál o quien fue su fuente de información sobre esto?

#### 5. USO DEL SISTEMA DE SALUD

- Instituciones a las cuales concurre
- Los procedimientos recomendados por los profesionales
- ¿Qué paso después del tratamiento?
- ¿Siguió concurrendo a controles? ¿Cada cuánto? ¿Hasta cuándo?

#### 6. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

- ¿Conocían su diagnóstico?
- ¿Conocían el tratamiento que se le realizó?
- ¿El profesional le informó sobre el seguimiento postratamiento? ¿Qué profesional le brindo información respecto a esto?
- ¿Se comunicaron para programar esos controles de seguimiento (telefónicamente o por visitas domiciliarias)

¿Quién?

Si conocía su diagnóstico:

- ¿Le explicaron lo que significaba el resultado?

Si No

¿Entendió? Si

No

- ¿Le explicaron cuáles eran los pasos que debía realizar posteriormente?

Si No

- ¿El médico le preguntó si tenía alguna consulta o duda?

Si No

## 7. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

- Atrasos en la entrega de resultados
- Dificultades para obtener turnos
- Suspensión en la atención
- Largos tiempos de espera para la

## 8. PROCESO DE ATENCIÓN

¿Problemas en la comunicación o malas experiencias con el profesional que la atendió?  
¿Cuáles?

1. Estudiante de Medicina FCM-UNL
2. Docente adjunto de la Cátedra de Salud Pública FCM-UNL
3. Docente titular de la Cátedra de Ginecología y Obstetricia FCM-UNL

Facultad de Ciencias Médicas – UNL. Santa Fe, Santa Fe, Argentina

# Utilización de Hemoglobina Glicosilada en 2° Trimestre como Parámetro Aislado en Diabetes Gestacional

## **Autores:**

De Martín Lucía<sup>1</sup>, Martini Giovanna<sup>2</sup>, Bianciotto Antonela<sup>3</sup>, Botbol Juliana Alicia<sup>4</sup>, Pochettino Pablo Andres<sup>5</sup>, Carducci María Eugenia<sup>6</sup>.

## *Introducción*

La diabetes gestacional (DG) afecta aproximadamente al 7 % de las mujeres embarazadas y es una de las complicaciones más prevalentes en el embarazo. Las guías recomiendan la detección de DG entre las 24 y 28 semanas de gestación con la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). (1) (2) (3) (4)

La pandemia de COVID-19 ha generado una rápida transformación y la necesidad de flexibilizar la asistencia sanitaria. Surgió la necesidad de una prueba que implicara una estancia más breve del paciente en el centro de atención. Varias guías internacionales recomendaron, en este contexto, utilizar la hemoglobina glicosilada (HbA1c) como método de diagnóstico de DG y se propusieron varios puntos de corte. La HbA1c es una heteroproteína de la sangre que se utiliza para valorar el estado glucémico de los pacientes en los últimos 120 días (debido a la unión de la glucosa a la hemoglobina). Esta es una prueba sencilla, que requiere una única muestra de sangre y no necesita ninguna preparación específica del paciente.

En este análisis tomamos como punto de corte  $\geq 5,5\%$  (Sensibilidad 25.90% Especificidad 94.50%) que es el propuesto por el Consenso del Grupo Español de Diabetes y Embarazo de la Sociedad Española de Diabetes y la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (5) (6)

Sin embargo la Asociación Americana de Diabetes (7) y Khalafallah, A. y col (2016) (8) informan que la baja sensibilidad del uso de HbA1c es un obstáculo en la estandarización de la prueba como screening de DG.

## *Objetivos*

Reportar la media de HbA1c en pacientes con diagnóstico de DG en nuestra Institución, el porcentaje de pacientes DG diagnosticadas con PTOG con HbA1c mayor a 5.5% para determinar cuantas de ellas podrían haber sido diagnosticadas a partir de la alteración de la HbA1c.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todas las pacientes embarazadas con diagnóstico de DG en nuestra Institución durante el periodo de enero 2012 a marzo 2022 y se revisaron los valores de HbA1c en 2° trimestre.

Se definió DG (según criterio ALAD) como glucemia en ayuno mayor 100 mg/dL en dos oportunidades o PTOG mayor 140 mg /dL.

En la literatura se proponen diferentes puntos de corte (8) (9) (10), se tomó para este análisis 5.5 % (Sensibilidad 25.90% Especificidad 94.50%) (5) (6) determinando el porcentaje de pacientes DG detectados por PTOG que se podrían diagnosticar a partir de la HbA1c.

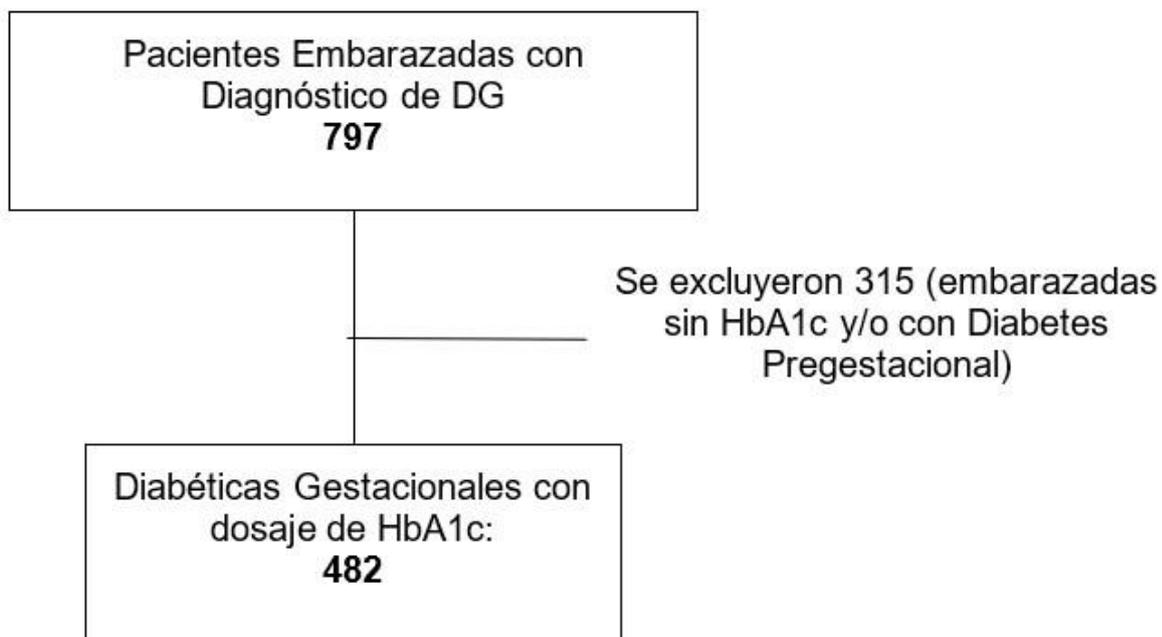
### Criterios de Exclusión:

- Diabetes pregestacional
- Pérdida de seguimiento en nuestra Institución

## Resultados

Durante el período analizado, ingresaron a la sección de Diabetes de nuestro Servicio un total de 797 pacientes, de las cuales 269 fueron excluidas por no tener el valor de Hemoglobina Glicosilada en el segundo trimestre y 46 por presentar Diabetes Pregestacional, quedando para el análisis 482 pacientes.

La media de HbA1c de estas 482 pacientes fue de 5,20 %. Si consideramos el punto de corte para HbA1c de 5.5%, 360 (74.6%) Diabéticas Gestacionales detectadas por PTOG no hubieran sido diagnosticadas.



## Conclusión

En este trabajo, pudimos observar que utilizando la HbA1c como herramienta de detección de DG, tomando como punto de corte  $\geq 5,5\%$  hubiéramos perdido la oportunidad diagnóstica en el 74.6% de las pacientes Diabéticas Gestacionales.

## Bibliografía

1. Salzberg, S., Alvariñas, J., Lopez, G. y col (2016). Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. *ALAD*, 6: 155-69. Disponible en: [https://www.revistaalad.com/files/alad\\_v6\\_n4\\_155-169.pdf](https://www.revistaalad.com/files/alad_v6_n4_155-169.pdf)
2. NICE. (2015, febrero). Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. National Institute for Health and Care Excellence.
3. Clinic (2018) "Protocolo: Diabetes Gestacional". Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/diabetes%20gestacional.pdf>
4. ACOG Practice Bulletin No. 190. (2018). Obstetrics & Gynecology, 131(2), e49–e64.
5. Mercè Codinaa, Rosa Corcoy, María M. Goya (2020) Consenso del Grupo Español de Diabetes y Embarazo de la Sociedad Española de Diabetes y la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Actualización urgente: alternativa temporal para el diagnóstico de hiperglucemia gestacional y el seguimiento de estas mujeres y aquellas con diabetes pregestacional durante la pandemia covid-19. *Endocrinol Diabetes Nutri*. 67 (8): 545-552. DOI: 10.1016/j.endinu.2020.05.002
6. Maesa J. M., Fernandez-Riejos P., Gonzalez-Rodriguez C., Sanchez-Margalet V. (2019). Screening for Gestational Diabetes Mellitus by Measuring Glycated Hemoglobin Can Reduce the Use of the Glucose Challenge Test. *Ann Lab Med*, 39 (6): 524-529
7. American Diabetes Association. (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 40(1), 11-24. : 10.2337/dc17-S005
8. Khalafallah, A., Phuah, E., Al-Barazan, A. M., Nikakis, I., Radford, A., Clarkson, W., Corbould, A. (2016). Glycosylated haemoglobin for screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus. *BMJ Open*, 6 (4), 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2016-011059
9. Renz P. B., Chume F. C., Timm J. R. T., Pimentel A.L., Camargo J. L. (2019). Diagnostic accuracy of glycated hemoglobin for gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Clin Chem Lab Med*, 57(10):1435-49. DOI:10.1515/cclm-2018-1191.
10. Thangaratnam, S., Cooray, S., Sukumar, N., Huda, M. y col. (2020) Endocrinology in the time of COVID-19: Diagnosis and Management of Gestational Diabetes Mellitus. *Eur J Endocrinol.*, 183(2), 49–56. 10.1530/EJE-20-0401

1. Residente de segundo año de tocoginecología Hospital Italiano de San Justo
2. Jefa de residentes de tocoginecología Hospital Italiano de San Justo
3. Médica tocoginecóloga del Hospital Italiano de San Justo
4. Médico tocoginecólogo del Hospital Italiano de San Justo, a cargo de la sección de Diabetes y Embarazo
5. Médica tocoginecóloga del Hospital Italiano de San Justo, a cargo de la sección de Materno Fetal San Justo

Hospital Italiano Agustin Rocca. San Justo, provincia de Buenos Aires

# Papel del Estudio Invasivo en Paciente con o sin Sangrado en la Postmenopausia ¿Cuándo Estudiar?

**Autores:**

Gago Eduardo Francisco<sup>1</sup>, Martinez Elisa Selva<sup>2</sup>, De Gaetano Manuel<sup>3</sup>

## *Resumen:*

## *Objetivos*

Evaluar el grosor endometrial en pacientes posmenopausicas asintomáticas y sintomáticas, y su correlacion con cáncer de endometrio.

## *Materiales y Métodos*

Análisis estadístico descriptivo, retrospectivo. Recolección de historias clinicas del Hospital Italiano de Mendoza en un período de 8 años (2014-2020) y evaluar el grosor endometrial, sangrado en la postmenopausia y la presencia o no de cáncer de endometrio.

## *Resultados*

Los resultados de los análisis empleados, nos indican que hay una asociación moderada y estadísticamente significativa entre tener un diagnóstico de cáncer de endometrio y presentar sangrado en la postmenopausia. De las pacientes que tuvieron un diagnóstico de cáncer (n=46) la media de su grosor endometrial fue de  $M= 16.06$  mm ( $DE= 9.16$ ) con un intervalo de confianza del 95% en el rango de 12.36 mm (límite inferior) y 19.76mm (límite superior).

## *Introducción*

Las pacientes postmenopausicas no deberían tener sangrado y su linea endometrial no debería estar engrosada. Cuando esto ocurre genera la necesidad de descartar que haya un Ca. de endometrio asociado.

En las mujeres posmenopausicas asintomáticas un mayor grosor endometrial sintomáticas se relaciona proporcionalmente con aumento del diagnóstico de Ca. de endometrio (a mayor grosor endometrial mayor riesgo de desarrollar cáncer).

La presencia de sangrado aumentaria el riesgo de este diagnóstico, según los datos en la literatura.

## Objetivos

Evaluar el grosor endometrial en paciente posmenopausicas asintomáticas y sintomáticas, y su correlacion con Cáncer de endometrio (Ca.).

Investigar en nuestra poblacion la coincidencia con los datos publicados en la literatura. Conocer la prevalencia de Ca. de endometrio en pacientes sintomáticas en una población de pacientes postmenopausicas del Hospital Italiano de Mendoza

Evaluar el sangrado postmenopausico, grosor endometrial y su influencia en el aumento de riesgo de cáncer de endometrio.

Ante la presencia de una linea endometrial engrosada sin sangrado, determinar si el riesgo de cáncer de endometrio se encuentra incrementado.

## Materiales y Métodos

Recolección de historias clinicas del Hospital Italiano de Mendoza en un período de 8 años (2014-2020) y poder evaluar:

1. **GROSOR ENDOMETRIAL:** VARIABLE CONTINUA MEDIDA ECOGRAFICAMENTE EN MM
2. **SANGRADO EN LA POSTMENOPAUSIA:** VARIABLE CATEGORICA (PACIENTE QUE REPORTA SANGRADO VS PACIENTE QUE NO REPORTA)
3. **CA ENDOMETRIO:** VARIABLE CATEGORICA, DIAGNOSTICO ANATOMPATOLOGICO (PACIENTE DIAGNOSTICADA CON CANCER VS PACIENTE SIN DIAGNOSTICO DE CANCER)

**Análisis estadístico:** estadística descriptiva (frecuencias y medidas de tendencia central) y Estadística inferencial (chi-cuadrado, prueba T de student).

## Resultados

Se estudiaron **555** mujeres en la postmenopausia con línea endometrial engrosada y metrorragia en el servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Mendoza del 2014-2021. La edad media de la muestra total es de  $M= 59.63$  ( $DE= 9.16$ ).

De estas 555 pacientes, 224 se presentaron con sangrado en la postmenopausia y 331 con línea endometrial engrosada. (Fig. 1)

### **Grosor endometrial**

De las pacientes que tuvieron un diagnóstico de cáncer (n=46) la media de su grosor endometrial fue de  $M= 16.06$  mm ( $DE= 9.16$ ) con un intervalo de confianza del 95% en el rango de 12.36 mm (límite inferior) y 19.76mm (límite superior).

### Prevalencia de cáncer de endometrio

Del total de la muestra un 8% (n=46) presentaron Carcinoma de endometrio, 7% (n=43) se manifestaron con sangrado de la postmenopausia y un 0,5% (n=3) con línea endometrial engrosada (Fig 2).



Figura 1 (Número total de pacientes)

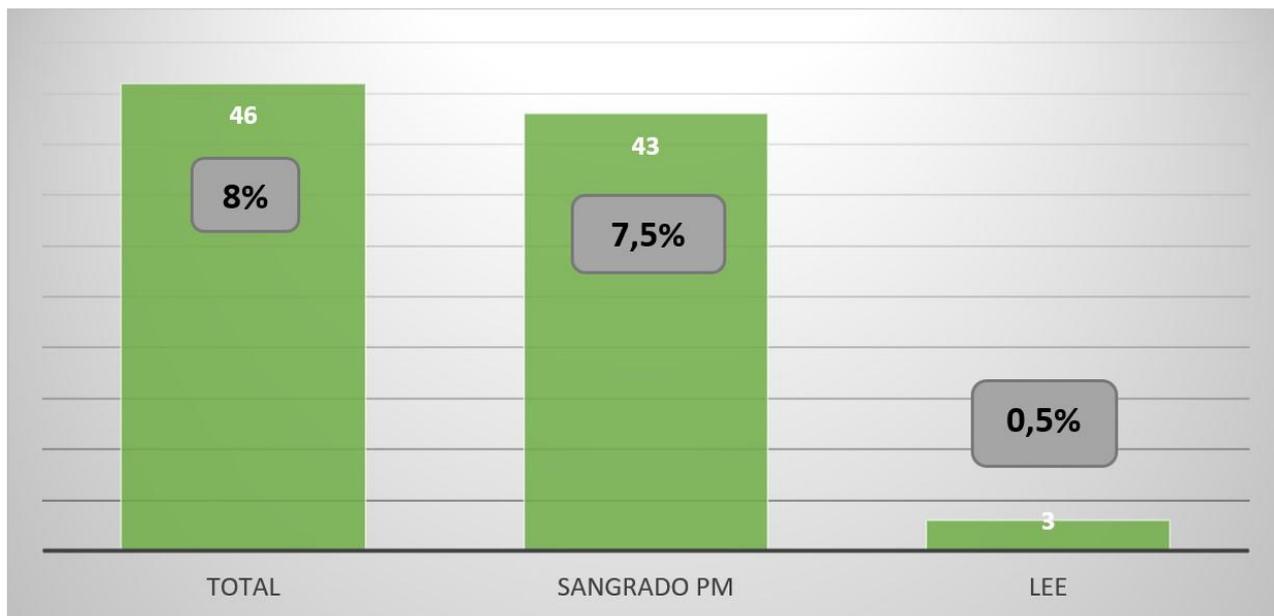


Figura 2 (Número total de pacientes que presentaron Ca. de Endometrio)

### Asociación entre sangrado y cáncer de endometrio

Se procedió a realizar una serie de análisis de chi-cuadrado para poder establecer la asociación estadística entre la presencia de sangrado y la probabilidad de presentar cáncer de endometrio, pólipos endometriales, atrofia e hiperplasia endometrial (Tabla 1).

Los resultados de estos análisis nos indican que hay una asociación moderada y estadísticamente significativa entre tener un diagnóstico de cáncer de endometrio y presentar sangrado en la postmenopausia. Del mismo modo se puede observar una asociación significativa, aunque un poco más leve, entre el sangrado en la postmenopausia y la presencia de pólipos. Por el contrario, no se encontraron asociaciones significativas entre presencia de sangrado y diagnósticos de hiperplasia y endometrio atrófico.

**Tabla 1**

Diagnóstico		Sangrado		Total	$\chi^2$	Valor <i>p</i>	$\phi$ - de Crammer
		SI	NO				
Cáncer	SI	43	3	46	59.279	<.001	.327
	NO	180	239	509			
Pólipo	SI	85	197	282	24.035	<.001	.208
	NO	138	135	273			
Hiperplasia	SI	33	35	68	2.248	.134	.064
	NO	190	297	487			
Endometrio Atrófico	SI	29	194	73	.007	.932	.004
	NO	194	288	482			

**Nota.**  $\chi^2$  equivale al valor estadístico de la prueba chi-cuadrado. El nivel significativo es igual a  $p < .05$ .  $\phi$ - de Crammer indica el tamaño del efecto entre la asociación de variables, un tamaño de .10 a .29 se considera leve, entre .30 y .50 se considera un tamaño moderado, mientras que a partir de .50 se considera un efecto grande.

### **Factores de riesgo y cáncer de endometrio**

Una descripción de la frecuencia de los factores de riesgos presentes en la muestra de pacientes con cáncer de endometrio se puede observar en la Tabla 2.

Un análisis de muestras independientes de t-de student reveló que hubo una diferencia significativa ( $t(52.32)=3.923, p < .001$ ) en la media de edad entre pacientes que tenían un diagnóstico de cáncer de endometrio ( $M=65.61, DE= 9.6$ ) y pacientes sin ese diagnóstico

( $M= 59.18, DE = 8.99$ ). Estos resultados indicarían que tener mayor edad estaría asociado con la probabilidad de padecer cáncer de endometrio.

*Tabla 2*

<b>Factor de Riesgo</b>	Obesidad	Tabaco	Hipertensión	Antecedentes Familiares	Paridad
SI	23(50%)	7 (15.2%)	19 (41.3%)	19 (41.3%)	37 (80.4%)
NO	23 (50%)	39 (84.8%)	27 (58.7%)	27 (58.7%)	9(19.6%)

## *Discusión*

La interpretación nos indica que el grosor endometrial en pacientes que presentaron cáncer de endometrio y sangrado esta por encima del valor citado por la literatura (6 mm Parra et.al., 2004).

También nos indica que el sangrado en mujeres postmenopausicas está significativamente asociado al padecimiento de cancer de endometrio y en menor medida con presencia de pólipos.

Las frecuencias de los diagnósticos (cáncer, polipos, hiperplasias, atrofia) y sangrado de la postmenopausia está en línea con las guías internacionales donde la frecuencia es similar: pólipos 38%, cáncer 19%, hiperplasia 15%, endoemtrio atrófico 13%.

Sorprendentemente entre los factores de riesgo se vio que de las pacientes que tuvieron cáncer hubo un mayor porcentaje de pacientes que no presentaban los mismos.

Finalmente, podemos apreciar que la edad es un factor asociado al padecimiento de cáncer de endometrio.

## *Conclusión*

Se puede observar una asociación moderada y estadísticamente significativa entre tener un diagnóstico de cáncer de endometrio y presentar sangrado en la postmenopausia, por lo que se aconseja un estudio invasivo (eg; Histeroscopia) en pacientes que presentan sangrado en la postmenopausia y control en aquellas que no presentan.

### *Limitaciones y direcciones futuras*

Una limitación de este estudio es la falta de información con respecto al grosor endometrial en pacientes que no padecen cáncer para poder establecer una asociación estadística. De todos modos, estos datos se están recolectando y en un futuro podremos analizarlos para poder entablar asociaciones significativas entre factores de riesgo y cáncer de endometrio en población postmenopáusica.

## *Bibliografía*

1. Smith-Bindman, R., Weiss, E., & Feldstein, V. (2004). How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 24(5), 558-565.
2. Golstein, S. R. (2010). Evaluación moderna del endometrio. *Obstetrics & Gynecology*, 116, 168-176.
3. López Pérez, D. L. (2014). Correlación entre los hallazgos ultrasonográficos e histopatológicos mediante biopsia endometrial en pacientes con sangrado uterino anormal. 32-42
4. Parra, M., & del Río, M. J. (2018). Engrosamiento endometrial en la post menopausia. *Revista de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, (16).
5. Socías, M., Vargas, R., Costoya, A., Monje, B., & Haye, M. T. (2007). Correlación de la histeroscopia y biopsia dirigida en el estudio del engrosamiento endometrial patológico por ultrasonido. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 99-104.
6. Doll, KM, Romano, SS, Marsh, EE y Robinson, WR (2021). Rendimiento estimado de la ecografía transvaginal para la evaluación del sangrado posmenopáusico en una cohorte simulada de mujeres blancas y negras en los EE. UU. *Oncología JAMA*, 7(8), 1158-1165.

1. Director médico Instituto Gineco-mamario, Profesor emérito de la Universidad Nacional de Cuyo, Jefe de servicio y director de la Unidad de Ginecología del Hospital Italiano de Mendoza
2. Residente cuarto año Tocoginecología, Hospital Italiano de Mendoza
3. Residente segundo año Tocoginecología, Hospital Italiano de Mendoza

# Ruptura Uterina sin cicatriz previa en multigesta con antecedente de abuso de cristal: reporte de caso y revisión de la literatura.

*Rupture of unscarred uterus on posterior surface in multipregnant women with history of glass abuse: case report and review of the literature.*

**Autores:**

Victoria Stefani Varela-Orozco<sup>1</sup>, Alma Ivett Ferreira-Armas<sup>2</sup>, Felipe de Jesús Olmedo-Tejada<sup>3</sup>.

## *Resumen*

## *Antecedentes*

La ruptura uterina es una complicación obstétrica grave asociada a una alta morbi-mortalidad materno fetal, en la mayoría de los casos ocurre en el segmento, debido a que esta parte de la pared es la más delgada y la más susceptible a sobre distensión, siendo la ruptura uterina de cara posterior un suceso excepcional; la ruptura de un útero sin cicatrices es de 1 de cada 8,000 a 17,000 partos, reportándose una incidencia de 0.006%.

## *Caso Clínico*

Paciente de 38 años, multigesta, con antecedente obstétrico de tres partos y preeclampsia en gestación previa, adicción a cristal y marihuana de 3 años de evolución, cursando embarazo de 40 semanas de gestación (SDG) por amenorrea; ingresó a unidad tocoquirúrgica con diagnóstico de pródromos de trabajo de parto y preeclampsia sin criterios de severidad, en donde se realizó inductoconducción del trabajo de parto con análogo de prostaglandina E1 con dos dosis de 25 mcg en un intervalo de 4 horas, posteriormente se decidió resolución vía abdominal por bradicardia fetal; en el evento quirúrgico se reportó hemoperitoneo de 200 cc, ruptura en cara posterior a nivel de uterosacos de 7 x 5 cm aproximadamente y hematoma disecante hacia retroperitoneo, se realizó histerectomía obstétrica, reportándose una pérdida hemática total de 2,000 cc.

## *Conclusión*

En este caso se reportaron tres situaciones excepcionales, una, la ruptura uterina sin cicatriz previa ni malformación mülleriana, dos, el sitio anatómico de la ruptura reportado en cara posterior, y tres, la asociación al abuso de alcaloides, como lo es el cristal, previamente reportado en la literatura en dos ocasiones. Se tiene poca información acerca de la etiología de la ruptura uterina sin antecedente quirúrgico, para evitar el retraso en su detección y complicaciones con el diagnóstico tardío, es importante establecer los factores de riesgo asociados.

**Palabras Clave:** Ruptura uterina en cara posterior, inductoconduccion, trabajo de parto, preeclampsia.

## *Abstract*

### *Background*

Uterine rupture is a serious obstetric complication associated with high maternal-fetal morbidity and mortality, in most cases they occur in the segment, because this part of the wall is the thinnest and the most susceptible to overdistention, being posterior uterine rupture an exceptional event; rupture of a uterus without scarring is 1 in 8,000 to 17,000 deliveries, with an incidence of 0.006%.

### *Clinical Case*

A 38-year-old patient, multideed, with an obstetric history of three births and preeclampsia in a previous pregnancy, a 3-year history of addiction to crystal and marijuana, with a pregnancy of 40 weeks of gestation (SDG), was admitted to the obstetrics unit with a diagnosis of prodrome of labor and preeclampsia without criteria of severity, where induction of labor was performed with prostaglandin E1 analog with two doses of 25 mcg at an interval of 4 hours, later it was decided to resolve abdominal due to fetal bradycardia; in the surgical event reported a hemoperitoneum of 200 cc, a rupture in the posterior face at the level of the uterosacrals of approximately 7 x 5 cm and a dissecting hematoma towards the retroperitoneum, an obstetric hysterectomy was performed, reporting a total blood loss of 2,000 cc.

### *Conclusion*

In this case, three exceptional situations were reported: one, uterine rupture without a previous scar or Müllerian malformation, two, the anatomical site of the rupture reported on the posterior face, and three, the association with the abuse of alkaloids, such as crystal, previously reported twice in the literature. There is a few information about the etiology of uterine rupture without a surgical history, to avoid delay in its detection and complications with late diagnosis, it is important to establish the associated risk factors.

**Keywords:** Uterine rupture on the posterior wall, induction, labor, preeclampsia.

### *Antecedentes*

La ruptura uterina se define como la separación completa del miometrio con o sin partes fetales en la cavidad peritoneal <sup>1</sup>. Es una complicación obstétrica grave asociada a una alta morbi-mortalidad materno fetal <sup>2</sup>. Se clasifica como completa (desgarro de todas las capas de la pared uterina, incluidas la serosa y las membranas) o parcial (defecto del miometrio con serosa intacta) <sup>3</sup>.

En la mayoría de los casos ocurre en el segmento, debido a que esta parte de la pared es la más delgada y la más propensa a sobre distensión, además de que puede ocurrir estando

establecido o no el trabajo de parto. La incidencia de ruptura uterina en mujeres con trabajo de parto y con una cicatriz previa segmento arciforme ha sido reportada en 0.2 y 1.5% (una mujer entre 67 y 500), otros estudios reportan un promedio de 0.6%. Por el contrario, la ruptura de un útero sin cicatrices es de 1 de cada 8,000 a 17,000 partos, reportándose una incidencia de 0.006% <sup>4,5,6</sup>.

Se tiene menos información sobre la ruptura uterina en pacientes con un útero sin cicatrices (ruptura uterina primaria), principalmente confinada a las pacientes multíparas en trabajo de parto, un breve intervalo entre embarazos ha sido un factor de riesgo sospechado en estos casos, pero no ha sido completamente investigado <sup>1,7</sup>.

Los factores de riesgo asociados a ruptura uterina son cicatrices uterinas, periodo intergenésico corto, malformaciones uterinas, antecedente de embarazo molar invasivo, acretismo placentario, parto vaginal asistido con fórceps, variedad de posición, malformaciones fetales, inductoconducción del trabajo de parto, hiperestimulación uterina, consumo de alcaloides como la cocaína, comorbilidad materna, entre ellas, obesidad, preeclampsia, y diabetes tipo 1 y 2 <sup>4,8</sup>.

Existen reportes de caso acerca de la asociación del abuso de alcaloides (cocaína, cristal) y ruptura uterina en mujeres gestantes a término, su mecanismo farmacológico bloquea la recaptación de catecolaminas (especialmente norepinefrina y dopamina) en terminales nerviosas presinápticas y sitios extraneuronales, aumentando la respuesta contráctil uterina. E indirectamente al aumentar adrenérgicamente la producción de prostaglandinas en el endometrio <sup>9,10</sup>.

Los signos de ruptura uterina se representan con anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, dolor abdominal, cese de la actividad uterina previamente eficiente, pérdida de la estación de la presentación y sangrado transvaginal. El indicador temprano más consistente de ruptura uterina son cambios en el RCTG (registro cardiotocográfico), principalmente bradicardia fetal persistente <sup>1,3</sup>.

La medición ecográfica del grosor del segmento uterino se ha propuesto como un factor predictor del riesgo de rotura uterina, menor a 2.5 – 3 mm, se prefiere realizar operación cesárea <sup>11</sup>.

Los resultados adversos maternos incluyen hemorragia obstétrica, shock hipovolémico, histerectomía, lesión genitourinaria y muerte. La tasa de histerectomía secundaria a ruptura uterina es del 0,09% con una tasa de mortalidad perinatal de 0,04% y una tasa de mortalidad materna del 0.02% <sup>6,7</sup>.

Entre las complicaciones fetales de ha reportado hipoxia, acidosis, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, convulsiones y muerte <sup>7</sup>.

## *Caso Clínico*

Paciente de 38 años, multigesta, con antecedente obstétrico de tres partos y preeclampsia en gestación previa, asmática desde los 25 años, sin tratamiento actual; adicción a cristal y marihuana de 3 años de evolución, diagnóstico de hipertensión gestacional a las 30 SDG en tratamiento con alfametildopa 250 mg vía oral cada 12 horas, cursando con embarazo de 40 SDG; ingresó a unidad tocoquirúrgica con diagnóstico de pródromos de trabajo de parto y preeclampsia sin criterios de severidad, sus cifras tensionales fueron 150/100 mmHg y

148/90 mmHg con 4 horas de diferencia sin deterioro bioquímico (Tabla I); se realizó inductoconducción del trabajo de parto con análogo de prostaglandina E1.

Parámetro	Laboratorios de ingreso
Leucocitos (103/u/L)	10.48
Hemoglobina (g/dL) y hematocrito (%)	12.1 / 36.9
Plaquetas (103/u/L)	296
Glucosa (mg/dL)	111
Creatinina (mg/dL)	0.63
Ácido úrico (mg/dL)	5.06
TGO (U/L)	50
TGP (U/L)	43
DHL (U/L)	254

**Tabla I.** Estudios de laboratorio al ingreso.

Posterior a dos dosis de 25 mcg sublinguales en un intervalo de 4 horas se documenta la dilatación y el borramiento completo, tras presentarse bradicardia fetal se decide resolución del embarazo vía abdominal; durante el evento quirúrgico se reportó hemoperitoneo de 200 cc, un recién nacido femenino de 3,350 g, talla 50 cm, Apgar 0/3, Capurro de 39 SDG, ruptura en cara posterior a nivel de uterosacros de 7 x 5 cm aproximadamente y hematoma disecante hacia retroperitoneo, se realizó histerectomía obstétrica, reportándose una pérdida hemática total de 2,000 cc, se coloca penrose dirigido a hueco pélvico. Se indica transfusión de dos concentrados eritrocitarios transquirúrgicos.

Posterior a la resolución de la gestación, la paciente ingresa al servicio de terapia intensiva obstétrica con el diagnóstico de choque hipovolémico grado III. Se reportaron los siguientes signos vitales: tensión arterial 118/86 mmHg tensión arterial media de 96.6 mmHg, frecuencia cardiaca 110 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, SO<sub>2</sub> 95% sin necesidad de apoyo de oxígeno suplementario, temperatura 36.8 grados; se inicia transfusión de hemoderivados en conjunto con hemostáticos con la finalidad de mantener en metas, se solicitan paraclínicos (Tabla II).

Parámetro	Laboratorios de ingreso
Leucocitos (103/u/L)	11.49
Hemoglobina (g/dL) y hematocrito (%)	6.6 / 20.3
Plaquetas (103/u/L)	93
Glucosa (mg/dL)	98
Creatinina (mg/dL)	0.44
Ácido úrico (mg/dL)	2.24
TGO (U/L)	7
TGP (U/L)	6
DHL (U/L)	254

**Tabla II.** Estudios de laboratorio posterior a evento quirúrgico

Durante el puerperio post quirúrgico mediato patológico la paciente permaneció asintomática, manteniendo tensión arterial media perfusoria dentro de metas de control, en tratamiento con calcioantagonista, ARA II y beta bloqueador, así como trombopprofilaxis, se retira penrose por gasto mínimo y egresa de la terapia a cargo del servicio de ginecología y obstetricia.

Se decide su egreso hospitalario posterior a 12 días de estancia, se prescribe anticoagulante, antibioticoterapia y mismo tratamiento antihipertensivo. Reporte de laboratorios al alta hospitalaria: leucocitos 12.91  $\mu$ L, hemoglobina 12.4 g/dL, hematocrito 40.3%, plaquetas 401 células/ $\mu$ L, glucosa 106 mg/dL, creatinina 0.70 mg/dL.

## *Reporte Histopatológico*

Producto de histerectomía obstétrica en espécimen ovoide que mide 14 x 13 x 10 cm con serosa despulida con zonas congestivas, al corte se muestra cavidad uterina dilatada de 11 x 10 x 8 cm, ocupa por placenta con zonas membranosas y áreas esponjosas. Se muestra endometrio de 0.4 cm, membranoso, de aspecto decidual y miometrio de 3 cm de espesor, café claro con múltiples áreas de hemorragia.

## *Discusión*

La ruptura uterina en superficie posterior de un útero sin cicatriz previa es una situación poco frecuente y potencialmente catastrófica tanto para la madre, como para el feto, propiciando condiciones clínicas irreversibles; los signos y síntomas inespecíficos que caracterizan a esta entidad, así como los factores de riesgo poco estudiados, conducen a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento tardío.

En este caso, se presentaron situaciones excepcionales, la ruptura uterina sin cicatriz previa y sin procedimientos quirúrgicos endouterinos en superficie posterior, no reportado con anterioridad en la literatura, siendo que la cicatriz quirúrgica previa es el principal factor de riesgo y la cara uterina posterior, el sitio anatómico de mayor grosor miometrial. La paciente presentaba el antecedente de abuso de cristal, en 1995, Aruna Mishra (9) escribió un reporte de caso acerca de una ruptura uterina espontánea a las 34 SDG en una secundigesta con cesárea previa y antecedente de abuso intenso de "crack", se realizó laparotomía urgente y se reparó la ruptura, sin resultados desfavorables para la gestante o el recién nacido; refería que el abuso de esta sustancia incrementa la sensibilidad a las catecolaminas y aumenta la respuesta contráctil uterina e indirectamente aumenta la producción de prostaglandinas en el endometrio.

En 1990, Whitney Gonsoulin (10) reportó una ruptura uterina espontánea del segmento al fondo uterino a las 32 SDG en una primigesta adicta a cocaína, a la que se realizó histerectomía obstétrica por el daño irreparable en el útero; el curso post operatorio del binomio fue normal, la exploración del recién nacido fue consistente con retraso del crecimiento intrauterino. En este caso, la paciente no presentaba ningún factor de riesgo para ruptura uterina, más que el abuso de cocaína, sin embargo, continua siendo un factor de riesgo poco estudiado.

## Conclusión

La ruptura uterina no es implícita de cicatriz uterina previa, ni siquiera de un trimestre determinado ante la presencia y desconocimiento de malformación mülleriana, que puede suceder de manera espontánea o predominantemente durante el trabajo de parto, lo que nos confiere incertidumbre ante su sospecha diagnóstica.

La paciente presentó varios factores predisponentes para ruptura uterina, habrá que identificar aquellos con mayor peso para sospechar dicha entidad nosológica, ya que hoy en día no existe un método para predecir ruptura uterina más que el amplio conocimiento de los factores de riesgo.

Es importante vigilar a toda paciente sometida a inductoconducción del trabajo de parto, independientemente del método utilizado, para identificar datos clínicos que nos orienten a ruptura uterina y disminuir morbi mortalidad materno fetal.

## Referencias

- 1.- Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en los tres niveles de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: CENETEC: 2017.
- 2.- Solveig K, Solnes A, Strom E. Uterine rupture in a nulliparous woman. Tidsskr Nor Laegeforen .2021 20 de septiembre;141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0085.
- 3.- Savukyne E, Bykovaite-Stankeviciene R, Machtejeviene E, Nadisauskiene R, Maciuleviciene R. Symptomatic Uterine Rupture: A Fifteen Year Review. Medicina (Kaunas) .29 de octubre de 2020; 56 (11): 574. doi: 10.3390/medicina56110574.
- 4.- Puri R, Malhotra N. Obstetricia y ginecología quirúrgicas. 1. Ed. Jaypee - Highlights Medical Publishers, Inc. 2010;237-243.
- 5.- Larrea N, MD, Metz T. Pregnancy After Uterine Rupture. Obstet Gynecol 2018 enero; 131 (1): 135-137. doi: 10.1097/AOG.0000000000002373.
- 6.- Sutton C, Standen P, Acton J, Griffin C. Case Report, Spontaneous Uterine Rupture in a Preterm Pregnancy following Myomectomy. Case Rep Obstet Gynecol. 2016;2016:6195621. doi: 10.1155/2016/6195621.
- 7.- Cunningham S, Algeo C, DeFranco E. Influence of interpregnancy interval on uterine rupture. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2019. doi: 10.1080/14767058.2019.1671343.
- 8.- Lovelace D. Congenital Uterine Anomalies and Uterine Rupture. J Partería Salud de la mujer. 2016 julio;61(4):501-6. doi: 10.1111/jmwh.12423
- 9.- Mishra A, Landzberg B, Parente J. Uterine rupture in association with alkaloidal "crack" cocaine abuse. Am J Obstet Gynecol 1995;173:243-4. doi: 10.1016/0002-9378(95)90206-6.

- 10.- Gonsoulin W, Borge D, Moise K. Rupture of unscarred uterus in primigravid woman in association with cocaine abuse. *Am J Obstet Gynecol*.1990 agosto; 163 (2): 526-7. doi: 10.1016/0002-9378(90)91189-j.
- 11.- Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR. CLÍNIC BARCELONA, Hospital University.
- 12.- Tanos V, Toney Z. Uterine scar rupture - Prediction, prevention, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* .2019 agosto;59:115-131. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.01.009.
- 13.- Al-Zirqi I, Vangen S. Prelabour uterine rupture: characteristics and outcomes. *BJOG* .2020 diciembre; 127 (13): 1637-1644. doi: 10.1111/1471-0528.16363.
- 14.- Berghella V, Bellussi F, Schoen C. Evidence-based labor management: induction of labor (part 2) *J Obstet Gynecol MFM*.2020 agosto; 2 (3): 100136. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100136.
- 15.- Abdalla N, Reinholz-Jaskolska M, Bachanek M, Cendrowski K, Stanczak R, Sawicki W. Hemoperitoneum in a patient with spontaneous rupture of the posterior wall of an unscarred uterus in the second trimestre of pregnancy. *BMC Res* .2015 24 de octubre; 8: 603. doi: 10.1186/s13104-015-1575-0.
- 16.- Frank Z, Caughey A. Pregnancy in Women With a History of Uterine Rupture. *Obstet Gynecol Surv* .2018 diciembre; 73 (12): 703-708. doi: 10.1097/OGX.0000000000000624.
- 17.- Egbe T, Halle-Ekane G, Tchente C, Nyemb J, Belley E. Management of uterine rupture: a case report and review of the literature. *BMC Res* .2016 21 de noviembre; 9 (1): 492. doi: 10.1186/s13104-016-2295-9.
- 18.- Sharma P, Rajderkar A. Confirmation of posterior uterine rupture in the second trimester by magnetic resonance imaging. *J Neonatal Perinatal Med*. 2017;10(2):199-202. doi: 10.3233/NPM-171681.
- 19.- Chen S, Xiu D. Silent spontaneous posterior uterine rupture of a prior caesarean delivery at 36 weeks of gestation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Jan 11;19(1):23. doi: 10.1186/s12884-019-2180-3.
- 20.- Nelson J. Posterior uterine rupture secondary to use of herbs leading to peritonitis and maternal death in a primigravida following vaginal delivery of a live baby in western Uganda: a case report. *Pan Afr Med J*. 2016 Mar 11;23:81. doi: 10.11604/pamj.2016.23.81.9044.
- 1 Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.  
 2 Residente de tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.  
 3 Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia
- Hospital Materno Infantil, ISSEMyM, Toluca, Estado de México.

# Escuela FASGO

## Cursos Disponibles

**Síndrome de Ovarios Poliquísticos a lo largo de la Vida: Desde Intraútero hasta la Postmenopausia.**

Su abordaje Práctico.



Directoras  
Dra. Graciela Schabelman y  
Dra. Graciela Lewitan

**Qué debemos saber y hacer en Osteopenia y Osteoporosis**



Directora  
Dra. Mabel Martino

**Hacia la Erradicación del Cáncer Cervical**

Tamizaje - Vacunación y Manejo de las Lesiones Precursoras

Las respuestas a los Problemas Diarios del Ejercicio Profesional



Directores  
Prof. Tit.  
Dr. Silvio Tatti  
Doc. Aut.  
Dra. Laura Fleider

**Restricción del Crecimiento Intrauterino**



Director  
Dr. Nicolás Ávila

**Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicas**  
¿Qué debe saber el Tocoginecólogo?



Director  
Dr. Luis Auge

**Asfixia Intrauterina**



Director  
Dr. Roberto Votta

**Embarazo Múltiple**



Director  
Dr. Lucas Otaño

**El Ginecólogo en la Atención de la Adolescente**



Directoras  
Dra. Graciela Lewitan y  
Dra. Graciela Schabelman

**Consultas Frecuentes en la Urgencia Ginecológica**



Directores  
Prof. Tit.  
Dr. Silvio Tatti  
Doc. Aut.  
Dra. Laura Fleider

# Escuela FASGO

## Cursos Disponibles

### Principios de Uroginecología

Los problemas de la práctica diaria



Directora  
Dra. Marta Ledesma

### El Ginecólogo Ante la Patología Mamaria



Director  
Dr. Jorge Bustos

### Oncología Ginecológica



Director  
Dr. Gonzalo Franco

### Abdomen Agudo Ginecológico por Abordaje Mínimamente Invasivo



Directora  
Dra. Matilde Quaranta

### Endocrinología Ginecológica y Reproductiva



Directora  
Dra. Belén Pérez Lana

### Doppler Básico para Tocoginecología

¿Cómo Interpreto y Resuelvo?



Director  
Dr. Nicolás Ávila

Dolor pelviano crónico. Nuevos conceptos sobre diagnóstico y tratamiento



Director  
Dr. Alejandro González

**Inicio Inmediato: El alumno se inscribe y cursa a su ritmo**  
**Conozca los Programas e inscribese en**  
**<http://cursos.fasgo.org.ar>**

**<http://cursos.fasgo.org.ar>**

**Consensos FASGO**

**<http://consensos.fasgo.org.ar>**

**Jornadas, Cursos y Otras Actividades**

**<http://jornadas.fasgo.org.ar>**

**Info FASGO**

**<http://info.fasgo.org.ar>**