

Revista FASGO



Volumen 22
Nº 3 – Agosto de 2023

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Contenidos

Volumen 22 | N° 3 – Agosto de 2023

- Página 3** **Editorial.**
Dr. Álvaro Erramuspe
- Página 6** **Autoridades**
- Página 9** Estudio del Endometrio Engrosado mediante Ecografía, Histeroscopia y Anatomopatológico en Pacientes Postmenopáusicas
Jacobsen Sofía, Luna Campos Sandra, Gabutti Jesica
- Página 24** Cáncer de Cuello Uterino y Embarazo.
Virginia Alberti, José María Mariconde, Néstor Eduardo Dicuatro, Mariano Ángel Paolasso, Otilio Daniel Rosato
- Página 28** Tamizaje de Cánceres Ginecológicos Prevalentes en el Personal del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
Bolognesi, Victoria, Taboada Julieta, Jauregui Lorda Belén, Santillán Ariana
- Página 33** Importancia de la Sacarosa Granulada como método alternativo para el tratamiento de heridas infectadas de Cesárea
Romero Benítez, Juan Manuel, Dra. Rivero, Mabel Itatí, Romero Benítez, Verónica Ayelén, Dra. Frowen Ursula.
- Página 39** Müllerianosis: Presentación de 3 casos de una Patología Infrecuente
Gabriela Pairola, Dra. Ana Lía Nocito
- Página 46** El Ciclo Lunar como desencadenante del parto: mito o realidad
Maria Jose Himmes
- Página 60** La Influencia de las Fases Lunares sobre el desenlace del Trabajo de Parto en la Clínica Universitaria Reina Fabiola
Caro Ferreyra Waldo German, Garimanno Bongiorno Bianca, Burga Sofia Gaia, Gioino Sofia, Medina Agustina, Molina Guadalupe, Roggero Mariana Asunta, Airaldo Alejandrina
- Página 73** Historia Natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama
Enrique Villarreal Ríos, Nora Ximena Ugalde Trejo, Verónica Escorcía Reyes, Liliana Galicia Rodríguez, Laura Alicia Cu Flores
- Página 86** Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta: Correlación Clínico - Anatomopatológica
Florencia Cavallo, Magdala Hernandez, Luis Russi, Claudio Sosa
- Página 95** Lo Nuevo en Gestión Menstrual: Diferencias entre la Copa Menstrual y el Disco Menstrual
Alejandra Julia Giurgiovich
- Página 107** ¿Cómo nos comunicamos con quienes asisten a la consulta?
Mariano Grilli

Editorial

Evitar trae sus consecuencias

Agradeciendo la oportunidad de redactar este Editorial para la Revista FASGO quisiera referirme a la educación en línea, también conocida como educación a distancia o e-learning.

Cuando era pequeño, en la época del mundial del 78, haciendo honor a mi origen rioplatense, leía las revistas como Antejito, Patoruzú, y otras. Recuerdo que su contratapa venía publicitando sobre "Estudie a Distancia". Ofrecían cursos de fotografías, dactilografía, idiomas, hasta profesiones técnicas como electricistas, sanitarios, etc. Había que recortar una parte de la revista y enviarla por correo a una dirección que venía. Cuando lo consultaba con los mayores me hacían señas que no era algo muy confiable. Claro no se concebía la educación sino se iba físicamente a un lugar a estudiar.

Hoy, a más de 40 años de aquella situación todo es distinto. Ya no quedan instituciones de prestigio, incluidas las principales Universidades en el mundo que no brinden este tipo de educación y formación para profesionales, técnicos y público en general.

ISSN 2683-8826

Si vamos a la historia, la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) - España (1972), la Universidad de Buenos Aires (UBA) - Argentina (2003), comenzaron a impartir diversos programas educativos en línea para sus estudiantes. Pero cuidado que no inventamos "la pólvora".

Ya en la Universidad de Londres - Reino Unido (1858), la Universidad de South África (UNISA) - Sudáfrica (1873) y la Universidad de Wisconsin-Madison - Estados Unidos (1891) tenían sus programas a distancia para estudiantes de todo el mundo, utilizando claro otros medios como la radio, por ejemplo cuando se creó.

En la última década del siglo XX aparecen las Tecnologías de la Información y Comunicación, conocidas como TICs, que dieron origen a lo que se llamó la "Nueva Economía". El surgimiento de la Nueva Economía se puede situar en la década de 1990, durante el auge de la revolución digital y la adopción generalizada de internet y las tecnologías de la información. Esta permitió algunos aspectos tales como el Internet y la digitalización y con ello la capacidad para acceder a información y servicios en línea que transformaron la forma en que las personas trabajan, se comunican, compran y consumen productos y servicios. La aparición de empresas de tecnología, como Google, Amazon, Apple, Facebook y otras, que revolucionaron industrias enteras y redefinieron la forma en que se hacen negocios; la Globalización facilitó una mayor integración económica a nivel global, permitiendo que las organizaciones operen en mercados internacionales de manera más eficiente y ágil; la innovación, la velocidad del cambio tecnológico, el comercio electrónico y finalmente la Economía del conocimiento.

En este último me quiero detener y reflexionar. Ya no sólo se refiere a adquirir el conocimiento sino a producir, compartir y crear nuevos conocimientos, teniendo la posibilidad de tener como ámbito, no solo una institución, una ciudad, un país, o una región sino el mundo entero.

En el año 2000 el haber estudiado a distancia un posgrado viviendo en Uruguay en un convenio con la Universidad Politécnica de Madrid, me permitió ayudar a la primera Universidad Virtual en Línea que se creara en México por parte de una organización, lo que se denomina Universidad

Corporativa. Fue la Universidad Virtual de Liverpool- UVL. Una empresa que contaba con 24 mil empleados y tenía 42 puntos de ventas en toda la República Mexicana. Había realizado en Plan Estratégico en el año 1998 y se había fijado una meta de crecimiento del 60 % en 10 años. Su escollo principal no eran los recursos financieros para instalar otros 58 puntos de ventas, sino quiénes lo irían a dirigir. Afortunadamente apuntaron a que sus empleados pudieran acompañar y gerenciar esos nuevos puntos de ventas. Crearon una licenciatura, cuatro maestrías y varios programas de actualización de competencias directivas.

Fue todo un desafío y un gran aprendizaje. No fue fácil poder convencer a los profesores expertos en la parte presencial a que “volvieron a aprender” la forma en cómo se debía enseñar con esta modalidad. Muchos quedaron por el camino por no aceptar este cambio. Aquí, volviendo a nuestra región, mi reconocimiento a FASGO por incorporar la Escuela FASGO como una modalidad que permite la enseñanza en línea, hoy con el mayor desarrollo para Argentina, pero con el potencial de llegar a Latinoamérica y a profesionales de la especialidad de habla hispana.

Este tipo de enseñanza plantea algunas exigencias que son fundamentales para su funcionamiento y éxito, y en el que hay que prepararse, tanto los que dirigen, como los docentes que crean e imparten sus programas. Dentro de estos elementos centrales tenemos: *la plataforma tecnológica*, que es el entorno virtual donde se desarrolla el proceso de enseñanza y aprendizaje en línea. La plataforma proporciona el acceso a materiales didácticos, actividades interactivas, foros de discusión, exámenes y otros recursos que facilitan la educación en línea; *los contenidos educativos y materiales didácticos* que deben estar diseñados específicamente para su presentación a través de medios digitales; *la interacción y comunicación* entre los estudiantes y profesores, a través de foros de discusión, chats, correo electrónico y sesiones de videoconferencia en tiempo real. Muy importante es *la flexibilidad y accesibilidad*. Este es uno de los principales atractivos de la educación en línea: acceder a los materiales y actividades en cualquier momento y lugar, lo que les permite adaptar sus horarios de estudio a sus necesidades personales y profesionales. *La evaluación y retroalimentación*: los sistemas de evaluación en línea deben estar diseñados para medir el progreso de los estudiantes y su comprensión de los contenidos. Además, proporcionar retroalimentación constructiva para que los estudiantes mejoren su aprendizaje. *El apoyo técnico y pedagógico*: los estudiantes y profesores deben contar con un soporte técnico que les ayude a resolver problemas relacionados con la plataforma y otros aspectos tecnológicos. También es importante brindar apoyo pedagógico para orientar a los docentes en el diseño y desarrollo de sus cursos en línea. *El diseño instruccional*: los cursos en línea deben estar cuidadosamente diseñados siguiendo principios pedagógicos y metodologías apropiadas para el entorno virtual. Un diseño instruccional bien estructurado garantiza una experiencia de aprendizaje efectiva y significativa. Por último, *la evaluación del aprendizaje y mejora continua*. Es fundamental medir la efectividad de la educación en línea y realizar ajustes y mejoras en función de los resultados obtenidos. La evaluación constante permite identificar áreas de mejora y optimizar la experiencia educativa en línea. En resumen, la educación en línea se basa en una combinación de tecnología, contenidos, interacción, flexibilidad y apoyo para brindar una experiencia de aprendizaje completa y efectiva. Al integrar adecuadamente estos elementos, se pueden obtener resultados educativos exitosos y satisfactorios para estudiantes y docentes por igual.

Esto implica contar con toda una estructura académica, administrativa y organizacional que garantice todos estos aspectos, y para ello se requieren equipos de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros que lo hagan posible.

Este es el siguiente paso que creo humildemente FASGO tiene que dar para consolidarse en este aspecto. Vencer la inercia no es fácil, pero evitarlo trae sus consecuencias negativas a largo

plazo. La psicóloga brasileña Luana Marques, profesora de la Universidad de Harvard lo describe muy bien “La evasión psicológica es cualquier respuesta a una amenaza percibida que brinda un alivio emocional inmediato, pero tiene consecuencias negativas a largo plazo”. Es decir, nos da un alivio rápido pero temporal de la incomodidad, pero nos mantiene estancados para el futuro.

Soy consciente que los entornos cercanos pueden ser desestimulantes y provocar incomodidades, pero cuando uno tiene claro que lo que va a permitir no es sólo desarrollar el conocimiento sino también ser una fuente de ingresos de la institución, no puedes dejar de hacerlo. Más porque lo que uno *no hace*, lo pueden *hacer otros*. Como menciona Alex Rovira “saber el para qué, te permite enfrentar cualquier cómo”

Personalmente lo resumo así: “Hay que aprender a convivir con el dolor (los deportistas lo sabemos muy bien), con lo que te incomoda, porque una vez que se supera, aparece lo que hará que brilles, lo valores y lo disfrutes más”



Dr. Álvaro Erramuspe PhD
Consultor y Académico

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

Dr. 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 Lukekik

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

Estudio del Endometrio Engrosado mediante Ecografía, Histeroscopia y Anatomopatológico en Pacientes Postmenopáusicas

Autores:

Jacobsen Sofía¹, Luna Campos Sandra², Gabutti Jesica³

Condensación

El presente trabajo describe los hallazgos ecográficos, histeroscópicos y anatomopatológicos en un grupo de pacientes postmenopáusicas con sangrado o sospecha de patología endometrial. El hallazgo más frecuentemente objetivado mediante los tres métodos fue el pólipo endometrial.

Palabras Clave: Endometrio engrosado. Sangrado de la posmenopausia. Hiperplasia endometrio. Histeroscopia

Key Words: Thickened endometrium. Postmenopausal bleeding. Endometrial Hyperplasia. Hysteroscopy

Resumen

Objetivo: Determinar características y relacionar los hallazgos ecográficos, histeroscópicos y anatomopatológicos en pacientes posmenopáusicas con sospecha patología endometrial.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Total de 98 pacientes posmenopáusicas con engrosamiento endometrial, entre noviembre de 2018 y junio 2022.

Resultados: La ecografía transvaginal fue solicitada por sangrado de la postmenopausia en el 51% (50) de las pacientes. En pacientes que presentaban sangrado, se encontró en el 50% (25) endometrio engrosado difuso >11mm. El 20% (10) presentó engrosamiento focal. El hallazgo histeroscópico más frecuente en la población sintomática, fue el pólipo endometrial en el 62% (31). El patrón de sospecha para malignidad, se encontró en un 6% de las pacientes. El resultado anatomopatológico con mayor frecuencia fue el pólipo endometrial. Al relacionar hallazgos histeroscópicos con los de anatomía patológica, se encontró que el de pólipo endometrial (58) coincidió con su histología correspondiente en el 81% (47). De los 3 casos con patrón histeroscópico de sospecha de malignidad, el 100% fue histología compatible con carcinoma.

Abstract

Objective: To determine the characteristics and relate the ultrasound, hysteroscopic and anatomopathological findings in postmenopausal patients with suspected endometrial pathology.

Material and Methods: Descriptive, retrospective study. Total of 98 postmenopausal patients with endometrial thickening, between November 2018 and June 2022.

Results: Transvaginal ultrasound was requested for postmenopausal bleeding in 51% (50) of the patients. In patients who presented bleeding, diffuse thickened endometrium >11mm was found in 50% (25). 20% (10) presented focal thickening. The most frequent hysteroscopic finding in the symptomatic population was endometrial polyp in 62% (31). The pattern of suspicion for malignancy was found in 6% of the patients. The most frequent anatomopathological result was endometrial polyp. When relating hysteroscopic findings with those of pathological anatomy, it was found that the endometrial polyp (58) coincided with its corresponding histology in 81% (47). Of the 3 cases with a hysteroscopic pattern of suspicion of malignancy, 100% were histology compatible with carcinoma.

Introducción

Las patologías de la cavidad uterina en la menopausia abarcan un variado abanico de posibilidades, que influenciadas por múltiples factores escapa del proceso de atrofia que sufre normalmente la mucosa endometrial fuera de la etapa reproductiva. Entre estas afecciones, la más preocupante es la patología neoplásica de origen endometrial.

El cáncer de endometrio es principalmente una enfermedad de mujeres posmenopáusicas, con una edad media de presentación de 63 años y sólo el 9% de los tumores ocurre en menores de 45 años, con un pico de incidencia entre los 55 a 74 años. En nuestro país la incidencia es de 8 tumores cada 100.000 mujeres y la mortalidad de 2 por 100.000 mujeres año, representando en frecuencia el sexto cáncer entre las mujeres. La incidencia en Argentina es menor que la de Europa y mucho menor que la de EEUU. Sin embargo su incidencia se ve en continuo ascenso desde 1970 a la actualidad. (1-2) Este aumento se vería influenciado por el envejecimiento de la población y el aumento de los factores de riesgos en el transcurso de los últimos tiempos.

El principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer de endometrio es la exposición elevada y prolongada a los estrógenos. Los siguientes son condiciones y/o patologías que se relacionan con una mayor exposición: edad avanzada, menarca temprana, obesidad, sobrepeso, menopausia tardía, terapia de reemplazo hormonal sin oposición, ovario poliquístico, uso de tamoxifeno para tratamiento oncológico, menopausia mayor de 55 años, hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DBT 2). También existen factores hereditarios: el más conocido es el Síndrome de Lynch. Las mujeres con un familiar de primer grado con cáncer de endometrio también tienen un riesgo aumentado de desarrollar la enfermedad (3)

La mayoría de los casos de cáncer de endometrio se diagnostican debido a síntomas, aún en etapas tempranas, y tienen altas tasas de supervivencia (4)

El endometrio, debido a su accesibilidad para toma de muestras y para obtener imágenes ecográficas, constituye uno de los tejidos en los que se practican más biopsias. Esto permite un diagnóstico certero de distintas patologías funcionales, inflamatorias o neoplásicas (5)

Desde antiguo, el legrado ha sido el procedimiento de elección para el diagnóstico del cáncer de endometrio. Sin embargo, se ha visto que entre un 10 y un 20% de las lesiones endometriales pasan inadvertidas en el legrado fraccionado, probablemente porque en más del 60% de los casos la legra sólo alcanza al 50% de la cavidad y, además, porque el 90% de

estas metrorragias tiene como causa fundamental la presencia de un pólipo o de un mioma cuyo diagnóstico también suele escapar al legrado, aún en el caso de que conozcamos su existencia por una ecografía previa (5)

La medición del grosor endometrial en la ecografía transvaginal (Eco TV) es una herramienta importante para la evaluación de las mujeres posmenopáusicas, especialmente para determinar si la paciente tiene alto o bajo riesgo de cáncer endometrial y así decidir si requiere o no una biopsia endometrial (7).

La histeroscopia diagnóstica es un método efectivo, fácil y rápido para el diagnóstico de la enfermedad endouterina. Dada su buena tolerancia y su inocuidad se ha convertido en el patrón oro diagnóstico ante cualquier alteración sospechada por otro método indirecto de diagnóstico por imagen (8) o por la clínica de la paciente. Con ayuda de los instrumentos adecuados, permite tomar biopsias dirigidas de las zonas sospechosas y tratar las posibles lesiones que se visualicen, todo ello en el mismo consultorio, sin anestesia y con buena tolerancia por parte de la paciente.

En el estudio de la patología endometrial, el único dato fiable (*gold standard*) es el resultado histopatológico de la biopsia endometrial, que es muy superior en sensibilidad y especificidad al mero examen clínico o ecográfico. Así, la visión clínica de las alteraciones endometriales incluye en forma obligatoria una valoración coordinada de datos clínicos, ecográficos, histeroscópicos y anatomopatológicos.

Objetivo General

Determinar características de los hallazgos ecográficos, histeroscópicos y anatomopatológicos en pacientes posmenopáusicas con sospecha patología endometrial.

Objetivos Específicos

- Identificar las patologías endometriales que se presentan con mayor frecuencia en este grupo etario.
- Identificar los factores de riesgo para patología endometrial más prevalentes en la población de estudio.
- Identificar cuáles fueron las patologías que generan sangrado posmenopáusico.

Material y Métodos

El trabajo realizado implicó un diseño transversal retrospectivo. Se analizaron un total de 98 pacientes posmenopáusicas con sangrado de la posmenopausia (SPM) o con sospecha de patología endometrial por ecografía transvaginal (TV), en el período comprendido entre Marzo de 2018 y Junio de 2022, en el servicio de Ginecología del Hospital Aeronáutico y del Sanatorio de la Cañada. Las pacientes que integraron el estudio fueron incorporadas según los siguientes criterios de inclusión:

- Posmenopáusicas: haber transcurrido 1 año o más de la última fecha de menstruación.

- Con ecografía transvaginal con engrosamiento endometrial: línea endometrial mayor de 5 mm o sospecha de patología endometrial.
- Sintomáticas o asintomáticas con sospecha de patología endometrial.
- Con aptitud cardiovascular para la realización de histeroscopia bajo anestesia.
- La firma de consentimiento informado para realización de histeroscopia.

El estudio ecográfico en todos los casos, fue transvaginal, se realizaron con diferentes ecógrafos, de diferentes centros diagnósticos. Para la realización del estudio histeroscópico, se utilizó un equipo de histeroscopia de oficina tipo Bettocchi (Karl-Storz endoskope®), consistente en una camisa de 5 mm con un canal de trabajo de 5Fr, una óptica de 2,9 mm de 30° y como elementos de trabajo se utilizaron pinzas tipo grasping y tijeras punta redonda ambas de 5Fr. En los procedimientos se utilizò como medio de distensión solución fisiológica. Para la fase terapéutica se utilizó el Mini Resectoscopio de 16 Fr de Gubbini con flujo continuo y canal de trabajo para el uso de anzas con energía bipolar; como medio de distensión se utilizó cloruro de sodio al 9%.

La toma de biopsia endometrial se realizó mediante cureta de Finochietto o Recamier cuando el proceso afectaba a toda la cavidad uterina, y mediante la tijera de flujo continuo cuando el proceso era focal, o cuando interesaba realizar la biopsia en algún punto concreto de un proceso difuso. Durante el mismo procedimiento ambulatorio se realizaron procedimientos menores como polipectomía. Aquellos pólipos que excedían el tamaño de 1,5 cm se resecaron en quirófano bajo anestesia con resectoscopio.

El estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas por histeroscopia fue por procesamiento estándar, para su posterior revisión microscópica en el servicio de anatomopatología del hospital.

Las variables que se utilizaron fueron: edad, sangrado de la posmenopausia (SPM), índice de masa corporal (IMC), factores de riesgo para patología endometrial, a saber:

- Antecedente personal de HTA.
- Antecedente personal de DBT.
- Antecedente de hipotiroidismo
- Antecedente personal de cáncer de mama y uso de tamoxifeno.
- Antecedente personal de cáncer de localización extramamaria.
- Tabaquismo: hábito tabáquico presente o pasado.
- Sobrepeso
- Obesidad
- Obesidad mórbida.
- Terapia hormonal de reemplazo: uso de estrógeno exógeno sistémico.
- Paridad: se categoriza en un grupo de paridad: 0-2 embarazos y mayor o igual a 2 embarazos.
- Menopausia tardía: edad de la última fecha de menstruación mayor a 55 años.
- Menarca precoz: considerado < 10 años

Otra variable es la línea endometrial (se realiza en corte sagital en mm). Se consignarán las siguientes categorías:

- Engrosamiento difuso ≤ 11 mm.
- Engrosamiento difuso > 11 mm.
- Engrosamiento focal

Otra variable son los hallazgos histeroscópicos, expresados como patrones:

- **Patrones endometriales fisiológicos:** endometrio proliferativo, secretor o atrófico.
- **Patrón de Pólipo Endometrial:** hiperplasia de las glándulas endometriales y del estroma, alrededor de un núcleo vascular, formando una proyección desde la superficie endometrial. Pueden ser sésiles o pediculados, únicos o múltiples, y su tamaño varía de milímetros a centímetros.
- **Patrón de Hiperplasia endometrial:** proliferación excesiva de glándulas endometriales, de tamaño y forma irregular, con un incremento en la relación glándula/estroma al compararlo con un endometrio normal.
- **Patrón Sospechoso de malignidad:** Existen diferentes patrones histeroscópicos descritos para el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio; se consideran los hallazgos que deben hacer, al menos, sospechar la posible presencia de cáncer endometrial.

Por último, en cuanto a las variables, son los resultados anatomopatológicos, y fueron categorizados:

- Tejido endometrial normal considerando la atrofia fisiológica para la edad.
- Pólipo endometrial.
- Hiperplasia típica.
- Hiperplasia atípica.
- Cáncer de endometrio: tipo histológico prevalente Adenocarcinoma endometrioide.

Instrumentos de recolección de datos

Como procedimiento descriptivo para la recolección de datos se utilizó un informe de histeroscopia que consigna los datos de antecedentes personales y de enfermedad, previamente diseñada por el autor en base a la bibliografía consultada para esta investigación.

Sobre la información obtenida, se creó una base de datos en la que se registró información de diagnóstico histeroscópico, anatomopatológico y ecográfico de todos los casos estudiados

Los datos utilizados fueron almacenados en planillas Microsoft Excel 2010.

Resultados

Las variables cuantitativas se describieron como media \pm desviación estándar (DE) y se informaron los límites inferiores y superiores de los valores con un intervalo de confianza del 95%. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado

con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud, dependiendo de sus condiciones de aplicación, a su vez se elaboraron figuras de barras agrupadas con el propósito de resumir los datos por grupos de casos. Un valor de $p < 0,05$ se considerará estadísticamente significativo en todas las pruebas.

Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS v. 25.0 (SPSS Inc. 1989-2006), y R Software 4.1.1.

Durante el período indicado, se realizó el estudio de un total de 98 mujeres posmenopáusicas con estudio ecográfico previo con hallazgo de endometrio engrosado que se sometieron a estudio histeroscópico y posterior análisis anatomopatológico. La media de edad de las pacientes del estudio fue $63,34 \pm 9,19$ años de edad (IC. 95, 61,48 – 65,17) (ver tabla 1)

Tabla 1. Edad – años-.

Estadísticos		
Edad		
N	Válidos	98
	Perdidos	0
Media		63,3265
Mediana		62,0000
Desv. típ.		9,18625
Rango		37,00
Mínimo		49,00
Máximo		86,00

Distribución etaria de las pacientes. Edad media de 63 años con rango entre 49 y 86 años

Del total de pacientes analizadas, el 51 % (n=50) consultaron por sangrado (SPM). El estado nutricional más habitual fue el Sobrepeso en el 33,7% (n=57). (Ver tabla 2). El antecedente patológico más frecuentemente hallado entre las pacientes fue la Hipertensión arterial (HTA) (ver tabla 3) siendo de 50% (n=49), seguido de Hipotiroidismo, presente en el 25,5% (n=25), y Diabetes (DBT) en un 16.3% (n=16). En cuanto al antecedente de cáncer de mama y uso de Tamoxifeno, actual o recientemente finalizado, se encontró en el 10,2% de las pacientes (n=10). Se halló un 16.3% (n=16) de pacientes con antecedente de tabaquismo

Tabla 2

<i>Estado Nutricional</i>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Intervalo Normal	23	23,5	23,5
Sobrepeso	33	33,7	57,1
Obesidad Grado I / II	32	32,7	89,8
Obesidad Grado III	10	10,2	100,0
Total	98	100,0	

Estado nutricional más frecuente fue el sobrepeso.

Tabla 3

APP HTA		
	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	49	50,0
Ausencia	49	50,0
Total	98	100,0

Factor de Riesgo hipertensión arterial en el 50% de las pacientes

Se evaluó la menarca en las pacientes. Se encontró que el 30.6% (n=30) de las mismas presentó menarca precoz. En cuanto a la menopausia tardía se hallaron 10.2% (n=10) de las pacientes con esta característica, resultando la mayoría con última menstruación dentro del rango etario esperable. Respecto a la paridad, el 66.3% (65) de las pacientes presentó un número de gestas menor a 2. Dicha información se refleja a continuación

Tabla 4

Menopausia Tardía		
	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	10	10,2
Ausencia	88	89,8
Total	98	100,0

Tabla 5

Menarca Precoz		
	Frecuencia	Porcentaje
Presencia	30	30,6
Ausencia	68	69,4
Total	98	100,0

En la tablas 4 y 5 se refleja que el hallazgo más frecuente fue la edad de menopausia dentro del rango considerado normal.

El hallazgo ecográfico más frecuentemente encontrado fue el de engrosamiento endometrial difuso menor o igual a 11mm en el 39,8% (n=39). En cuanto a los hallazgos histeroscópicos en esta población de estudio, el patrón hallado con mayor frecuencia fue el de pólipo endometrial en un 59.2% (n= 59), mientras que el patrón con sospecha de malignidad se encontró en tan sólo 3 pacientes. (Ver Tab 6 y 7)

Tabla 6

Resultado Ecográfico y Solicitud Ecográfica por SPM			Solicitud Ecográfica por SPM		
			Presencia	Ausencia	Total
Resultado Ecográfico	Engrosamiento Difuso \leq 11 mm	Recuento	15	24	39
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	30,0%	50,0%	39,8%
	Engrosamiento difuso > 11 mm	Recuento	25	9	34
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	50,0%	18,8%	34,7%
	Engrosamiento Focal	Recuento	10	15	25
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	20,0%	31,3%	25,5%
Total		Recuento	50	48	98
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	100,0%	100,0%	100,0%

$p = 0,005$. *El patrón ecográfico de engrosamiento difuso >11mm fue el más frecuente en la paciente con SPM.*

En cuanto a los resultados anatomopatológicos, se objetivó con mayor frecuencia pólipo endometrial, en el 55.1% (n=55), seguido de endometrio normal en el 20,4% (n=20). Respecto a histología compatible con adenocarcinoma, se encontró en 5 pacientes. (Ver tabla 8)

Tabla 7

Hallazgos Histeroscópicos y Solicitud Ecográfica por SPM			Solicitud Ecográfica por SPM		
			Presencia	Ausencia	Total
Hallazgos Histeroscópicos	Patrón Fisiológico	Recuento	4	10	14
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	8,0%	20,8%	14,3%
	Patrón Hiperplasia	Recuento	9	9	18
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	18,0%	18,8%	18,4%
	Patrón Pólipo Endometrial	Recuento	31	27	58
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	62,0%	56,3%	59,2%
	Patrón Sospechoso de Malignidad	Recuento	2	1	3
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	4,0%	2,1%	3,1%
	Patrón Hiperplasia + Patrón Pólipo	Recuento	4	1	5
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	8,0%	2,1%	5,1%
Total		Recuento	50	48	98
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	100,0%	100,0%	100,0%

$p = 0,293$. *El patrón histeroscópico de pólipo endometrial fue el más frecuente tanto en la población sintomática como asintomática.*

Tabla 8

Diagnóstico AP * Solicitud Ecográfica por SPM			Solicitud Ecográfica por SPM		
			Presencia	Ausencia	Total
Diagnóstico AP	Endometrio Normal	Recuento	5	15	20
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	10,0%	31,3%	20,4%
	Pólipo Endometrial	Recuento	28	26	54
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	56,0%	54,2%	55,1%
	Hiperplasia Típica	Recuento	5	4	9
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	10,0%	8,3%	9,2%
	Hiperplasia Atípica	Recuento	5	2	7
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	10,0%	4,2%	7,1%
	Adenocarcinoma Endometroide	Recuento	4	1	5
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	8,0%	2,1%	5,1%
	Pólipo Endometrial + Hiperplasia Típica	Recuento	1	0	1
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	2,0%	0,0%	1,0%
	Mioma	Recuento	2	0	2
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	4,0%	0,0%	2,0%
Total		Recuento	50	48	98
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	100,0%	100,0%	100,0%

$p= 0,081$ *El pólipo endometrial por anatomía patológica fue el hallazgo más frecuente tanto en paciente sintomática como asintomática.*

Cuando se analizaron las pacientes que presentaron sangrado ($n=50$) y los resultados ecográficos en dicho grupo, se encontró que el 50% ($n=25$) objetivaba un endometrio engrosado difuso >11 mm. En contrapartida, dentro de las pacientes asintomáticas ($n=48$), el 50% ($n=24$) tenían engrosamiento endometrial menor a 11mm. Este resultado presentó un $p= 0,005$ siendo el tamaño del efecto moderado. (Tabla 6)

Al analizar los hallazgos histeroscópicos más frecuentes en la población sintomática (SPM), el pólipo endometrial fue el patrón que se objetivó en el 62% ($N=31$) de las pacientes, siendo también el patrón de mayor frecuencia dentro del grupo de pacientes asintomáticas ($N=49$), con una frecuencia de 56% ($n=27$). En cuanto al patrón de sospecha para malignidad, se encontró en el 4% ($n=2$) y 2% ($n=1$) de las pacientes con SPM y asintomáticas respectivamente. (Ver tabla 7)

Al comparar los resultados ecográficos con los hallazgos histeroscópicos, se objetiva que cuando el informe ecográfico arrojó engrosamiento focal ($n=25$), en la histeroscopia se constataron 18 casos con patrón de pólipo endometrial. Es decir, hubo una coincidencia eco - histeroscópica del 72%. El engrosamiento endometrial difuso < 11 mm fue el hallazgo más frecuente por ecografía, en 39 pacientes, coincidente con patrón histeroscópico de hiperplasia endometrial en tan sólo 17% ($n=7$). (Ver tabla 9). $p= 0.030$

Tabla 9

		Hallazgos Histeroscópicos y Resultado Ecográfico			Total
		Resultado Ecográfico			
Hallazgos Histeroscópicos	Patrón	Recuento	Engrosamiento Difuso ≤ 11 mm	Engrosamiento difuso > 11 mm	Engrosamiento Focal
Patrón Fisiológico		9	1	4	14
	% dentro de Resultado Ecográfico	23,1%	2,9%	16,0%	14,3%
Patrón Hiperplasia		7	8	3	18
	% dentro de Resultado Ecográfico	17,9%	23,5%	12,0%	18,4%
Patrón Pólipo Endometrial		19	21	18	58
	% dentro de Resultado Ecográfico	48,7%	61,8%	72,0%	59,2%
Patrón Sospechoso de Malignidad		0	3	0	3
	% dentro de Resultado Ecográfico	0,0%	8,8%	0,0%	3,1%
Patrón Hiperplasia + Patrón Pólipo		4	1	0	5
	% dentro de Resultado Ecográfico	10,3%	2,9%	0,0%	5,1%
Total		39	34	25	98
	% dentro de Resultado Ecográfico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuando el engrosamiento endometrial fue difuso >11 mm, en histeroscopia se hallaron en mayor frecuencia el patrón de pólipo endometrial e hiperplasia.

Dentro de las pacientes que presentaron SPM, resultó que el 56% ($n=28$) de las mismas, obtuvieron resultado anamotopatológico de pólipo endometrial, seguido de un 10% ($n=5$) para endometrio fisiológico, y 10% ($n=5$) para hiperplasia típica. (Ver tabla 10) Presenta una $p= 0,081$

Tabla 10

Diagnóstico AP * Solicitud Ecográfica por SPM			Solicitud Ecográfica por SPM		
			Presencia	Ausencia	Total
Diagnóstico AP	Endometrio Normal	Recuento	5	15	20
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	10,0%	31,3%	20,4%
	Pólipo Endometrial	Recuento	28	26	54
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	56,0%	54,2%	55,1%
	Hiperplasia Típica	Recuento	5	4	9
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	10,0%	8,3%	9,2%
	Hiperplasia Atípica	Recuento	5	2	7
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	10,0%	4,2%	7,1%
	Adenocarcinoma Endometroide	Recuento	4	1	5
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	8,0%	2,1%	5,1%
	Pólipo Endometrial + Hiperplasia Típica	Recuento	1	0	1
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	2,0%	0,0%	1,0%
	Mioma	Recuento	2	0	2
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	4,0%	0,0%	2,0%
Total		Recuento	50	48	98
		% dentro de Solicitud Ecográfica por SPM	100,0%	100,0%	100,0%

Diagnóstico anatomopatológico en pacientes sintomáticas y asintomáticas

Por último, cuando se relacionaron los hallazgos histeroscópicos con los resultados de anatomía patológica, se encontró que el patrón de pólipo endometrial por histeroscopia (n=58) coincidió con su histología correspondiente en el 81% (n=47) de los casos. Cuando el patrón histeroscópico fue de hiperplasia de endometrio (n=18), se correspondió en la anatomía patológica con: hiperplasia típica en el 38,9% (n=7), con pólipo endometrial en el 27.8% (n=5), mientras que el 22,2% (n=4) resultaron en hiperplasia atípica. Se objetivaron 2 casos de hallazgos histeroscópicos sin sospecha de malignidad, que luego en la histología se constató Adenocarcinoma de endometrio. De los 3 casos con patrón histeroscópico de sospecha de malignidad, el 100% coincidió con histología compatible con carcinoma. (Ver tabla 11)

Tabla 11

Diagnóstico AP y Hallazgos Histeroscópicos			Hallazgos Histeroscópicos					Total
			Patrón Fisiológico	Patrón Hiperplasia	Patrón Pólipo Endometrial	Patrón Sospechoso de Malignidad	Patrón Hiperplasia + Patrón Pólipo	
Diagnóstico AP	Endometrio Normal	Recuento	13	2	3	0	2	20
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	92,9%	11,1%	5,2%	0,0%	40,0%	20,4%
	Pólipo Endometrial	Recuento	0	5	47	0	2	54
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	0,0%	27,8%	81,0%	0,0%	40,0%	55,1%
	Hiperplasia Típica	Recuento	0	7	1	0	1	9
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	0,0%	38,9%	1,7%	0,0%	20,0%	9,2%
	Hiperplasia Atípica	Recuento	0	4	3	0	0	7
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	0,0%	22,2%	5,2%	0,0%	0,0%	7,1%
	Adenocarcinoma Endometroide	Recuento	1	0	1	3	0	5
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	7,1%	0,0%	1,7%	100,0%	0,0%	5,1%
	Pólipo Endometrial + Hiperplasia Típica	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	1,0%
	Mioma	Recuento	0	0	2	0	0	2
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	2,0%
Total		Recuento	14	18	58	3	5	98
		% dentro de Hallazgos Histeroscópicos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Correlación de diagnóstico anatomopatológico con los hallazgos histeroscópicos. Se refleja que la histología de pólipo endometrial coincidió con el hallazgo por histeroscopia de pólipo endometrial en el 80%.

Conclusión

1. Los hallazgos ecográficos encontrados en las pacientes de este estudio fueron predominantemente el endometrio engrosado mayor a 11mm en aquellas mujeres que se presentaban sintomáticas, mientras que un endometrio menor a 11mm fue el hallazgo ecográfico más común.

Respecto a los patrones histeroscópicos hallados en la población de estudio, por lejos el pólipo endometrial es el más frecuente, tanto en la paciente que presentó SPM como la asintomática. También se presentaron los patrones de hiperplasia, seguido de patrón fisiológico, mioma submucoso y por último patrón de sospecha de malignidad.

En cuanto a los resultados anatomopatológicos de las biopsias realizadas a estas pacientes, se objetivó con mayor frecuencia la presencia de pólipo endometrial, seguido de hiperplasia típica y atípica. Sin dejar de mencionar que hubieron resultados histológicos de endometrio fisiológico en biopsias de patrones hiperplasia y pólipo endometrial.

2. La mitad de las pacientes estudiadas presentaron como antecedente patológico, hipertensión arterial, seguido en frecuencia por hipotiroidismo y diabetes. También se encontró importante número de mujeres tabaquistas. El 10,2% (n=10) de las pacientes presentó antecedente de cáncer de mama y uso de tamoxifeno; y otro 5,1% (n=5) presentaba cáncer de localización extramamaria.
3. Dentro del grupo de pacientes con SPM, el hallazgo más frecuentemente encontrado fue, por ecografía el engrosamiento endometrial mayor a 11mm, por histeroscopia el patrón de pólipo endometrial, y en anatomía patológica se confirmó el diagnóstico de pólipo endometrial en el 56% (n=28). El hallazgo de un carcinoma de endometrio se objetivó en el 8% (n=4) de estas mujeres con sangrado.
4. La patología endometrial que se encontró como causante de SPM en la mayoría de estas pacientes, fue el pólipo endometrial.

Discusión

El hallazgo de un endometrio de > 5 mm durante un examen de ultrasonido, que a menudo se realiza por razones no ginecológicas en la paciente posmenopáusica, se torna una preocupación. Representa un dilema de manejo clínico y es un motivo frecuente de derivación por parte de los médicos de familia, clínicos o geriatras.

Una gran cantidad de estudios (9-10) han examinado la sensibilidad de la ecografía transvaginal en búsqueda de patología endometrial. En el artículo de revisión de Beverly Long sobre detección de CE en pacientes posmenopáusicas con sangrado, se encontraron hasta 17 distintos valores de corte para la medida del grosor endometrial. El valor de corte informado con más frecuencia es mayor o igual a 5 mm, con sensibilidad de 95% (IC 92 ± 97%) para patología endometrial. En nuestro trabajo, el hallazgo de un endometrio mayor a 11mm implicó encontrar patología endometrial casi en el 100% de los casos. Otros estudios afirman que el 80% de las pacientes posmenopáusicas con sangrado y grosor endometrial > 5mm presentan alguna patología de endometrio y la más frecuente hallada por US es el engrosamiento focal. Esto presenta discordancia con los resultados de nuestro estudio, en donde el engrosamiento focal por ecografía TV tan sólo se objetivó en el 20% de las pacientes con SPM; mientras que el engrosamiento difuso < 11mm fue el hallazgo más frecuente en ese grupo de pacientes.

En el estudio de A. Ghoubara y cols sobre patología endometrial en pacientes con SPM recurrente, se objetivó que el pólipo endometrial era el hallazgo más frecuente en este grupo de pacientes con más de 1 consulta por sangrado. Este dato resulta interesante para estudios futuros sobre nuestra base de datos y datos futuros, ya que en el presente trabajo no discernimos entre único episodio de SPM o recurrentes, pero sí se halló más frecuentemente al pólipo endometrial en los resultados anatomopatológicos.

Smith-Bindman et al. realizaron un estudio para establecer un teorema de las pacientes posmenopáusicas con hiperplasia de endometrio. Concluyeron que en aquellas asintomáticas con engrosamiento endometrial > 11mm, se debería considerar biopsiar, dado que el riesgo de cáncer de endometrio es de 6.7%. En nuestro estudio encontramos 1 único caso de carcinoma endometrial en paciente asintomática, con engrosamiento endometrial >11mm, y 2 casos con histología de hiperplasia atípica, para un total de 9 mujeres sin sangrado pero con dicha medida endometrial.

Cuando el grosor endometrial es <11 mm la biopsia no sería necesaria, dado que el riesgo de cáncer es relativamente bajo, es lo que expone en su trabajo Smith-Bindman, donde refleja que el riesgo de neoplasia endometrial en pacientes con medida endometrial entre 10 y 12 mm sin sangrado, es similar al riesgo que presentan las mujeres posmenopáusicas con sangrado y endometrio >5 mm. En nuestro trabajo se evidenció en el total de pacientes con endometrio < 11 mm patología no neoplásica.

Se ha asociado la mayor exposición a los estrógenos con un mayor riesgo de cáncer de endometrio. En la valoración de los factores de riesgo en este trabajo, se reduce la mayor proporción de pacientes con sobrepeso seguido inmediatamente por pacientes con obesidad I y II. De las comorbilidades asociadas el 50% presentaba HTA, 16% DBT y 25% hipotiroidismo. Según el análisis de regresión de Maatela et al. (19) en el estudio del endometrio engrosado en mujeres posmenopáusicas asintomáticas se encontró un mayor riesgo de hallazgos patológicos en presencia de obesidad y menopausia tardía. Tal como demuestra el metanálisis de Pergialiotis y col (20) Tanto DBT como HTA parecen estar correlacionados con mayores probabilidades de desarrollar pólipos endometriales con atipias y malignidad. A partir de esto, se podría inferir que ante la presencia de estas comorbilidades solas o asociadas es necesaria la investigación de la patología endometrial en aquella paciente con SPM o engrosamiento de endometrio asintomática

El riesgo también está relacionado con la edad, así, mujeres > 70 años con un endometrio más grueso de 11mm tienen mayor riesgo (9,3% con endometrio de 11 mm) (19). Las pacientes con diagnóstico maligno tenían 59, 69 y 72 años, con endometrio mayor de 11mm.

Los hallazgos histeroscópicos más frecuentes sobre el total de la población en estudio fueron los pólipos endometriales, seguido por los el patrón de hiperplasia endometrial, hecho que coincide con varios estudios que también han demostrado que los pólipos son altamente prevalentes en mujeres posmenopáusicas (21). La prevalencia estimada de pólipos en mujeres con sangrado posmenopáusico oscila entre 13%- 50% según el estudio de tratamientos de pólipos endometriales de [M Tjarks](#) , [BJ Van Voorhis](#) (22). En nuestro trabajo se registró que el 62% de las mujeres con sangrado presentó pólipo endometrial.

De acuerdo a la bibliografía actual, la histeroscopia constituye el método más útil para la detección de patología endometrial focal (pólipos y miomas), según el estudio de correlación de Crivelli (23) una sensibilidad del 96% para el diagnóstico de hiperplasia endometrial y del 92% para el diagnóstico de pólipos. En nuestra experiencia se detectaron pólipos endometriales en 58 pacientes (59,2%) seguido por el patrón de hiperplasia endometrial en 18 casos (18%), de los cuales se objetivaron por anatomía patológica 47 pólipos endometriales y 7 hiperplasias típicas, comprobando la ventaja de la histeroscopia para poder realizar diagnóstico.

Finalmente, la ecografía e histeroscopia mostraron alta fiabilidad diagnóstica, pero el nivel de coincidencia entre ecografía y resultado anatomopatológico fue deficiente. (24)

Bibliografía

1. Torre, L. A., Islami, F., Siegel, R. L., Ward, E. M. & Jemal, A. Global Cancer in Women: Burden and Trends. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 26, 444–457 (2017).
2. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Endometrio. Junio de 2016. *Revista Argentina de Radiología* [Vol. 81. Núm. 3.242-255\(2017\)](#).DOI: 10.1016/j.rard.2017.05.005
3. American Cancer Society. Guía detallada: Cáncer de endometrio: ¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de endometrio? Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2005.
4. Symonds I. Ultrasound, hysteroscopy and endometrial biopsy in the investigation of endometrial cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15(3).381-91.
5. Francisco F. Nogales; Pablo Goyenaga Castro *PATOLOGÍA 1st Edición Autor(es) Pedro Francisco Valencia Mayoral, Jesús Áncer Rodríguez*© 2015 Sección III Capítulo 49: Patología del endometrio | Published: November 26, 2015.
6. Bermi Clebsch R. Hallazgos ecográficos e histeroscópicos en pacientes menopáusicas en un hospital de referencia. Sonographic findings in hysteroscopic in menopausal patients in a referral hospital *Rev. Salud Pública Parag.* 2015; Vol. 6 N° 1; Enero-Junio 2016 | 50-55.
7. RABY B, Trinidad et al. Capacidad diagnóstica de la ecografía para detectar cáncer de endometrio en mujeres posmenopáusicas sintomáticas y asintomáticas: experiencia

- de la Universidad Católica de Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014, vol.79, n.3, pp.166-172.
8. P. Jou Collella a. Institut Clinic de Obstetricia, Ginecología y Neonatología. Posibilidades actuales de la histeroscopia ambulatoria . Hospital Clinic de Barcelona. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Septiembre 2002. Vol. 40. Núm 5. Pág 229-234.
 9. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, Ylöstalo P, Torvid K, Marsal K, et al. Ecografía transvaginal del endometrio en mujeres con sangrado posmenopáusico: un estudio multicéntrico nórdico. Soy J Obstet Gynecol 1995; 172: 1488–94.
 10. Van Hanegem N, Breijer M, Opmeer B, Timmermans. Prediction models in women with postmenopausal bleeding: a systematic review. Women´s Health. 2012;8(3):251-62.
 11. Malinova M & Pehlivanov B. Ecografía transvaginal y grosor endometrial en pacientes con sangrado uterino posmenopáusico. Revista europea de obstetricia, ginecología y biología reproductiva 1995;58: 161 ± 165 4.
 12. Symonds I. Ultrasound, hysteroscopy and endometrial biopsy in the investigation of endometrial cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001;15(3).381-91.
 13. Giusa-Chiferi MG, Goncalves WJ, Baracat EC y col. Ecografía transvaginal, biopsia uterina y histeroscopia para hemorragia posmenopáusica. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia 1996; 55: 39 ± 44
 14. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, Ryd W, Norstrom A. Endovaginal exploración del endometrio en comparación con la citología e histología en mujeres con hemorragia posmenopáusica. Gynecol Oncol 1993; 50: 173–8
 15. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein V, Subak L, Scheidle J, Segall M y col. Ecografía endovaginal para excluir cáncer de endometrio y otras anomalías endometriales. JAMA 1998; 280: 1510–7.
 16. Hernández E. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin number 65: Management of endometrial cancer. Obstet Gynecol. 2006;107:952. author reply 952–3.
 17. Wolfman W. [Asymptomatic Endometrial Thickening](#). J Obstet Gynaecol Can. 2018 May;40(5):e367-e377.
 18. Breijer MC, Peeters JA, Opmeer BC, et al. Capacity of endometrial thickness measurement to diagnose endometrial carcinoma in asymptomatic postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012;40(6):621-629.
 19. Maatela J, Aromaa A, Salmi T, Pohja M, Vuento M, Gronroos M. El riesgo del cáncer de endometrio en pacientes diabéticas e hipertensas: un estudio de vinculación de registros en Finlandia. Ann Chir Gynaecol Suppl 1994; 208: 20–4.
 20. Pergialiotis V, Prodromidou A, Siotos C, Frountzas M, Perrea D, Vlachos GD. Systemic hypertension and diabetes mellitus as predictors of malignancy among women with endometrial polyps: a meta-analysis of observational studies. Menopause. 2016;23(6):691-697.

21. Dominguez AP, Lopes H, Dias I, De Oliveira CF. Endometrial polyps in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(5):618-620.
22. Tjarks M, Van Voorhis BJ. Treatment of endometrial polyps. *Obstet Gynecol.* 2000;96(6):886-889.
23. Crivelli R, Bacigaluppi A, Bressan M, Avelino R, Uribe M, Sanso M. Correlación ecográfica, histeroscópica y patológica en el estudio de patología endometrial. *Rev Hosp Priv Comun.* 2010; 13 (1): 1- 5.
24. Rodrigo Arturo Berni Clebsch, Mariela Ariana NuñezDominguez, Vicente Acuña Appleyard, Vicente Battaglia. Hallazgos ecográficos e histeroscópicos en pacientes menopaúsicas en un hospital de referencia sonographic findings in hysteroscopic in menopausal patients in a referral hospital *Rev. Salud Pública Parag.* 2015; Vol. 6 N° 1; Enero-Junio 2016 50-55.
25. Paya, Diago, Costa. Valor de la histeroscopia diagnóstica en la hemorragia uterina anormal. *Rev Clín Invest Ginecol Obstet* 1998;25: N°4, Ed.Doyma.

1. Médica Residente de Ginecología
2. Médica Ginecóloga
3. Médica Ginecóloga. Especialista en Cirugía Mínimamente Invasiva

Hospital Aeronáutico de Córdoba, SDLC

Cáncer de Cuello Uterino y Embarazo

Autores:

Virginia Alberti¹, José María Mariconde², Néstor Eduardo Dicuatro³, Mariano Ángel Paolasso⁴, Otilio Daniel Rosato⁵.

Introducción

El cáncer asociado al embarazo es toda neoplasia maligna que se diagnostica durante la gestación o hasta un año después del parto. Algunos autores, no obstante, restringen la duración hasta 6 meses de puerperio (Organización Mundial de la Salud). (1)

Con respecto a la incidencia de cáncer y embarazo se estima que es de 1:1.000 embarazos. La estadística mundial reporta al cáncer de mama, cervicouterino, melanoma, linfomas y leucemias agudas como los más comunes asociados con el embarazo. (2) (3)

La incidencia del cáncer de cuello uterino se estima alrededor de 1/10.000 embarazos. El tipo histológico más frecuente, al igual que en la mujer no gestante, es el Epidermoide; al ser un tumor no hormono dependiente, no está influenciado por el estado de hiperestrogenismo del embarazo.

Los factores pronósticos más importantes son el estadio y el compromiso ganglionar al momento del diagnóstico. La vía del parto recomendada es la cesárea después de la semana 32 de gestación, siempre que sea factible.

Según lo revisado en la literatura, no existe evidencia de que la sobrevida sea diferente cuando se compara con la de pacientes sin embarazo de la misma edad, estadio y tipo histológico. (4) (5)

Objetivo

Describir 3 casos de Cáncer de Cérnix Uterino (CCU) diagnosticados durante el embarazo, en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMN) de la Ciudad de Córdoba, en el período de tiempo comprendido entre 2017 y 2019.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, mediante el análisis de historias clínicas en el HUMN en el período de tiempo establecido.

- Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de CCU y gestación coexistente.
- Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de CCU sin gestación coexistente o diagnóstico del mismo luego de la finalización del embarazo.
- Variables: edad de la paciente, edad gestacional y estadio al diagnóstico, tratamiento empleado, tipo histológico, complicaciones asociadas.

Resultados

De los tres casos de CCU durante el embarazo, dos se diagnosticaron en estadio IB1 y uno en estadio IIB. El tratamiento empleado fue individualizado y basado en la edad gestacional en el momento del diagnóstico, el estadio tumoral y el deseo de la paciente de continuar o no con el embarazo:

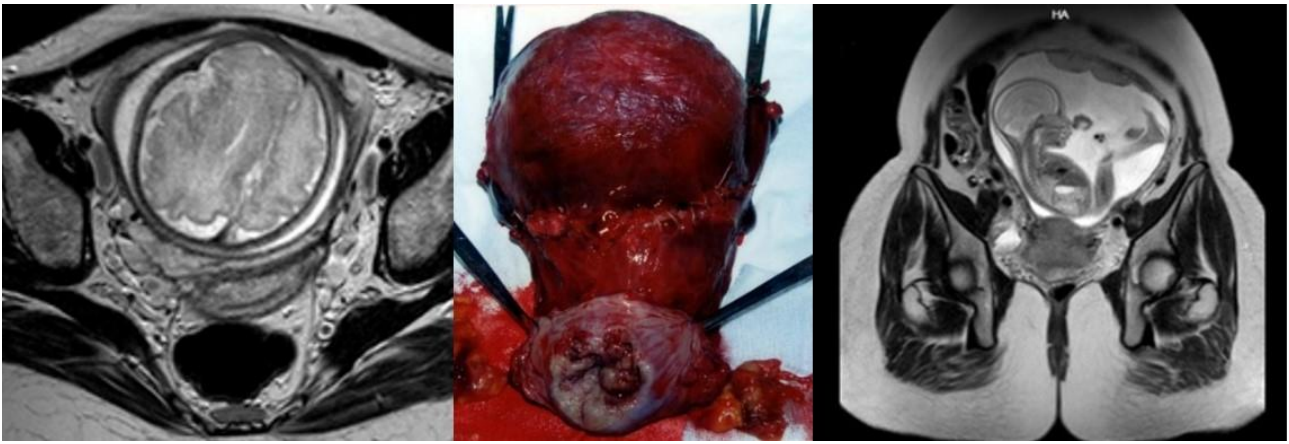
- CASO 1 cesárea a las 36 semanas + Histerectomía radical C2 con conservación de anexos y luego Radioterapia externa + Braquiterapia;
- CASO 2 Histerectomía radical C1 con conservación de anexos;
- CASO 3 la conducta fue cesárea a las 32 semanas + Radioterapia + Braquiterapia + Quimioterapia.

La histopatología correspondió en dos de los casos a Carcinoma Epidermoide invasor y en uno de los casos a Adenocarcinoma invasor.

Uno de los casos presentó complicaciones asociadas a la radioterapia: fístula vésico-vaginal + fístula recto-vaginal, ésta última resuelta mediante colostomía.

Las 3 pacientes se encuentran libres de enfermedad hasta la actualidad (septiembre 2022).

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
EDAD	28	41	31
EDAD GESTACIONAL	33	8	24
ESTADIO	IB1	IB1	IIB
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Cesárea 36 semanas + Histerectomía radical C2 con conservación de anexos	Histerectomía radical C1 con conservación de anexos	Cesárea 32 semanas
TRATAMIENTO ADYUVANTE	Radioterapia + Braquiterapia	-	Radioterapia + Braquiterapia + Quimioterapia
TIPO HISTOLÓGICO	Adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado	Carcinoma Epidermoide invasor bien diferenciado	Carcinoma Epidermoide invasor moderadamente diferenciado
COMPLICACIONES	-	-	Insuficiencia renal aguda (nefrostomía) + fístula vésico-vaginal + fístula recto-vaginal (colostomía)



Conclusiones

El cáncer de cérvix es una de las neoplasias diagnosticadas con más frecuencia durante la gestación. El manejo de estos casos será individualizado y basado en la edad gestacional en el momento del diagnóstico, el estadio tumoral y el deseo de la paciente de continuar o no con el embarazo.

Bibliografía

1. Monleón, L. Goberna, FJ. Monleón; Cáncer y gestación; Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia; 2006. [Vol. 33. Núm. 3.](#) 80-92
2. Castillo-Luna A. C. Arteaga-Gómez V. Gorbea-Chávez D. E. Delgado-Amador: Cáncer y embarazo, experiencia del Instituto Nacional de Perinatología; Ginecol. obstet. Méx. vol.86 no.7 Ciudad de México jul. 2018
3. S. Bolívar, E. Reyna-Villasmil, D. Torres-Cepeda; Neoplasias ginecológicas malignas y embarazo; Rev Obstet Ginecol Venez vol.72 no.2 Caracas jun. 2012
4. [Paola Castro C., Roberto Yazigi I, Sebastián Prado N., Jaime Garrido B., Marcelo González V.](#); CÁNCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER; Rev. chil. obstet. ginecol. v.69 n.4 Santiago 2004.
5. Vilar González, V. M. Orille Nuñez, M. C. Rupilius Krautwig, M. Guzmán Cebrián, M. E. Lorenzo Marcos, A. Fernández Corona Adenocarcinoma de cérvix en el segundo trimestre de embarazo; Progresos de Obstetricia y Ginecología; [Vol. 58. Núm. 9.](#) páginas 405-408 (Noviembre 2015)
6. Bradley JM, Montz FJ. Invasive cervical cancer complicating intrauterine pregnancy: Treatment with radical hysterectomy. Obstet Gynecol 1992; 80: 199-203.
7. Nazzal O. Cáncer cervicouterino y embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(1): 66-68.
8. Sorosky JI, Cherouny PH, Podezaski ES. Stage IB cervical carcinoma in pregnancy: Awaiting fetal maturity. J Gynecol Tech 1996; 2: 155-158.

1. Residente de tercer año de Tocoginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.
 2. Médico Esp. en Tocoginecología. Adjunto Cátedra de Ginecología Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.
 3. Médico Esp. en Tocoginecología. Director Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.
 4. Médico Esp. en Oncología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.
 5. Médico Esp. en Ginecología. Ex Director Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.
- Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología – Córdoba Capital.

Tamizaje de Cánceres Ginecológicos Prevalentes en el Personal del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Autores:

Bolognessi, Victoria¹, Taboada Julieta¹, Jauregui Lorda Belén¹, Santillán Ariana²

Resumen

Objetivo Analizar los resultados de un programa de tamizaje de cáncer de mama (CM) y de cuello uterino (CCU) en el personal de nuestra institución.

Material y métodos Se confeccionó una base de datos de pacientes atendidas con sus resultados durante los años 2020 a 2022. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Resultados De 224 pacientes: el 53.1% concurrió al control ulterior. Se realizó citología cervical a 118 pacientes, obteniendo 94.1 % de resultados negativos, 2.6% inflamatorio, y 3.19% resultado patológico. Se realizó mamografía a 88 pacientes, obteniendo un 71.4% de resultados benignos (BR - 1 y BR - 2), 14.3% BR-0, 9.5% resultado BR - 3, y 4.7% con sospecha de patología maligna (BR - 4 y BR - 5).

Conclusiones Se realizó tamizaje de patologías prevalentes de la tocoginecología en el personal hospitalario. Se deberá reforzar la importancia de la devolución de resultados.

Abstract

Objective To analyze the results of a screening program for breast cancer (BC) and cervical cancer (CCU) in the personnel of our institution.

Material and methods A database of patients treated with their results was created during the years 2020 to 2022. An observational, descriptive and retrospective study was carried out.

Results Of 224 patients: 53.1% attended the subsequent control. Cervical cytology was performed on 118 patients, obtaining 94.1% negative results, 2.6% inflammatory, and 3.19% pathological results. Mammography was performed on 88 patients, obtaining 71.4% benign results (BR - 1 and BR - 2), 14.3% BR-0, 9.5% BR - 3, and 4.7% suspected malignancy (BR - 4 and BR-5).

Conclusions: Screening for prevalent pathologies of obstetrics and gynecology in hospital personnel was performed. The importance of the return of results should be reinforced.

Palabras Clave: Tamizaje - Personal de salud - Cáncer de mama - Cáncer de cuello uterino

Introducción

El cáncer representa un problema de gran impacto para la salud pública y para las personas. Compromete la esfera biológica, psicológica y social de cada individuo incluido en la comunidad. Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, en Argentina ocurrieron 130.878 casos nuevos de cáncer en ambos sexos en el año 2021, con 70.074 muertes. La incidencia de cáncer en las mujeres fue de 62.327 casos. La mayor parte está dada por el cáncer de mama, con 22.024 casos anuales, lo que representó el 32,1% de todos los tumores malignos en este grupo. En segundo lugar está el cáncer colorrectal con 7.402 casos anuales, lo que corresponde al 10.8%, en tercer lugar el cáncer de cuello uterino con 4.583 casos, un porcentaje de 6.7%.

El rastreo es la identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes o de otras técnicas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o por una anomalía que hasta entonces había pasado desapercibida. (OMS). Para iniciar el tamizaje o rastreo de ciertas patologías, se deben cumplir ciertas condiciones elaboradas por Frame y Carlson, las cuales son:

- La enfermedad debe tener un efecto significativo sobre la calidad o los años de vida.
- Los tratamientos disponibles deben ser confiables.
- La enfermedad debe tener un período asintomático durante el cual la detección y el tratamiento reduce significativamente la morbilidad y/o la mortalidad.
- El tratamiento en la fase asintomática debe producir un resultado terapéutico superior al obtenido por retrasar el tratamiento hasta que aparecen los síntomas.
- Las pruebas deben estar disponibles a un costo razonable para detectar la enfermedad en el período asintomático.
- La incidencia de la enfermedad debe ser suficiente para justificar el costo de los exámenes.

El cáncer de mama es una enfermedad prevalente. Se han identificado algunos factores de riesgo como la historia familiar, la exposición a estrógenos endógenos (larga vida reproductiva, baja paridad) o exógenos (terapia hormonal de reemplazo), sobrepeso, ingesta moderada de alcohol, consumo de tabaco y sedentarismo. La prueba primaria de tamizaje es la mamografía bilateral en dos incidencias (cráneo-caudal y medio-oblicua lateral). La mamografía debe estar informada con el sistema BI-RADS. Se recomienda el tamizaje en mujeres entre 50 y 69 años en la población con riesgo promedio y asintomática, cada 2 años.

El cáncer cervicouterino (CCU) es el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres. A pesar de que podría prevenirse casi por completo continúa siendo un problema significativo de salud pública en Argentina. Afecta principalmente a mujeres de bajos recursos socioeconómicos que por diversas razones (como barreras geográficas, culturales y económicas) no acceden a los servicios de tamizaje. La infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria para el desarrollo del cáncer cérvico-uterino. El test de Papanicolaou es el método de tamizaje universal del CC, hasta que el test de HPV sea otorgado en todas las instituciones. El Ministerio de Salud recomienda la realización del PAP a las mujeres a partir de los 25 años.

Este proyecto se ideó para favorecer los controles de salud de las personas con vulva y de género femenino, personal de nuestra Institución y de los centros de salud del área programática, y así evaluar las posibles causas de la falta de controles en dicha población.

Objetivos

Analizar los resultados de la implementación de un programa de tamizaje de cáncer de mama y de cuello uterino en el personal de nuestra institución.

Material y métodos

Se trata de un diseño observacional, descriptivo y retrospectivo. La información se obtuvo de las historias clínicas de pacientes atendidas en el programa de tamizaje y los resultados de los estudios solicitados. Se incluyeron en el trabajo a las pacientes atendidas en dicho programa durante los años 2020, 2021 y 2022. El Programa comenzó en el año 2020 ideado por los médicos residentes de tocoginecología e implementado por los mismos junto con la colaboración del equipo de laboratorio, el servicio de anatomía patológica, de diagnóstico por imágenes y médicos especialistas de patología mamaria y cervical. La población a tamizar fue el personal con vulva del hospital y de los centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) del área programática. El objetivo fue convocar a todo el personal del hospital para que realicen sus controles habituales en forma oportuna brindándoles la facilidad de hacerlo dentro de su ámbito de trabajo a sabiendas que muchas de ellas los posponen por razones laborales.

Para difundir el proyecto y fomentar la participación del personal en el programa de tamizaje, se realizó folletería informativa en la cual constaba: a quienes estaba dirigida, los días de realización de las mismas y el lugar. Esto fue distribuido dentro de la institución por los mismos médicos residentes y la colaboración del área de promoción y protección del Hospital. Además, la información fue enviada a través de las distintas redes sociales.

La visita al consultorio incluyó la atención integral de las personas con *vulva*, la realización de citología cervical y colposcopia, consejería en salud sexual y reproductiva incluyendo entrega de métodos y pedido de serologías, examen mamario y la entrega de órdenes para realizar diferentes estudios de control (mamografía) y/o diversos tamizajes de oportunidad según el grupo etario. A su vez, se las citó nuevamente para una segunda visita, momento en el cual se interpretaron los resultados y se dieron indicaciones precisas para nuevos controles o derivaciones al área ginecológica correspondiente. El PAP y colposcopia se realizaron a pacientes con al menos 3 años del inicio de relaciones sexuales, que no contaban con el estudio actualizado. La mamografía se indicó a pacientes mayores de 40 años con una frecuencia anual. Aquellas con exámenes clínicos y complementarios normales fueron citadas a un nuevo control anual. Ante algún hallazgo positivo, se realizó la derivación de la paciente al consultorio especializado correspondiente (patología mamaria, tracto genital inferior u otro en caso de algún hallazgo significativo).

Resultados

En este proyecto concurrieron 224 pacientes. En 2020 fueron 57; 124 en 2021 y 43 en 2022. En cuanto a las características de la población estudiada la edad promedio fue de 41 años (19-62 años). Del total, el 74,8 % era personal de salud (técnicas, licenciadas, médicas) y el

25,2% empleadas del hospital de otras áreas (administrativas, secretarias, personal de limpieza). De todas las pacientes que concurrieron al programa, 119 (53,1%) se presentaron al control ulterior donde retiraron los resultados de los estudios solicitados. Otras 21 (9,4%) pacientes volvieron al año siguiente para repetir su control.

En cuanto al tamizaje de cáncer de cuello uterino: se realizó la toma de Pap y colposcopia a 188 pacientes, lo cual representa un 83,9%, de las que concurrieron a la jornada. No se le realizó a 36 (16,1%) pacientes por diferentes motivos: 23 (10,2%) lo tenían actualizado; 11 (4,9%) no estaban en condiciones para la toma (menstruación, uso de óvulos o relaciones sexuales en las últimas 48 hs) y fueron citadas a consultorio de ginecología fuera del programa; 2 (0,89%) fueron derivadas a consultorio especializado para su mejor seguimiento y control ya que una presentaba un antecedente de patología cervical y la otra era portadora de VIH. De las 188 citologías tomadas los resultados fueron los siguientes: 177 (94,1%) arrojaron resultado negativo; 5 (2,6%) resultaron inflamatorios (estas pacientes fueron recitadas para tratar y repetir el estudio). Por otro lado, 6 (3,19%) tuvieron una citología anormal de las cuales 3 fueron L-SIL (1,59%), 1 ASC-US (0,5%) y 2 H-SIL (1,6%). Dichas pacientes fueron derivadas de forma oportuna a consultorio de patología cervical para su tratamiento y/o seguimiento adecuado.

En cuanto al tamizaje de cáncer de mama: se le solicitó mamografía a todas las pacientes mayores de 40 años, que no la tuviesen actualizada (más de un año del último control). De 224 pacientes, se incluyeron en el tamizaje de cáncer de mama a 88 pacientes, lo cual representa un 39,2 %. De ellas, 42 (47,7%) concurrieron con los resultados: 30 (71,4%) tenían mamografías sin patología o patología benigna (BR1-2). Otras 6 (14,3%) obtuvieron un resultado BR 0 las cuales siguieron el algoritmo diagnóstico acorde a cada caso; 4 (9,5%) presentaron una mamografía con un resultado BR3 y fueron derivadas al servicio de patología mamaria para su adecuado seguimiento y 2 (4,7%) pacientes presentaron la mamografía con mayor sospecha de patología maligna (BR4C y BR5), siendo derivadas oportuna y rápidamente al servicio de patología mamaria.

Conclusiones

El programa realizado es un buen ejemplo de prevención primaria, pues fue realizado en población sin factores de riesgo. Fue, a su vez, una importante herramienta para el cuidado de nuestro personal hospitalario, en el cual se logró pesquisar patologías prevalentes, inherentes a nuestra especialidad.

Es paradójico que dichas pacientes no cuenten con un adecuado y/o actualizado control ginecológico, siendo que asisten de manera diaria a un centro de salud como parte de su trabajo. Esto puede estar relacionado con sus horarios laborales que podrían generar un inadecuado acceso a la atención médica o la dificultad para acceder a los diferentes servicios de salud.

Resalta la baja concurrencia a esta pesquisa. Puede ser que muchas de las posibles pacientes estuviesen al día en sus controles, pero no puede dejarse de pensar que muchas sin control y, teniendo la posibilidad al alcance de su mano de realizarlos, no acudió. Por ello, es fundamental insistir en programas de educación sobre prevención del cáncer genito-mamario y la importancia del compromiso como agentes de salud de facilitar el acceso a la prevención primaria. A su vez, se evidenció que sólo el 53,1% concurrió a retirar los resultados, punto que

deberá ser reforzado en las próximas intervenciones y creemos en parte que se debió al acceso que tiene el personal a los resultados sin necesidad de concurrir a la consulta médica.

Para extender la cobertura de salud es necesario instalar un sistema organizado de búsqueda activa que permita contactar a aquellas mujeres que no acuden espontáneamente a los servicios de salud. Los tocoginecólogos somos, como agentes de atención primaria, generadores y promotores de la transversalidad en la atención y continuidad asistencial, donde la consulta es una oportunidad de pesquisa por grupos etarios y de inserción y permanencia en el sistema de salud. La confección de campañas de tamizaje como la que llevamos a cabo son estrategias económicas y reproducibles que pueden implementar los profesionales de la salud para aumentar la participación de las mujeres en los programas de rastreo.

Agradecimientos

A todos los residentes de la especialidad de Tocoginecología de nuestra Institución, a Jefes de Servicio, tanto del Servicio de Obstetricia, como el de Ginecología por su apoyo y aval. A su vez, agradecer la articulación y compromiso con el servicio de laboratorio, de anatomía patológica, de diagnóstico por imágenes que facilitaron los turnos y los resultados se otorgaron en tiempo oportuno. Y por sobre todo a las pacientes que participaron del proyecto de tamizaje haciéndolo posible.

Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas, Incidencia. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
2. The Global Cancer Observatory, Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site. March, 2021; Pagina 1-2
3. V. Pesce, Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Argentina. Documento técnico para referentes de cáncer de mama. Guía programática abreviada. 1a ed mejorada; 2021.
4. Programa nacional de prevención de cáncer cervicouterino- Instituto Nacional del Cáncer. ESTRATEGIA DE LA ARGENTINA PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO-
5. Ministerio de Salud. Cáncer: prevención y detección temprana. Cáncer de cuello de útero. <https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-cuello-de-utero-ccu#:~:text=cuello%20de%20%C3%BAtero,-.El%20PAP,puede%20espaciar%20a%203%20a%C3%B1os.>

1 Médicas Residentes del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

2 Instructora de Residentes del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Servicio de Obstetricia y de Ginecología; CABA.

Importancia de la Sacarosa Granulada como método alternativo para el tratamiento de heridas infectadas de Cesárea

Autores:

Dr. Romero Benítez, Juan Manuel¹, Dra. Rivero, Mabel Itatí², Romero Benítez³, Verónica Ayelén³, Dra. Frowen Ursula⁴

Resumen.

Objetivos

- a. Demostrar el mecanismo de acción de los gránulos de sacarosa y las ventajas de la sacaroterapia en el tratamiento de heridas infectadas de cesárea.
- b. Detallar en forma documentada y secuencial los resultados favorables de la aplicación de azúcar granulada en forma tópica en una paciente con infección de heridas quirúrgicas de cesárea.

Material y Método:

(Caso Clínico). Paciente de 24 años de edad G1C1 actual que cursando su décimo día posoperatorio de cesárea abdominal indicado por estado fetal no tranquilizador, consulta por fiebre y dolor en herida quirúrgica de cesárea. Se trató de un embarazo controlado y como dato de interés presentaba un índice de masa corporal elevado. Al momento de consulta se retira punto intradérmico de herida quirúrgica de pfannenstiel y se constata salida de material purulento, fétido y lecho quirúrgico en mal estado de evolución y se asume el diagnóstico de dehiscencia total supraaponeurótica de herida quirúrgica por obseso. Se interna la paciente, se indica doble esquema de ATB por vía parenteral y curación de herida quirúrgica con azúcar granulada dos veces al día. Al décimo día de internación la paciente sigue evolucionando en buen estado general y herida quirúrgica con buen tejido de granulación en toda su extensión.

Es dada de alta y se la cita por consultorio externo para curación de la herida con azúcar. A los 20 días de sacaroterapia se evalúa la herida quirúrgica y se constata buena evolución de cicatrización por tercera intención. A los 35 días de curación se logra el cierre total de la herida quirúrgica.

Palabras Claves: azúcar, cicatrización, heridas infectadas, tejido de granulación.

Introducción

La cirugía se acompaña de heridas en partes blandas. Estas destruyen la primera barrera de defensa del organismo y se crea una puerta de entrada a microorganismos capaces de producir infección. Los antecedentes históricos que fundamentan el uso del azúcar, para el

tratamiento de heridas se fue transmitiendo de forma oral con la medicina tradicional. En 1887 el doctor Lucke en la Universidad de Estrasburgo (Francia) inició investigaciones al respecto con el azúcar y la miel. En Argentina en 1980, el Dr. León Herezage empezó a utilizar la sacarosa como tratamiento de heridas complicadas, llevo a cabo trabajos experimentales con animales. En España en 1998, el enfermero Cid González, adquirió estas experiencias reportadas, para utilizar la sacarosa de forma habitual en la cura de heridas y úlceras^{1,2}

El azúcar (sacarosa) ha sido usado durante muchos años para la cicatrización de heridas. Este tratamiento es conveniente y económico, aunque no es aséptico. Tras una búsqueda de trabajos, se encuentra evidencia de los buenos resultados del uso del azúcar en el tratamiento de las heridas infectadas. El azúcar crea un medio con alta osmolaridad o bajo contenido de agua, puesto que esta última y la linfa migran fuera del tejido, hacia la solución azucarada, con lo cual se inhibe el crecimiento bacteriano por disminución en la actividad del agua del sustrato. La linfa proporciona nutrientes a la estructura tisular, de manera que la citada sustancia atrae macrófagos, acelera el desprendimiento de tejido desvitalizado y necrótico, provee una fuente de energía local y forma una capa proteica protectora sobre la herida³

El azúcar define rápidamente los esfacelos y por sus propiedades facilita su eliminación. En dependencia de la velocidad de la resolución de la infección, se logra la cicatrización y cura definitiva de las heridas. Como consecuencia de los efectos descritos son mejores los resultados, en cuanto a la eliminación de los esfacelos en el grupo de estudio y, además, favorece los fenómenos de la rápida eliminación de los esfacelos de los tejidos desvitalizados, la mejor nutrición tisular⁴

Gozaïne y González (1995), realizo un estudio que comparó dos grupos con heridas post-quirúrgicas infectadas, un grupo fue curado con curas diarias con solución estéril y azúcar, el otro grupo fue curado de igual forma pero sin azúcar. Se concluyó que el grupo tratado con azúcar tuvo un tiempo de hospitalización menor, la fetidez, pus y tejido necrótico desapareció más rápido, la cicatrización fue mucho más rápida en comparación con el grupo control^{5,6}

Objetivos

- a. Demostrar el mecanismo de acción de los gránulos de sacarosa y las ventajas de la sacaroterapia en el tratamiento de heridas infectadas de cesárea.
- b. Detallar en forma documentada y secuencial los resultados favorables de la aplicación de azúcar granulada en forma tópica en una paciente con infección de heridas quirúrgicas de cesárea.

Material y Método:

(caso clínico). Paciente de 24 años de edad G1C1 actual que cursando su décimo día posoperatorio de cesárea abdominal indicado por estado fetal no tranquilizador, consulta por fiebre y dolor en herida quirúrgica de cesárea. Se trató de un embarazo controlado y como dato de interés presentaba un índice de masa corporal elevado. Al momento de consulta se retira punto de herida quirúrgica de pfannenstiel y se constata salida de material purulento, fétido y lecho quirúrgico en mal estado de evolución y se asume el diagnostico de dehiscencia total supraaponerótica de herida quirúrgica por obseso (Imagen N°1).

IMAGEN N°1.



Se interna la paciente, se indica doble esquema de ATB por vía parenteral y curación de herida quirúrgica con azúcar granulado dos veces al día. (Imagen 2).

IMAGEN 2



Al décimo día de internación la paciente sigue evolucionando en buen estado general y herida quirúrgica con buen tejido de granulación en toda su extensión (Imagen 3).

IMAGEN N°3.



Es dada de alta y se la cita por consultorio externo para curación de la herida con azúcar. A los 20 días de sacaroterapia se evalúa la herida quirúrgica y se constata buena evolución de cicatrización por tercera intención (Imagen 4).

IMAGEN N°4



A los 35 días de curación se logra el cierre total de la herida quirúrgica (Imagen 5).

IMAGEN N° 5.



Discusión:

El azúcar es un producto natural, el cual no hace falta esterilizar. No hemos encontrado contraindicaciones en el uso de heridas, ni efectos secundarios que hagan peligrar a la paciente que presentamos como caso clínico durante todo el tratamiento. Tan solo provocó un poco de escozor, picor, dolor o quemazón en el momento de la aplicación, por lo que se trató de un efecto adverso pasajero. Con la sacarosa el olor fétido desapareció a las 24 horas, los esfacelos desaparecieron entre los días 7 y 15 del inicio del tratamiento y a los 7 días del inicio apareció el tejido de granulación^{7,8}

También con su aplicación le aumentamos la calidad de vida al paciente, ya que con ésta praxis hemos comprobado que cicatrizan bien las heridas y por lo tanto disminuyó su estadía en el hospital a pesar de ser una herida grave como el caso clínico que presentamos⁹

Se trata de una práctica segura avalado por las evidencias científicas que no causa ningún daño al paciente sino que solo son beneficios, como ya hemos visto los resultados a lo largo de las aplicaciones de azúcar¹⁰

De todos modos, creemos que es necesario estudiar más sobre el tema de heridas curadas con sacarosa ya que la bibliografía encontrada no es muy actual. Debido a la crisis mundial que se está sufriendo en la actualidad, es muy buen momento para recurrir al azúcar, ya que permite disminuir los costos al ahorrar en antibióticos, apósitos y materiales quirúrgicos que son más costosos¹¹

Conclusión

La utilización de sacarosa granulada promueve la destrucción bacteriana y participa activamente en los mecanismos de cicatrización de heridas, fomentando la activación de macrófagos, eliminando secreciones purulentas y áreas de esfacelo. El tiempo de cierre de la herida va a depender de la extensión de la misma y de la respuesta tisular de cada individuo, por lo tanto, la sacaroterapia sigue siendo un método eficaz y de bajo costo para el tratamiento de heridas de cesárea Infectadas.

Bibliografía

1. Schilling A. Cicatrización de las heridas. En: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Respuesta a las infecciones y lesiones. Primera parte: Fisiología. México: Interamericana; 1976. p. 859-77.
2. González-Quevedo M, Abela I, Hurtado de Mendoza J, Larionova M, López-Calleja C. Estudio preclínico de la acción cicatrizante que ejercen sobre las heridas abiertas los extractos inyectables confeccionados con dos variedades de aloe que crecen en Cuba. En: Compendio de investigaciones sobre el Aloe barbadensis miller (sábila) cultivado en Cuba. Ciudad de La Habana, 1990:36-53.
3. Gozaine Mollejas JM, González D. Uso de la sacarosa en el tratamiento local de las heridas quirúrgicas infectadas. Boletín Médico de Postgrado. 1995; 11(2).
4. Herezage León. El uso del azúcar en el tratamiento de lesiones complicadas, 21 años después. Rev Argentina 2001;2 (1): 22-31.
5. Domínguez AM, Vanegas S, Camacho F, Quintero G, Patiño JF, Escallón J. Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Revista Colombiana Cir; 16 (1):44-57.
6. Stillitani I, Arabela L, Herzage L. Azúcar y macrófagos: activación de la fagocitosis inespecífica en macrófagos peritoneales de ratón inducidos por inyección intraperitoneal de solución concentrada de sacarosa. Rev Arg Cir. 2003; 70 (6):179-83.
7. Cid González M, García Viveros JA, Martínez Florindo J, Alcón Jiménez Una buena alternativa en el tratamiento de las úlceras por presión de larga duración. Aplicación de sacarosa. Enfermería Clínica. 2003;13(3):177-9.
8. González Escobar R. Modelos experimentales para la evaluación de la acción cicatrizante de medicamentos. Rev Cubana Farmacol. 2002; 36:189-96.

9. González H, Rodríguez R, Machado M, González J. Cabrera J. Heridas. Métodos de tratamiento. Medisan. 2004; 8:33-42.
10. Zamora Castro S, Flamana Franco J, Rivero Acosta Y. Experiencia en la cura de úlceras por presión con sacarosa. Rev Cubana Enfermer. 2006; 22 (3).
11. Rodríguez Ramírez R, González Tuero H. Métodos alternativos para el tratamiento de pacientes con heridas infectadas. Medisan. 2011; 15(4):503- 514.

1. a) Médico Asistencial del Sector de Alto Riesgo de la Maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes Capital. b) Jefe del Servicio de Investigación del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes- Capital. c) Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.
2. a) Médica Asistencial del Sector de Alto Riesgo de la Maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano. b) Jefa del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Ángela I de Llano. Corrientes- Capital.
3. Alumna de la Facultad de Medicina. Carrera de Medicina. Fundación H.A Barceló.
4. a) Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra II de Clínica Obstétrica Hospital Ángela Iglesia de Llano. Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.

Müllerianosis: Presentación de 3 casos de una Patología Infrecuente

Autores:

Dra. Gabriela Pairola¹, Dra. Ana Lía Nocito²

Condensación

Müllerianosis es un término dado a lesiones compuestas por una combinación de dos o tres tipos de epitelio glandular de derivación mülleriana en localización heterotópica.

Palabras claves: müllerianosis, vejiga, vagina, metaplasia, implantación

Resumen

Se analizaron 3 casos de müllerianosis, dos de localización vesical y uno vaginal. La edad de las pacientes fue de 52, 49 y 28 años. Con los diagnósticos de lesiones vesicales y granuloma de cúpula vaginal se realizó la resección de las lesiones. En los tres casos que se identificó una proliferación glandular que incluía los tres tipos de epitelio mülleriano (endocervical, endometrial y tubario) y estroma endometrial. Las imágenes histológicas mencionadas permitieron arribar al diagnóstico de müllerianosis

Abstract

Three cases of müllerianosis, two of bladder location and one vaginal were analyzed. The age of the patients was 52, 49 and 28 years. With the diagnoses of vesical lesions and vaginal granuloma, the lesions resection was carried out. In the three cases a glandular proliferation was identified and included the three types of Müllerian epithelium (endocervical, endometrial and tubal as well as endometrial stroma). The mentioned histological images allowed to reach the diagnosis of müllerianosis

Introducción

La müllerianosis fue definida por Young y Clement¹ en 1996 como “una lesión observada en cualquier sitio que se caracteriza por una combinación de endosalpingiosis, endometriosis y endocervicosis, los tres epitelios glandulares müllerianos de tipo tubárico, endometrial y endocervical”. Para el diagnóstico de müllerianosis, es necesaria la presencia de al menos dos, preferiblemente tres, tipos de epitelio mülleriano, ya que si se observa un tipo de epitelio, la lesión se denomina endometriosis, endosalpingiosis o endocervicosis según el tipo de células de revestimiento presente.

Entre los sitios en los que se describió la müllerianosis se mencionan la cavidad peritoneal, ganglios linfáticos, mesosálpinx, vejiga, uréter y médula espinal.

La revisión bibliográfica efectuada mediante buscadores de artículos médicos indexados arrojó que dentro del sistema urinario la vejiga es la más frecuentemente afectada, con una casuística de 40 casos hasta el año 2019¹³ y sólo un caso a nivel vaginal⁹.

En el presente trabajo se describen tres nuevos casos en localización urinaria y vaginal y se realiza una revisión acerca de las teorías sobre la patogénesis.

Material y métodos

Caso 1: paciente de 49 años, asintomática, que en una ecografía de rutina se detectó una lesión vesical de 2,5 cm de diámetro mayor. Se decidió efectuar extirpación quirúrgica. **Caso 2:** paciente de 52 años, con histerectomía por leiomiomas 5 años atrás. En examen ginecológico de rutina se observó una lesión vegetante en vagina de 2 cm de diámetro mayor. Se efectuó exéresis de la lesión. **Caso 3:** paciente de 28 años con antecedente de endometriosis pelviana, que en el contexto de estudio por infertilidad, se realizó ecografía vesical que evidenció una lesión polipoide en cara póstero-superior de vejiga de 3,5 cm. Se efectuó exéresis de la lesión. Las muestras fueron fijadas en formol buffer al 10%, se realizó el procesamiento habitual y los cortes obtenidos se colorearon con hematoxilina eosina. En todos los casos se efectuó técnicas de inmunohistoquímica para receptores de estrógeno y progesterona.

Resultados

Los tres casos examinados presentaban morfología similar y sólo variaba en ellos componente predominante.

Las lesiones se hallaban representadas por estructuras glandulares discretamente dilatadas revestidas por epitelio cilíndrico mucíparo (endocervical) (Fig.1), en áreas con franca presencia de cilias (tubario)(Fig.2) y en otros sectores con rasgos endometrioides asociados a estroma citógeno (Fig.3). Completaba el cuadro la presencia de áreas de hemorragia antigua y reciente y discreto infiltrado linfocitario

En el caso N°3 se identificó además una cistitis glandularis (Fig.4), y en el caso de localización vaginal, la müllerianosis estaba desarrollada en el contexto de un granuloma de cúpula.

Con técnicas de inmunohistoquímica el componente epitelial mülleriano resultó fuertemente positivo para receptores de estrógeno y progesterona(Fig.5).

Discusión

La müllerianosis es una entidad infrecuente y compleja que consiste en la combinación de al menos dos tipos de tejido ectópico de origen mülleriano (endometriosis, endocervicosis y endosalpingiosis), en el espesor de otro órgano.^{1,2,3}

En ubicación vesical, fue descripta por primera vez por Young y Clement ¹ en 1996, y hasta la actualidad hay alrededor de 40 casos¹³ reportados en dicha ubicación.

También se describieron casos de müllerianosis en uréter⁵, mesosálpinx⁶, ganglios inguinales⁷ y médula espinal⁸.

En localización vaginal sólo hay un caso reportado en la literatura consultada ⁹

La exacta patogénesis de la müllerianosis todavía es tema de debate. Hay varias teorías que intentan explicarla, dentro de las que se destacan dos: implantación, y metaplásica.^{1,10-12}

La teoría por implantación (Young y Clement¹) considera a la müllerianosis como el resultado de una diseminación iatrogénica de tejido de origen mülleriano durante procedimientos quirúrgicos en la zona pelviana (frecuentemente una cesárea). Sin embargo, esta teoría falla en explicar la müllerianosis en pacientes que no tienen historial quirúrgico o en sitios distantes.

La hipótesis metaplásica (Donne *et al*¹⁰) explica la presencia de varios tipos de tejido en otro órgano, como el resultado del potencial de diferenciación del epitelio mülleriano en tipos endometrial, endocervical y tubárico.

Cabe destacar que la localización de distintos tejidos müllerianos, especialmente en áreas hormonosensibles, tales como la pared posterior de la vejiga que se relaciona con la cubierta peritoneal que posee células poco diferenciadas, apoyan el mecanismo de la metaplasia. Un número creciente de publicaciones corroborarían ésta teoría. Branca y Barresi ¹¹, sugieren que el sistema mülleriano secundario, que durante el desarrollo forma el mesotelio peritoneal, puede retener la habilidad de diferenciarse en diferentes tejidos, incluyendo endometrial, endocervical y tubario. Además, Koren *et al*¹² reportó un caso en el que el epitelio glandular estaba en continuidad con urotelio en un cuadro de cistitis glandularis, y que dicho epitelio era positivo para receptores de estrógeno y progesterona, lo que apoyaría fuertemente la teoría metaplásica.

La müllerianosis afecta preferentemente mujeres en edad fértil y puede o no tener historia de cirugía pélvica o cesárea. Si bien suele ser un hallazgo incidental, cuando se localiza en vejiga puede dar síntomas inespecíficos como disuria, dolor pélvico, hematuria, relacionados o no con el ciclo menstrual.

Histológicamente se caracteriza por la presencia de glándulas de diferente tamaño revestidas por epitelio tubárico, endocervical y endometrial. Las glándulas de tipo endometrial frecuentemente están rodeadas de estroma citógeno endometrial. La lesión es típicamente benigna y no presenta ningún indicador de malignidad como atipía citológica o aumento de mitosis.

Cuando la müllerianosis es vesical, el diagnóstico diferencial incluye varias condiciones benignas como la cistitis glandularis, remanente del uraco, adenoma nefrogénico y entidades malignas como el adenocarcinoma o una metástasis.¹¹ En algunos casos, y fundamentalmente cuando hay un predominio de glándulas con escaso estroma interpuesto, que incluso se encuentran en la muscular propia, el diagnóstico con una neoplasia maligna puede resultar un verdadero desafío, sin embargo la falta de atipía e incremento de mitosis ayudan a diferenciarla.

Con respecto a la evaluación inmunohistoquímica, los elementos epiteliales de esta entidad resultan fuertemente positivos para receptores de estrógeno y progesterona, lo que pone en evidencia su sensibilidad hormonal. El componente glandular también puede ser positivo para

CA-125, positivo para CK7 y negativo para CK20, mientras que el tejido estromal endometrial es positivo para CD10. La expresión de Ki67 es usualmente baja.

Hay poco consenso sobre el manejo terapéutico de la müllerianosis. La elección del tratamiento depende de diferentes factores como el tamaño de la lesión, la ubicación, el número de lesiones y severidad de los síntomas.

Conclusiones

A pesar de su fácil identificación morfológica, debido a su infrecuencia, el patólogo general no suele estar familiarizado con esta entidad, y ello puede ser fuente de posible confusión con otras entidades, algunas de ellas de gran repercusión clínica como adenocarcinoma.

La patogénesis de la müllerianosis es aún incierta, y de acuerdo a la bibliografía consultada ninguna teoría permite definirla claramente^{12,13}. En nuestros casos de localización vesical, la ausencia de historial quirúrgico, el hallazgo de continuidad de epitelio glandular receptores estrógeno y progesterona positivos con urotelio, en un contexto de cistitis glandularis, y en concordancia con el reporte de Koren et al¹², favorece la teoría metaplásica; a diferencia del de ubicación vaginal que cuenta con el antecedente de cirugía pelviana, lo que favorece la teoría implantación.

Conflicto de interés: los autores declaran no poseer conflictos de interés

Responsabilidades éticas: no se revelan datos personales. Se cumplimentan los requerimientos del Comité de Ética.

Consentimiento informado: los pacientes que ingresan al Hospital firman un consentimiento para que los informes de patología y datos clínicos puedan ser utilizados para fines académicos sin que consten los datos de filiación.

Referencias bibliográficas:

1. Young RH, Clement PB. Müllerianosis of the urinary bladder. *Mod Pathol.* 1996;9:731-737
2. Batt RE, Smith RA, Buck Louis GM, Martin DC, et al Müllerianosis. *Histol Histopathol* 2007; 22:1161-6
3. Oliva Vella JE, Nair N, Ferryman SR, Athavale R, et al. Müllerianosis of the urinary bladder. *Int J Sur Pathol* 2011;19:548-51
4. Patel A, Desai P, Malczewski F, Stephens D, Müllerianosis of the bladder. A rare and problematic bladder tumor. *BMJ Case Rep* 2017; 2017:bcr2016218772
5. Nogales FF, Zuluaga A, Arrabal M, et al. Müllerianosis of the uréter: a metaplastic lesión. *J Urol* 1999;162(6):2090-2091
6. Lim S, Kim JY, Park K, Kim et al. Müllerianosis of the mesosalpinx: a case report *Int J Gynecol Pathol* 2003;22(2)209-212
7. Sinkre P, Hoang MP, Albores-Saavedra J. Müllerianosis of inguinal Lymph nodes: report of a case. *Int J Gynecol Pathol* 2002;21(1):60-64

8. Barresi,V, Cerasoli S, Vitarelli E et al. Spinal intradural müllerianosis: a case report. *Histol Histopathol* 2006;21(10)1111;1-1114
9. Val-Bernal JF , Mayorga M .Incedental vaginal müllerianosis *Pathol Res Pract* 2016 Jun,212(6):568-72
10. Donne C, Vidal M, Buttin X, et al. Müllerianosis of the urinary bladder: clinical and inmuno histochemical findings. *Histopathology*. 1998;33(3):290-292
11. Branca G, Barresi V. Müllerianosis of the urinary bladder: a rare tumorlike lesión. *Arch Pathol Med*. 2014 Mar;138(3):432-6
12. Koren J, Mensikova J, Mukensnabi P, Zamecnik M. Müllerianosis of the urinary bladder: report of a case with suggested metaplastic origin. *Virchow Arch*. 2006 Aug;449(2)268-71
13. Rolando B, Salada I, Daniel Young et al. Müllerianosis: A Case Report. *Journal o endourology Case Reports Volumen 5 Number 3, September 2019*

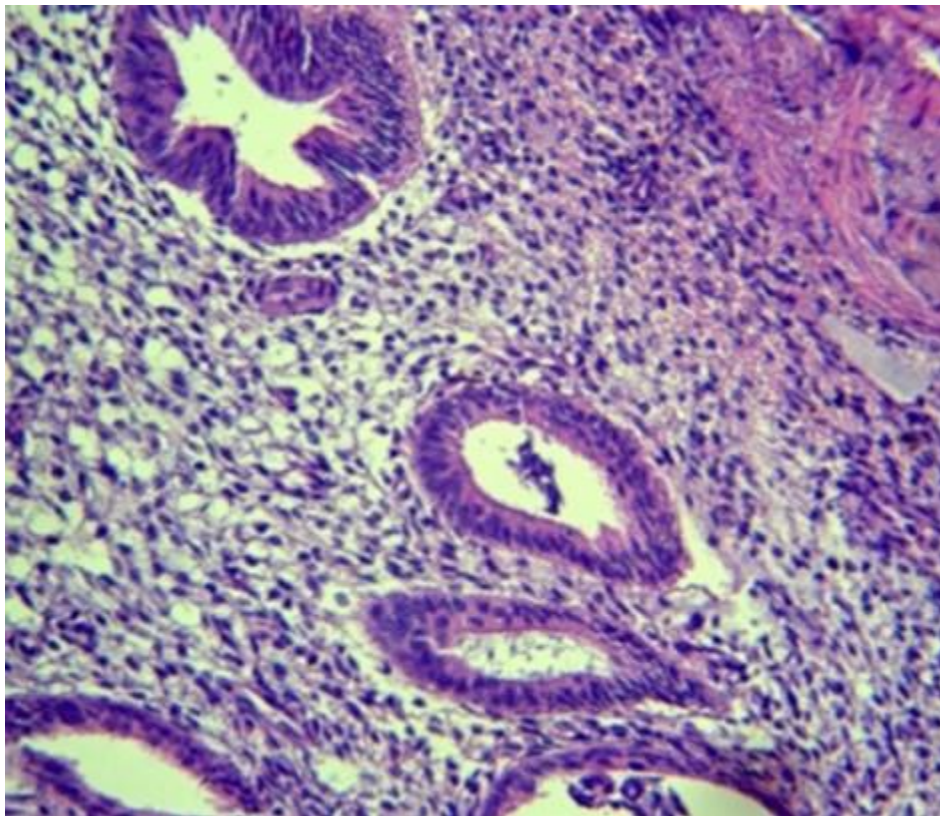


Fig 1: Glándulas endometriales rodeadas por estroma citógeno (H&E x100)

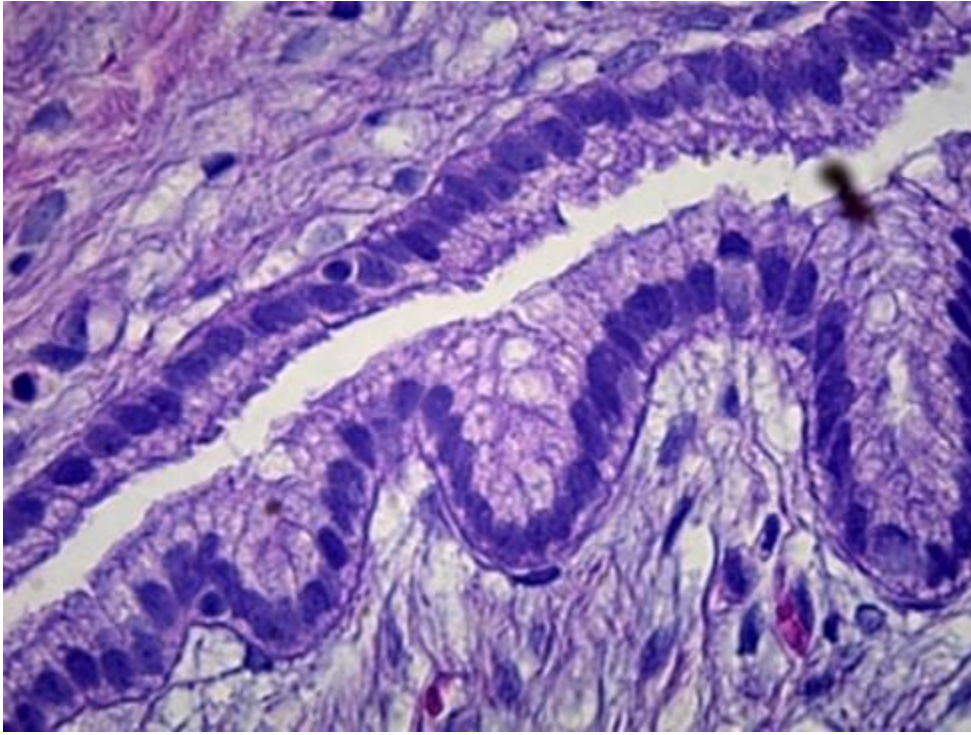


Fig 2 Estructura glandular revestida por epitelio mucíparo de tipo endocervical (H&E X 400)

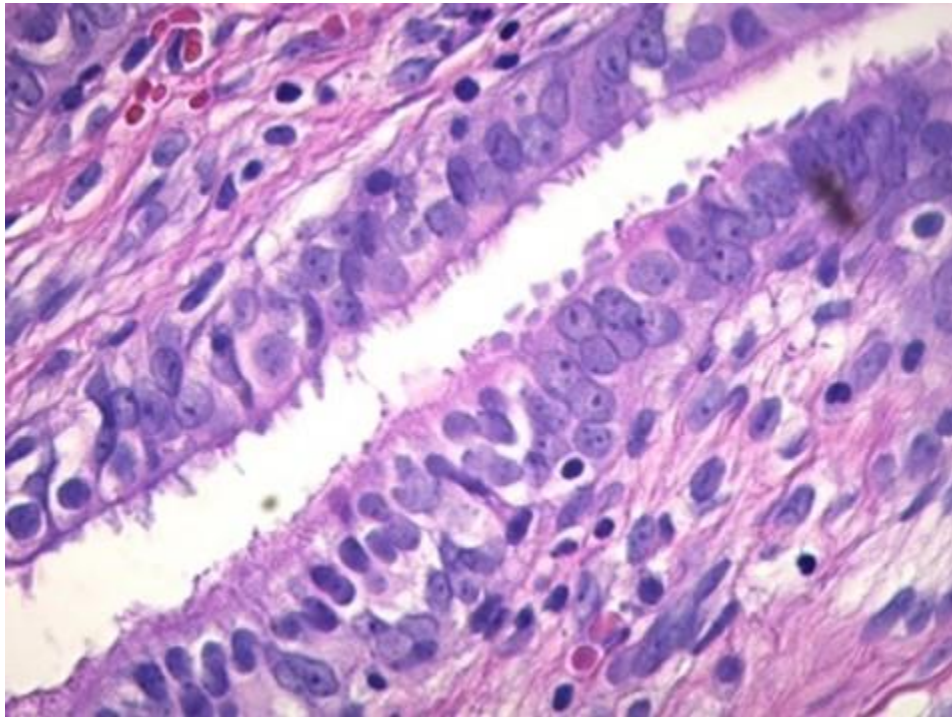


Fig 3: Espacio glandular revestido por epitelio columnar ciliado de tipo tubario (H&E x400)

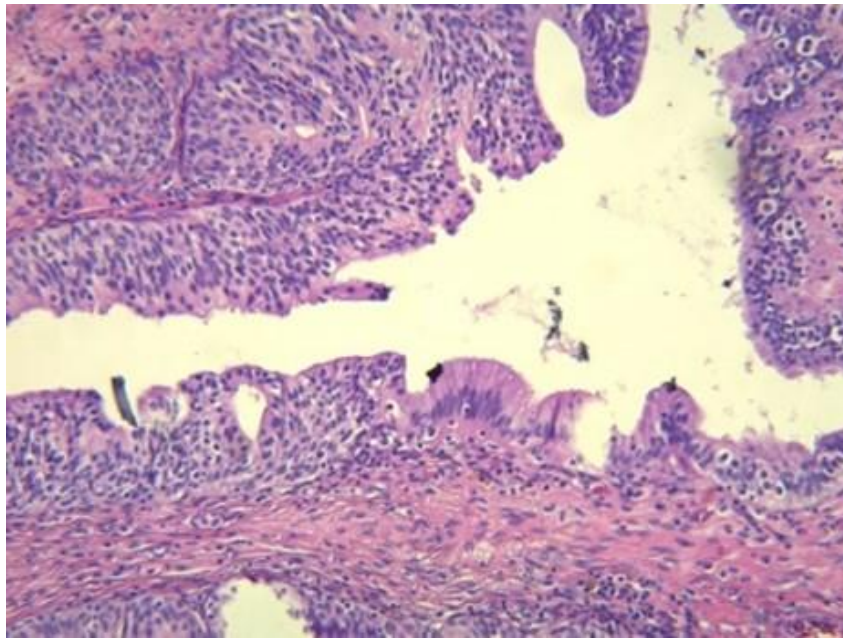


Fig 4: Estructura glandular quística que exhibe epitelio de tipo tubario en continuidad con urotelio, en un contexto de cistitis glandularis (H&E x 100)

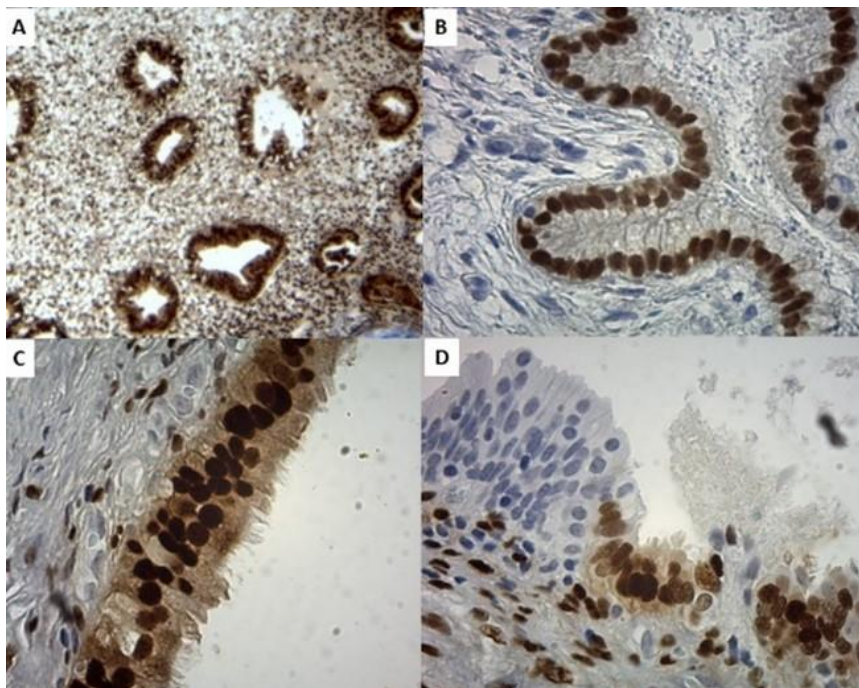


Fig 5: Inmunomarcación mostrando receptores de estrógeno y progesterona fuertemente positivos en epitelio glandular de tipo mülleriano, endometrial (a), endocervical (b), tubario (c) negativo en urotelio (d)

1. Patóloga de planta de la Cátedra de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR y del Hospital del Centenario, Rosario, Pcia Sta Fé.
2. Presidenta de la Sociedad Argentina de Patología. Ex Profesora titular de la Cátedra de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR y jefa de Servicio de Patología del Hospital del Centenario, Rosario, Santa Fe.

El Ciclo Lunar como desencadenante del parto: mito o realidad

Autores:
Maria Jose Himmes¹

Condensación

Según el mito divulgado se produce un aumento de partos espontáneos durante los periodos de cambios lunares por tanto hemos considerado pertinente investigar esta relación debido a la controversia del tema. Además se estudió su relación con el número de paridad y la relación del cambio lunar con la terminación del trabajo de parto.

Palabras claves: ciclo lunar, partos, luna, moon, delivery

Resumen

Objetivos:

1. Determinar la relación entre los ciclos lunares y el inicio de parto.
2. Determinar la relación del ciclo lunar con la terminación del parto.
3. Determinar la relación del ciclo lunar con paridad.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo.

Resultados

433 partos desde 1/01/2019 hasta 31/12/2021. 324 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. La media de edad materna de 23 años, edad mínima 14 años y 43 años máxima. Se observó 28.16 % partos en luna Nueva sin ofrecer diferencias significativas. El 36.08 % correspondían a primíparas. Predominio de partos en multíparas en Luna Nueva (71%). Predominio del periodo expulsivo en fases lunares 74.37%. Terminación del parto por vía vaginal (75%) en Luna Nueva.

Conclusiones

No se objetivo relación del inicio de partos con los cambios lunares. Mayor nacimiento en multíparas en Luna Nueva. Predominio de terminación del parto en forma vaginal en Luna Nueva.

Abstract

Objectives

- Determine the relationship between the lunar phases and labour onset.
- Define the relationship between the lunar phase and labour end.
- Establish the relationship between lunar phases and birthings.

Methods

Descriptive, observational and retrospective analysis

Results

433 deliveries since 1/01/2019 until 31/12/2021. 324 patients obeyed the inclusion criteria. The average mother age is 23 years old, being 14 the youngest and 43 the eldest. 28,16 % of birthings took place during New Moon with no significant differences. 36,08 were first-time mothers. Most deliveries with multiparous mothers took place in New Moon (71%). Most labours in lunar phases. Labour is divided into the day in which moon phase changes and the moon phase itself (74,37%). Birth finishing through vagina (75%) in New Moon.

Conclusions

No statistically-significant relationship was observed between labour and moon cycles. More birthings in multiparous mothers in New Moon. More vaginal deliveries in New Moon.

Introducción

En muchas sociedades alrededor del mundo existe una creencia popular que relaciona el ciclo lunar con la frecuencia de nacimientos.(1) (2) (3) (4) (5). La literatura presenta diferentes postulados para explicar dicha relación, entre la fase lunar el comportamiento humano y la respuesta fisiológica. La explicación más aceptada se basa en la influencia de la luna en los fluidos en general, entre ellos el líquido amniótico, como consecuencia del efecto gravitacional, produciendo la distensión uterina que desencadenaría el trabajo de parto. (2)(6) (7) (8) (9) (10). La segunda teoría sostiene que los cambios de fases lunares influyen en la presión barométrica de la membrana amniótica pudiendo provocar la ruptura de la misma y ser causal del inicio del trabajo de parto (6)(11) (2) (9) (12) (13) (14); mientras que existe otra teoría que determina la influencia de la luna en el comportamiento humano, los mecanismos biológicos y endocrinológicos de la mujer, por lo tanto, el inicio del trabajo de parto y el nacimiento de los humanos.(1) (8) (15) (16) (17) (18) (19) (20)

En la actualidad se han realizado numerosos estudios que relacionan la influencia de la luna como desencadenante del parto, con resultados contradictorios. Algunos investigadores informaron correlación positiva entre el tiempo de luna llena e inicio del trabajo de parto.

Ghiandoni et al en 1998 observo mayor nacimientos entre el primer y segundo días después de luna llena especialmente en multíparas en Italia (Guillon et al.; Stern et al. 1988; Ghiandoni et al. 1998) (6) (21) (22) Resultados similares se encontraron en relación a la luna llena y los nacimiento (Menaker 1959) (22) y algunos otros autores reportan relacion entre el parto y la luna menguante. (23). Confirmado por estudios mas recientes de Charpentier y Causuer en 2009 usando 25.4 millones de nacimientos en Francia entre 1968 y 2005.(21) (22) (24) (25). Por el contrario, muchos otros investigadores reportan la ausencia de relación entre la fase del ciclo lunar y el parto (p. ej. Waldhoer et al. 2002; Arliss et al 2005; Morton Pradhan et al 2005; Staboulidou et al 2008; Lagana et al 2014; Candel et al 2016; Torres grasel et al 2019; Marco-García 2019 ; Suella Velasquez 2020; Bharati et al 2020).(3) (5) (12) (26) (27) (7) (10) (22) (4)(28) (25)

Según el mito divulgado se produce un aumento de partos espontáneos durante los periodos de cambios lunares y ha sido mantenida a lo largo del tiempo e incluso es una postura defendida por ciertos profesionales de la salud (3) (4) (7) (12) ; por tanto, hemos considerado pertinente investigar esta relación debido a la controversia del tema. El objetivo principal del estudio es evaluar el cambio del ciclo lunar como desencadenante del parto, para desarrollar pautas y prácticas basadas en evidencia científica, con el objetivo de la mejor preparación y calificación de la atención obstétrica.

Objetivo específico

1. Determinar la relación existente entre los ciclos lunares (llena, nueva, menguante, cuarto creciente) y el inicio del trabajo de parto.
2. Determinar la relación del ciclo lunar con la terminación del trabajo de parto (espontaneo/ cesárea)
3. Determinar la relación del ciclo lunar con el inicio de parto en pacientes gestantes nulíparas y multíparas.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. El estudio se realizó mediante la obtención de datos consultados a través de las historias clínicas de las gestantes.

La población de estudio fue constituida por todas las gestantes con partos espontáneos cuyo periodo expulsivo y alumbramiento tuvo lugar en el Hospital Municipal Dr Jose Sauret de la localidad de Morteros, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre del 2021.

Los criterios de inclusión usados en la selección de las gestantes participantes en el estudio fueron: Partos de inicio espontáneos. Los criterios de exclusión fueron: Cesárea electiva, Partos gemelares, Partos inducidos, Partos pre términos, datos incompletos de historia clínica (HC).

Las variables empleadas en el estudio fueron: Edad materna, semana gestacional al momento del inicio del parto, fase del ciclo lunar, número de paridad, género del recién nacido, tipo de terminación del parto (vaginal o cesárea).

Posteriormente, se realizó una búsqueda del calendario lunar del 2019 al 2021 en Hora oficial Argentina (HOA) del Servicio de Hidrografía Naval del Observatorio Naval para poder relacionarlo con las fechas de los partos acontecidos durante estos años.

Los datos de la Historia Clínica se trataron confidencialmente protegiendo la identidad de las gestantes. Se confeccionó una tabla en Microsoft Excel® a través de la información obtenida en las HC. Se creó una base de datos y se clasificaron todas las variables mencionadas para su posterior análisis estadístico mediante el programa InfoStat versión 2020. Para la descripción del análisis estadístico de los resultados se realizó la definición, clasificación y su transformación estadística de las variables. Para el análisis estadístico univariante, se calculó en cuanto a las variables cualitativas la frecuencia absoluta representando los datos obtenidos mediante tablas, diagrama de barras y sectores. Para las variables cuantitativas usamos la media, desviación típica y el intervalo de confianza del 95%. Se empleó para su representación gráfica los diagramas de barras, sectores y tablas. Se adaptaron los métodos estadísticos en función del tipo de variable estudiada y se definió como nivel de significación estadística los valores $p \leq 0,05$

Definición de las variables en estudio

Paridad: Número de partos al ingreso incluido el parto de la gestación actual. Nacidos por cualquier vía, vivo o muerto. No se tiene en cuenta el número de abortos, espontáneos o provocados, previos.

Numero de Paridad 1: Parto Actual

Numero de Paridad 2: Parto Actual + 1 Parto Previo

Numero de Paridad 3: Parto Actual + 2 Parto Previo

Numero de Paridad 4: Parto Actual + 3 Parto Previo

Numero de Paridad 5: Parto Actual + 4 Parto Previo

Numero de Paridad 6: Parto Actual + 5 Parto Previo

Numero de Paridad 7: Parto Actual + 6 Parto Previo

Inicio de partos: forma en la que se inicia el trabajo de parto en el embarazo actual

Espontáneo: cuando las contracciones uterinas son suficientes en frecuencia, intensidad y duración provocando borramiento y dilatación fácilmente demostrables del cuello uterino, resultando en el ingreso hospitalario

Inducido: presenta dinámica uterina provocadas en forma medicamentosa por el personal de salud para iniciar el parto

Cesarea programada: se pauta con la paciente fecha de terminación de la gestación acorde a la edad gestacional.

Numero de fetos: numero de fetos intrauterino al ingreso para el parto actual.

Unico: un solo feto

Multiple: mas de un feto

Edad gestacional: edad fetal basada en la estimacion por FUM o ecografia en la exploracion neonatal

Termino: mayor o igual a 37 semanas

Prematuro: menos de 37 semanas

Presentación: posición fetal intrauterina al momento del inicio del trabajo de parto.

Cefálica: la cabeza fetal es la que se presenta a través del canal de parto.

Podálica: los glúteos fetales se presentan a través del canal de parto.

Periodo en relación al ciclo lunar:

Ventana: periodo comprendido 24 hs antes y 24 hs después del cambio lunar exacto según HOA (2) (25)

Fase: periodo comprendido entre un cambio lunar y el siguiente según HOA.

Resultados

El número total de partos comprendidos entre el periodo desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2021 fue de 433, de los cuales 3 debieron ser descartados por falta de datos en la historia clínica; del total de 430 se excluyeron 86 pacientes por corresponder a cirugías programadas y 13 pacientes por corresponder a partos inducidos; se excluyeron del trabajo 7 pacientes por presentar embarazos pre términos (menos de 37 semanas de gestación); y a su vez se excluyeron pacientes cuyo motivo de internación y posterior terminación del embarazo se debía a complicaciones del embarazo (4 preeclampsia, 2 bradicardia fetal ,1 gastroenteritis aguda materna + bradicardia fetal). Quedando un total de 324 pacientes estudiados que cumplieron con los criterios de inclusión.

433 totales de pacientes
(Partos desde 1/1/2019 hasta 31/12/2021)



Excluidos del trabajo:

3 datos incompletos

86 cesáreas

13 inducciones

8 pre términos

(menos de 37 semana de gestación)

4 preeclampsia

3 bradicardias fetales



Incluidos en el trabajo 316 pacientes

La media de edad materna de 23 años, situándose la edad mínima en 14 años y la máxima en 43 años.

Refiriéndonos a la paridad se observó que un 63.92 % (202) del total de la muestra correspondían a multíparas.

	Nº Paridad	Total Porcentaje
I	114	36,08
II	86	27,22
III	67	21,20
IV	27	8,54
V	11	3,48
VI	7	2,22
VII	4	1,27
Total	316	100

<u>Paridad</u>	<u>Total</u>	<u>Porcentaje</u>
Múltipara	202	63,92
Nulípara	114	36,08
<u>Total</u>	<u>316</u>	<u>100</u>

Tabla I: número de paridad en relación al total de pacientes.

De los 316 partos el 28 % (89 pacientes) ocurrió en Luna Nueva y de ellos el 71 % (63 pacientes) correspondían a múltiparas vs el 29 % (26 pacientes) nulíparas, mostrando una relación estadística significativa (0.0001) en Luna Nueva pero sin encontrar relación significativa en el resto de los ciclos lunares. Ver tabla II y Gráficos 1, 2, 3,4 y 5

<u>N ° de Parto</u>	<u>Creciente</u>	<u>Llena</u>	<u>Menguante</u>	<u>Nueva</u>
<u>Nulíparas</u>	28 (35%)	31 (43.66%)	29 (38.18%)	26 (29.21%)
<u>Múltiparas</u>	52 (65%)	40 (56.34%)	47 (61.84%)	63 (70.79%)
<u>Total</u>	<u>80</u>	<u>71</u>	<u>76</u>	<u>89</u>

Tabla II: Relación entre ciclo lunar y paridad

Gráficos 1,2,3,4: Relación entre ciclo Lunar y Paridad

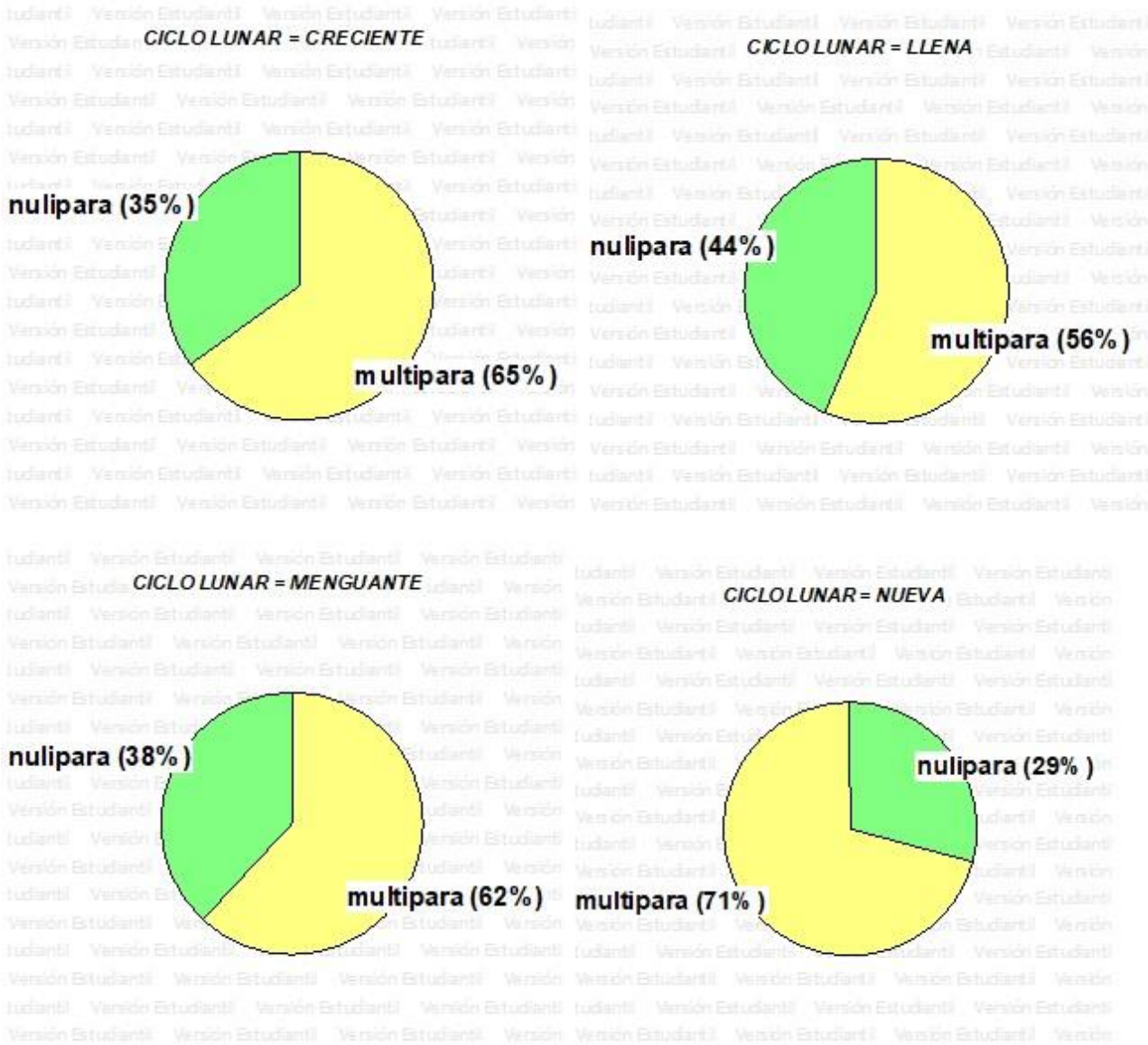


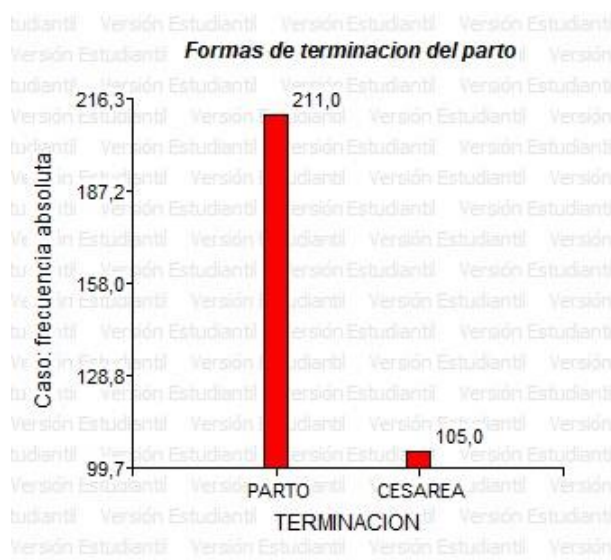
Gráfico 5: relación entre el Ciclo lunar y Número total de partos



En relación al parto y el periodo ventana (24 hs antes y 24 hs después del ciclo lunar exacto) se observó que solo un 25.63 % (81) de los partos ocurrían en el momento del cambio lunar; comparados con el 74.37% (235) de los partos que se producen dentro de las fases lunares, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) Ver gráfico 6.



Con respecto a la terminación del parto se produjo parto vaginal en el 66.77 % (211 pacientes) vs cesárea en un 33.23 % (105 pacientes) .Ver gráfico 7.



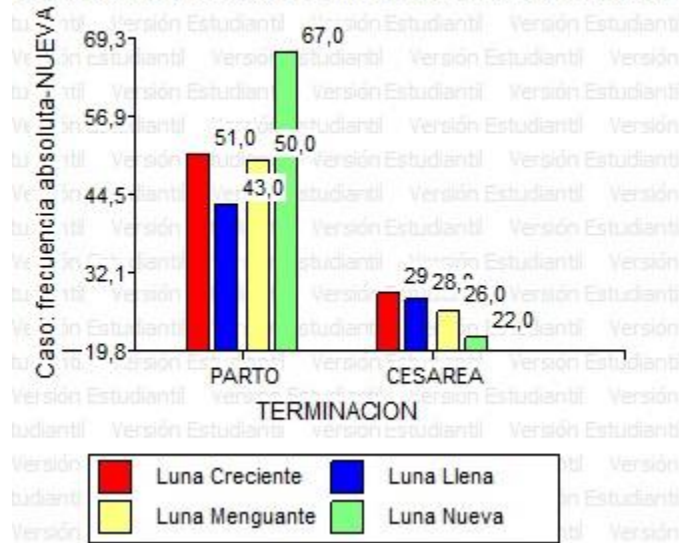
De los 211 partos vaginales 67 (31.75 %) ocurrió en Luna Nueva, 50 (23.69%) Luna Menguante, 43 (20.37%) Luna Llena y el 51 (24.17%) Luna Creciente.

En su relación con el ciclo lunar se observó un 75 % terminación del parto en forma vaginal en Luna Nueva, con relación estadística significativa ($p < 0,0001$) en relación al mismo ciclo; mientras que el 36 % de las cesáreas se produjeron en luna Creciente. Ver tabla V gráfico 8.

	<u>Creciente</u>	<u>Llena</u>	<u>Menguante</u>	<u>Nueva</u>
<u>Cesárea</u>	29 (36,25%)	28 (39.44%)	26 (34.21%)	22 (24.72%)
<u>Vaginal</u>	51 (63.75%)	43 (60.56%)	50 (65.79%)	67 (75.28%)
<u>Total</u>	<u>80</u>	<u>71</u>	<u>76</u>	<u>89</u>

Tabla V: relación de los ciclos lunares según terminación de la gestación.

Grafico 8: relacion entre terminacion de Parto y ciclo lunar



En relación al ciclo lunar y el sexo del recién nacido no se objetivo relación significativa. Ver Tabla VI

	<u>Creciente</u>	<u>Llena</u>	<u>Menguante</u>	<u>Nueva</u>
<u>Femenino</u>	48 (60%)	33 (47.14%)	38 (50%)	50 (56.82%)
<u>Masculino</u>	32 (40%)	38 (53.52%)	38 (50%)	38 (43.18%)
<u>Total</u>	<u>80</u>	<u>71</u>	<u>76</u>	<u>89</u>

Tabla VI: relación de los ciclos lunares y sexo de recién nacidos

Discusión

En el análisis realizado en el presente estudio se observa una correlación significativa en la frecuencia de partos por vía vaginal en multiparas en luna Nueva.

En nuestro trabajo los partos se distribuyen al azar a lo largo del mes lunar observado un pequeño aumento de trabajo de parto espontaneo en el periodo de luna llena del 28 %, sin cambios estadísticamente significativos con respecto a los otros ciclos lunares. Resultados similares se observaron en el resto de estudios revisados en la bibliografía donde no encuentran ninguna relación significativa entre aumento de partos y fases lunares, aunque en muchos casos se observan pequeñas diferencias porcentuales entre fases, por ej Romero et al observaron un porcentaje de partos aumentados en cuarto creciente al igual que Jara, ambos en hospitales Sevillanos mientras que García et al describe una ligera acumulación de partos en luna nueva en el Hospital General de Albacete.(1)

Con respecto a la asociación entre el número de ingresos hospitalarios y el cambio en las fases de la Luna, solo el 25.81 % (n =81) de las mujeres ingresaron durante los días de transición lunar, lo que demuestra que este factor no fue determinante para el aumento de los

ingresos hospitalarios. Este resultado desmitifica, por lo tanto, la creencia de que los días de cambio de fase Lunar resultan en una mayor demanda de atención obstétrica.

En relación al ciclo lunar y la terminación en forma vaginal se muestra un predominio en Luna Nueva (75%), no pudiendo comprobarse en el resto de los ciclos lunares. Resultados similares se objetivaron en un estudio realizado en Francia con 5.927.978 nacimiento entre 1968 y 1974 donde se mostró que tuvieron más nacimientos en luna nueva.(20) La terminación de los partos por cesárea demostró una tasa de 33.23 % (105 pacientes) , muy por encima del 10-15 % recomendado por la Organización mundial de la Salud para todas las regiones del mundo (10) sin embargo los índices de cesáreas se han incrementado en muchos países aproximándose a valores de 30 % en US, Alemania o Austria e incluso llegando a valores más alto en Sur América llegando a más de 50 % en Brasil. (29)

Refiriéndonos a la paridad se observó un 66.77% (211) corresponden a multíparas, presentando una relación estadística significativa ($p < 0,0001$) en Luna Nueva. Resultados similares presento Ghiandoni en su análisis el cual incluso 1248 partos espontáneos durante un periodo de 3 años mostrando una conexión entre la distribución de nacimientos espontáneos y el ciclo lunar especialmente en mujeres multíparas. (21)

En el resto de los estudios revisados en la bibliografía no se encuentra relación entre los ciclos lunares y el trabajo de parto. Un estudio realizado por Marco Garcia y col. En España con 23.689 partos en zonas rurales entre 1810 y 1920, todos ellos vaginales y sin ningún tipo de intervención médica no encontró relación con las fases lunares.(4) Un estudio similar se realizó en Zambia entre 2010 y 2015 con 10127 pacientes, en 42 zonas rurales diferentes sin encontrar influencias de la luna en el parto. (16) . De similares características se realizó un estudio en Mozambique en 1991 que concluyo que no aumentaba los partos en ninguna fase. (1) En India, un estudio retrospectivo realizado entre 2008 y 2009 con 9890 pacientes en zona rural donde no se objetivo influencia de la luna como desencadenante del parto.(3) Asimismo, los estudios realizados en Brasil, Perú y España observaron 1122,1836 y 5421 nacimientos respectivamente y concluyeron que no hay pruebas suficientes para afirmar la relación entre la fase lunar y el comienzo de parto. (10)(17). Arlis y col evaluaron el efecto del ciclo lunar según la frecuencia de los partos con 564039 en 62 ciclos lunares durante los periodos de 1997 y 2001 no encontrando diferencias significativas de nacimientos según los ciclos lunares.(5) Estos hallazgos particulares son similares al de varios informes publicados por diferentes autores (Write 1983; Strolengo et al 1991; Peritti y Biangiotti 1994; Waldhoer et al 2002; Morthon Pradhan et al 2005; Staboulidou et al 2008 ; Weaver 2010; Ochiai y col 2012 ; Marco Garcia 2019)(4) (11)(12)(15) (22) (27)

Durante la revisión bibliográfica hemos encontrado grandes diferencias en los criterios de inclusión y exclusión. Entre las principales, figuran las referentes a la edad gestacional analizada; por ejemplo Morton-Pradhan y col. no incluyen más allá de las 40 semanas de gestación, a pesar de ser partos a término(12) . Waldhoer y col. incluyen los partos entre las semanas 38 y 42, excluyendo la semana 37, al igual que Ghiandoni y col .(27)(21) Varios análisis excluyen los partos de inicio espontáneo que acabaron siendo instrumentales o mediante cesáreas.(1). Otro dato encontrado entre diferentes trabajos es su focalización en mujeres gestantes provenientes de grandes ciudades vs zonas rurales donde existe limitaciones en el acceso a la electricidad y están más expuestas a la luz nocturna.(16) Entre otras diferencias encontradas es la fecha y la hora que se relaciona con el ciclo lunar. En algunos trabajos se tiene en cuenta la fecha y hora de inicio de la fase activa del parto , en otras publicaciones toman el periodo expulsivo para relacionarlo con el ciclo lunar , pudiendo tener diferencias en un día con respecto al inicio del trabajo de parto y por lo tanto diferencias

en la fase lunar (9) mientras que algunos autores como Strolengo consideran 2 días antes y 2 días después del cambio de fase lunar como referencia.(19) Respecto a la hora de inicio de parto un estudio realizado por Saiz Puente en 2007 donde analiza 2137 parto la hora de inicio del parto se consideró la del ingreso hospitalario.(1) Por otro lado la mayoría de los trabajos se centran en las fases lunares clásicas (creciente, nueva, menguante y llena) y no en 8 fases lunares (nueva, creciente, cuarto creciente, luna creciente, llena, llena menguante, cuarto menguante y menguante).(5)(19) El apogeo y perigeo lunar solo se encontró en un artículo no médico. (2)

Como limitante del estudio encontramos que la intervención del obstetra puede influir en el momento del parto incluso sin ser inducido, ya que la dinámica uterina se puede estimular con oxitocina, como así también la ruptura artificial de las membranas ovulares puede influir en la dinámica uterina o el parto se acelera si las condiciones de los registros cardiotocograficos así lo aconsejan; serie de factores que pueden influenciar en los resultados encontrados. Se considera que este trabajo no es concluyente y se deben seguir investigando

Conclusión

No se objetivaron cambios significativos de inicio de partos en relación a los cambios lunares. Refiriéndonos a la paridad y el ciclo lunar se observan mayor nacimiento en Luna Nueva principalmente en multíparas. La terminación del parto en forma vaginal es más frecuente en Luna Nueva.

Agradecimientos:

Por la colaboración durante la transcripción de los datos a la base de datos de excel a la Dra Daniela Gaido, Dra Virginia Arreguez, Dra Agustina Sanchez Dalbies.

Por la información relacionada a las fechas y hora de las fases lunares al Lic en Astronomía Alejandro Cifuentes.

Bibliografía

1. Saiz Puente M. Influencia de las fases lunares en el inicio de los partos espontáneos. *Matronas prof.* 2009;10(2):20–4.
2. Morales-Luengo F, Salamanca-Zarzuela B, Marín Urueña S, Escribano García C, Caserío Carbonero S. External influences on birth deliveries: Lunar gravitational and meteorological effects. *An Pediatr.* 2020;(xx).
3. Bharati S, Sarkar M, Haldar PS, Jana S, Mandal S. The effect of the lunar cycle on frequency of births: a retrospective observational study in Indian population. *Indian J Public Health.* 2012;56(2):152–4.
4. Marco-Gracia FJ. The influence of the lunar cycle on spontaneous deliveries in historical rural environments. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet].* 2019;236:22–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.02.020>

5. Arliss JM, Kaplan EN, Galvin SL. The effect of the lunar cycle on frequency of births and birth complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5 SPEC. ISS.):1462–4.
6. Stern EW, Glazer GL, Sanduleak N. Influence of the full and new moon on onset of labor and spontaneous rupture of membranes. *J Nurse Midwifery.* 1988;33(2):57–61.
7. Vila-Candel, Rafael L U-C. El ciclo lunar y su relación con el parto espontáneo. *Enfermería Integr.* 2016;113(September):43–7.
8. Mamani Ortiz Y, Caero Suarez RI, Rojas Salazar EG, Choque Ontiveros M del C. Influencia barométrica lunar en la ruptura prematura de membranas en parturientas del Hospital Materno-Infantil Germán Urquidí. *Gac Médica Boliv.* 2013;36(1):31–4.
9. Paz E, Vallina A, Holgado A, Lazuén B. La influencia de las fases lunares en el inicio de parto espontáneo. *Nuberos Científica [Internet].* 2014;2(13):58–62. Available from: /citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1%26scioq%3Dpartos%2Bluna%2Bllena&citilm=1&citation_for_view=4aNNJaQAAAAJ:u5HHmVD_uO8C&hl=es&oi=p
10. Grasel JT, dos Reis TL da R, Quadros JS de. Influence of the lunar cycle on the frequency of maternity hospital admissions: A retrospective study. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:1–8.
11. Ochiai AM, Gonçalves FLT, Ambrizzi T, Florentino LC, Wei CY, Soares AVN, et al. Atmospheric conditions, lunar phases, and childbirth: A multivariate analysis. *Int J Biometeorol.* 2012;56(4):661–7.
12. Morton-Pradhan S, Bay RC, Coonrod D V. birth rate and its correlation with the lunar cycle and specific atmospheric conditions. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(6):1970–3.
13. Aragon IM. Revisión sistemática entre la relación del parto y la fase lunar Martínez Aragon 2018. *Revista digital del Excmo Colegio de Enfermería de Cádiz [Internet].* 2018 Mar; Available from: <https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/revision-sistemica-entre-la-relacion-del-parto-y-la-fase-lunar/>
14. Labor P, Carvalho HM De, Kretzer M, Traebert J, Nunes RD. ARTIGO ORIGINAL EVALUATE THE INFLUENCE OF THE LUNAR CYCLE AND SEASONALITY ON. *Arq catarinenses Med.* 2019;48(1):118–30.
15. Matsumoto S ichiro, Shirahashi K. Novel perspectives on the influence of the lunar cycle on the timing of full-term human births. *Chronobiol Int [Internet].* 2020;37(7):1082–9. Available from: <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1785485>
16. Stringer JM, Sindano N, Vwalika B. The Lunar Effect on Delivery and Other Birth Outcomes in Rural Zambia. 2017;44(4):233–7.
17. Torres AP, Souto AS. Artigos originais INFLUÊNCIA DAS FASES DA LUA SOBRE OS NASCIMENTOS. MITO OU VERDADE? *Bol Curso Med UFSC.* 2018;1(4):5.
18. Helfrich-Förster C, Monecke S, Spiouzas I, Hovestadt T, Mitesser O, Wehr TA. Women temporarily synchronize their menstrual cycles with the luminance and gravimetric cycles of the Moon. *Sci Adv.* 2021;7(5):1–14.
19. Bueno A, Lessi IL, Damasceno DC. Influência do ciclo lunar no parto: mito ou constatação científica? *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):477–9.

20. Zimecki M. The lunar cycle : effects on human and animal behavior and physiology Cykl księżycowy : wpływ na zachowanie ludzi i zwierząt i ich fizjologię. 2006;1–7.
21. Ghiandoni G, Secli R, Rocchi MBL, Gilberto Ugolini. Does lunar position influence the time of delivery? A statistical analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;77(1):47–50.
22. Staboulidou I, Soergel P, Vaske B, Hillemanns P. The influence of lunar cycle on frequency of birth, birth complications, neonatal outcome and the gender: A retrospective analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(8):875–9.
23. Mohsin TS. The Effect of Lunar Cycle on the Frequency of Birth in Al-Elwiya Maternity Hospital , Baghdad , 2017. 2018;(August):78–82.
24. Onken D, Marty E, Palomares R, Xie R, Zhang L, Arnold J, et al. The lunar cycle's influence on sex determination at conception in humans. 2017; Available from: <http://arxiv.org/abs/1706.08151>
25. Laganà AS, Burgio MA, Retto G, Pizzo A, Sturlese E, Granese R, et al. Analysis of the influence of lunar cycle on the frequency of spontaneous deliveries: A single-centre retrospective study. *Kathmandu Univ Med J.* 2014;12(48):233–7.
26. Gudziunaite S, Moshammer H. Temporal patterns of weekly births and conceptions predicted by meteorology, seasonal variation, and lunar phases. *Wien Klin Wochenschr.* 2022;538–45.
27. Waldhoer T, Haidinger G, Vutuc C. The lunar cycle and the number of deliveries in Austria between 1970 and 1999. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;53(2):88–9.
28. Suclla Velásquez JA, Vásquez DR, Pérez CS, Vega LA. The effect of the lunar cycle on frequency of births: our experience in Peru. *Indian J Public Health.* 2013;57(3):181–2.
29. Raible F, Takekata H, Tessmar-Raible K. An overview of monthly rhythms and clocks. *Front Neurol.* 2017;8(MAY):1–14.

1. Médico cirujano. Especialista en cirugía general. Residente de medicina general y familiar del plan cordobés de radicación de médicos en el interior del ministerio de salud de la pcia de Córdoba.

Hospital Dr Jose Sauret. Morteros. Córdoba. Argentina.

La Influencia de las Fases Lunares sobre el desenlace del Trabajo de Parto en la Clínica Universitaria Reina Fabiola

Autores:

Caro Ferreyra Waldo German¹, Garimanno Bongiorno Bianca², Burga Sofia Gaia³, Gioino Sofia⁴, Medina Agustina⁵, Molina Guadalupe⁶, Roggero Mariana Asunta⁷, Airaldo Alejandrina⁸

Condensación: demostrar la variación de nacimientos por partos espontáneos durante la luna llena comparado con las otras fases.

Palabras Claves: trabajo de parto, parto vaginal, cesárea, fases lunares, luna llena.

Resumen

Introducción: En muchas sociedades alrededor del mundo existe una creencia que relaciona el ciclo lunar con la frecuencia de nacimientos, especialmente debido a la influencia de la luna llena. Aunque la mayoría de los estudios no encuentran relación

entre las diferentes fases lunares y la frecuencia de partos espontáneos, sigue existiendo esta creencia incluso entre profesionales de la salud.

Objetivo: evaluar si existe un aumento de nacimientos por partos espontáneos durante la luna llena comparado con las otras fases, describir el porcentaje de nacimientos en cada fase lunar, mencionar la distribución de nacimientos según sexo, mostrar la distribución de nacimientos según edad gestacional, conocer frecuencia de trabajos de parto terminados en cesárea o en parto vaginal y registrar complicaciones en cada fase lunar.

Materiales y métodos

Estudio de cohorte, retrospectivo, observacional y analítico. La población está constituida por embarazadas que ingresen a nuestra Institución en trabajo de parto espontáneo. El tiempo comprendido es entre el 01/01/2021 hasta el 31/01/2022. Los datos se obtienen del Libro de parto del Servicio de Tocoginecología de la Clínica. Se compararon las siguientes poblaciones: nacimientos ocurridos en Luna Llena, Luna Nueva, Cuarto Creciente y Cuarto Menguante, por sexo, edad gestacional, vías de finalización y complicaciones. El análisis de datos se realiza mediante el cálculo de la media, mediana y cuartiles para las variables categóricas, utilizando el software R, versión x644.1.1 y el Test de Chi².

Resultados

Entre enero del año 2021 a 2022, hay anotados un total 1003 nacimientos de partos desencadenados en forma espontánea, incluyendo aquellos tanto a término como pretérmino. No se demostró una diferencia estadística en la distribución de nacimientos por sexos entre las diferentes fases lunares ($P < 0,05$). Teniendo en cuenta las edades gestacionales, la

mediana es de 39 semanas, la media de 38,5 semanas, rango mínimo de 22 semanas y la máxima 41,4 semanas. Con respecto a la distribución de la cantidad de nacimientos con las diferentes fases lunares, obtuvimos que durante la fase de Luna Nueva el total es de 275 (27,4%), en la fase Cuarto Creciente de 212 (21,1%), en Luna Llena de 264 (26,3%) y en Cuarto Menguante de 252 (25,1%) ($P < 0,3$), no encontrándose diferencias estadísticas significativas entre las variables. No se encontró una relación estadística significativa entre las variables de cantidad de nacimientos y las distintas fases lunares. Cuando analizamos las complicaciones y observaciones del trabajo de parto presentadas, se obtuvo que la cantidad de las mismas fueron 176. Siendo la más frecuente la rotura prematura de membranas, con un total de 162 casos (92%), aunque no se objetiva una diferencia significativa entre la incidencia de las complicaciones en las diferentes fases lunares ($P < 0,5$).

Conclusiones

A pesar de las numerosas investigaciones llevadas a cabo, el mito de las fases lunares aún se encuentra extendido geográficamente, y continúa transmitiéndose a lo largo de las generaciones, formando parte del folclore de nuestra comunidad. En escasos trabajos de investigación en donde se estableció un aumento de la incidencia de nacimientos, no hubo consenso de que fase lunar es la más influyente. Nuestros resultados no mostraron diferencias significativas con respecto a los nacimientos en las distintas fases lunares. Dentro de las limitaciones de este estudio, se incluyen los sesgos de selección y de información, ya que se trata de un estudio de tipo observacional. Por otro lado, no se analizaron resultados como abortos espontáneos y evacuaciones del segundo trimestre dentro de las complicaciones.

Abstract

Introduction

In many societies around the world there is a belief that relates the lunar cycle to the frequency of births, especially due to the influence of the full moon. Although most studies find no relationship between the different lunar phases and the frequency of spontaneous births, this belief still exists even among health professionals.

Objective

To demonstrate the increase in the percentage of births due to spontaneous births during the full moon compared to the other phases.

Materials and methods

Cohort, retrospective, observational and analytical study. The population will be made up of pregnant women who enter our Institution in spontaneous labor. The time will be between 01/01/2021 and 01/31/2022. The data was obtained from the Delivery Book of the Clinics Obstetrics and Gynecology Service. Data analysis was performed by calculating the mean, median, and quartiles for the categorical variables, using the R software, version x644.1.1, and the Chi2 Test.

Results

Between January 2021 and 2022, there were a total of 1,003 spontaneously triggered births, including both term and preterm births. No statistical difference could be demonstrated in the distribution of births by sex between the different lunar phases ($P < 0.8$). Considering the gestational ages, the median was 39 weeks, the mean 38.5 weeks, the minimum 22 weeks, and the maximum 41.4 weeks. Regarding the distribution of the number of births with the different lunar phases, we obtained that during the New Moon phase the total was 275 (27.4%), in the First Quarter phase it was 212 (21.1%), in Full Moon of 264 (26.3%) and in Last Quarter of 252 (25.1%). No significant statistical relationship was found between the variables of number of births and the different lunar phases. When we analyzed the complications and observations of labor presented, it was found that their number was 176. The most frequent was premature rupture of the membranes, with a total of 162 cases (92%).

Conclusions

The main focus of this study is to analyze the influence of the different lunar phases, which are four, including new moon, crescent moon, full moon, last quarter, which last approximately 7.4 days each with a total duration of 29.6 days. Each lunation, these form a total of approximately 12 lunations per year with the increase in spontaneous labor in our environment, Reina Fabiola University Clinic, not including those induced labors or scheduled cesarean sections. The statistical interpretation that we obtained establishes that the variables are independent of each other and are not associated, that is, no significant differences were found between the number of births and the different lunar phases, small variations are seen with respect to the different lunations that vary from month by month without maintaining a constant difference between each lunar phase. Our results did not show significant differences with respect to births in the different lunar phases. The limitations of this study include selection and information biases, since it is an observational study. On the other hand, outcomes such as miscarriages and second-trimester evacuations were not analyzed within complications.

Introducción

La creencia de que el ciclo lunar ejerce influencia sobre las personas y su comportamiento, así como sobre la naturaleza en general, existe desde la antigüedad. Esta atracción ancestral se ha visto también reflejada en la hipotética influencia de la Luna en nuestra vida cotidiana. La tradición popular sostiene que la fase lunar se relaciona con la frecuencia de nacimientos, especialmente debido a la influencia de la luna llena.¹⁻¹¹

Continuamente se proponen explicaciones para esta creencia, la explicación más popular se centra en la influencia de la luna sobre los fluidos corporales y las hormonas. Varios estudios en mamíferos han demostrado la existencia de algunas de estas relaciones. Por ejemplo, un estudio en ratas ha demostrado que los niveles de oxitocina aumentan durante las fases más cercanas a la luna llena. Los niveles de melatonina también pueden cambiar con las fases lunares y pueden afectar los partos. Los niveles de melatonina se reducen en el momento de la luna llena debido a la mayor presencia de luz. Durante el embarazo los niveles de melatonina aumentan y se reducen drásticamente en el momento del parto. Por lo tanto, una reducción en los niveles de melatonina durante los días más cercanos a la luna llena podría

estar relacionada con la disminución de los mismos en el momento del parto, enviando señales al cuerpo que podrían influir y posiblemente desencadenar un parto inminente.^{III}

La investigación realizada hasta el momento presenta resultados equívocos sobre si existe alguna relación entre las fases lunares y la frecuencia de los nacimientos. Algunos no encuentran relación entre las diferentes fases lunares y la frecuencia de partos espontáneos ^{IV-VI} mientras que hay otros que afirman que esta relación es válida.^{VII-VIII}

Es a partir de lo antes mencionado, que con este estudio pretendemos analizar la relación que pueda existir entre la influencia lunar y el inicio del trabajo de parto en pacientes embarazadas a término y post-termino de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, en Córdoba capital, Argentina durante el año 2021.

Hipótesis

Existe un aumento de la tasa de nacimientos por partos espontáneos durante la luna llena.

Objetivos

Objetivo principal

Demostrar el aumento de porcentaje de nacimientos por partos espontáneos durante la luna llena comparado con las otras fases.

Objetivo secundario

Describir el porcentaje de nacimientos en cada fase lunar.

Mencionar la distribución de nacimientos según sexo.

Mostrar la distribución de nacimientos según edad gestacional.

Conocer cantidad de trabajos de parto terminados en cesárea o en parto vaginal

Registrar las complicaciones en cada fase lunar

Pacientes y Métodos

Diseño: estudio de cohorte, retrospectivo, observacional y analítico.

Población: La población está constituida por embarazadas que ingresen a nuestra Institución en trabajo de parto espontáneo. El tiempo comprendido será entre el 01/01/2021 hasta el 31/01/2022.

Para llevar a cabo dicho estudio, se revisó el libro de partos del Servicio de Tocoginecología, con los datos de las pacientes que ingresan a la institución en trabajo de parto de evolución espontánea, que cumplen y se corresponden con los criterios de inclusión que se detallaran a continuación. Los datos se registraron en tablas de Excel.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con embarazos simples o múltiples que se presenten en nuestra Institución con diagnóstico de trabajo de parto espontáneo.
- Embarazo desde la semana 22 hasta la 41.6.

Criterios de Exclusión:

- Inducción del trabajo de parto.
- Cesáreas programadas





Las fases lunares se producen por la interacción entre los movimientos del sol, la luna y la tierra. En un año la luna realiza trece recorridos en torno a la tierra, es decir trece lunaciones. Cada lunación tiene una duración de 28 días aproximadamente.

Los datos lunares (fases y fechas) se obtuvieron del Servicio de Hidrografía Naval de Argentina (SHN) para la ciudad de Córdoba Capital. (Cuadro 1 y 2).

Cuadro 1: Fases de la Luna. Hora oficial de Argentina. Año 2021

NUEVA  d h:m	CRECIENTE  d h:m	LLENA  d h:m	MENGUANTE  d h:m
Ene. 02 15:33	Ene. 09 15:11	Ene. 17 20:48	Ene. 25 10:40

Cuadro 2: Fases de la Luna. Hora oficial de Argentina. Año 2022

NUEVA  d h:m	CRECIENTE  d h:m	LLENA  d h:m	MENGUANTE  d h:m
			Ene. 06 06:37
Ene. 13 02:00	Ene. 20 18:02	Ene. 28 16:16	Feb. 04 14:37
Feb. 11 16:06	Feb. 19 15:47	Feb. 27 05:17	Mar. 05 22:30
Mar. 13 07:21	Mar. 21 11:40	Mar. 28 15:48	Abr. 04 07:02
Abr. 11 23:31	Abr. 20 04:00	Abr. 27 00:31	May. 03 16:50
May. 11 16:00	May. 19 16:13	May. 26 08:14	Jun. 02 04:24
Jun. 10 07:53	Jun. 18 00:54	Jun. 24 15:40	Jul. 01 18:11
Jul. 09 22:17	Jul. 17 07:11	Jul. 23 23:37	Jul. 31 10:16
Ago. 08 10:50	Ago. 15 12:20	Ago. 22 09:02	Ago. 30 04:13
Sep. 06 21:52	Sep. 13 17:39	Sep. 20 20:55	Sep. 28 22:57
Oct. 06 08:05	Oct. 13 00:25	Oct. 20 11:57	Oct. 28 17:05
Nov. 04 18:15	Nov. 11 09:46	Nov. 19 05:57	Nov. 27 09:28
Dic. 04 04:43	Dic. 10 22:35	Dic. 19 01:35	Dic. 26 23:24

Se obtuvo la información de la base de datos del libro de partos del Servicio de Tocoginecología de la Clínica Universitaria Reina Fabiola comprendidos entre los días 01/01/2021 al 31/01/2022 inclusive.

Se garantizará la confidencialidad respecto de la identidad de los pacientes y sus datos filiatorios los cuáles serán registrados de manera codificada. Se respetará la Declaración de Helsinki (2008), la ley de confidencialidad de los datos personales (Ley 25.326), la ley de registro y fiscalización de las investigaciones en salud (Ley 9.496 de la Provincia de Córdoba) y la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Investigación en Salud de la ANMAT.

Variables a Registrar

Numéricas

1. Semanas de gestación.

Catóricas

2. Fases lunares (Luna llena, luna nueva, cuarto creciente o menguante)
3. Sexo: categoría binaria. (masculino, femenino)
4. Vía de finalización: nominales. (parto, cesárea)
5. Complicaciones en el durante el trabajo de parto: nominales. (genitorragia, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, prociencia)

Cronograma de Actividades:

1. Tiempo de Revisión bibliográfica
2. Elaboración de protocolo
3. Recolección de datos
4. Procesamiento de datos
5. Análisis de resultados
6. Informe final
7. Divulgación de resultados

Análisis Estadístico:

El análisis de datos se realiza mediante el cálculo de la media, mediana y cuartiles para las variables categorías, se calculó frecuencias (proporción, tasas) utilizando el software R, versión x644.1.1 y el Test de Chi².

En el caso de la variable "Edad gestacional", al ser una variable numérica, se la convirtió en una variable dicotómica, es decir categoría, para un segundo análisis que divide en "pretérmino" y de "término". Donde se consideraron embarazos pretérmino aquellos que iniciaron su trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación y embarazos a término desde las 37 semanas incluida, hasta las 41.6 semanas de gestación.

Resultados

Entre enero del año 2021 a 2022, en la Institución de estudio hay en total 1003 nacimientos de partos desencadenados en forma espontánea, incluyendo aquellos tanto a término como pretérmino.

Del total, podemos distinguir que 495 fueron recién nacidos de sexo femenino, y 508 masculinos. (Tabla 1)

No se pudo demostrar una diferencia estadística en la distribución de nacimientos por sexos entre las diferentes fases lunares ($P < 0,8$). Los datos son analizados utilizando el Test de Chi Cuadrado. (Tabla 2)

Teniendo en cuenta las edades gestacionales, la mediana es de 39 semanas, la media de 38,5 semanas, mínima, 22 semanas y la máxima, 41,4 semanas. (Tabla 3)

Se observa una diferencia estadística ($P < 0,5$) con respecto a la edad gestacional en la cual se desencadena el trabajo de parto espontáneo, siendo bajo el número total y porcentaje de partos pretérminos en comparación con embarazos a término. (Tabla 4)

Con respecto a la distribución de la cantidad de nacimientos con las diferentes fases lunares durante la fase de Luna Nueva el total es de 275 (27,4%), en la fase Cuarto Creciente de 212 (21,1%), en Luna Llena de 264 (26,3%) y en Cuarto Menguante de 252 (25,1%). (Tabla 5)

No se encuentra una relación estadística significativa entre las variables de cantidad de nacimientos y las distintas fases lunares.

Con respecto a la forma de finalización de los embarazos, obtuvimos que en la fase de Luna Nueva, del total (275 nacimientos), 172 fueron partos vaginales y 103 cesáreas; en la fase de Cuarto Creciente, del total de 212 nacimientos, 143 fueron partos vaginales y 69 cesáreas; en Luna Llena, el total 264, 181 partos vaginales y 83 cesáreas, y por último, en la fase Cuarto Menguante, el total fue 252, de los cuales 173 fueron partos vaginales y 79 cesáreas.

Pudimos observar, que dentro de los partos que se desencadenaron en forma espontánea, hubo una mayor incidencia de partos vaginales.

Dichos datos se resumen en la Tabla 6

Cuando se analiza las complicaciones y observaciones del trabajo de parto presentadas, se obtuvo que la cantidad de las mismas fueron 176 (sobre el total de nacimiento, que recordemos que es 1003 nacimientos) sin variación entre las fases lunares.

La más frecuente es la rotura prematura de membranas, con un total de 162 casos (92%). Los resultados se resumen en la tabla 7.

Analizamos a continuación la incidencia de las complicaciones en las diferentes fases lunares. Destacamos que en todas las fases lunares, lo más frecuente es la rotura espontánea prematura de membranas, no objetivando una diferencia significativa entre la incidencia de la misma en las diferentes fases lunares.

Discusión

Como se exhibe en la literatura, en nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el inicio del trabajo de parto espontáneo y la Luna Llena. De hecho nuestros resultados no evidencian ningún patrón consistente en la distribución de los nacimientos con respecto a las fases lunares.

Además de las lunaciones, en numerosos trabajos se contemplaban otros parámetros potencialmente relacionados con el inicio del trabajo de parto como la temperatura, la presión atmosférica, la fuerza gravitacional, la distancia Tierra-Luna, etc.

Si bien mediante el presente trabajo pudimos desmitificar la tradición de una mayor afluencia de partos durante la Luna llena, incentivamos a realizar nuevas investigaciones incluyendo estas variables.

Conclusiones

A pesar de las numerosas investigaciones llevadas a cabo, el mito de las fases lunares aún se encuentra extendido geográficamente, y continúa transmitiéndose a lo largo de las generaciones, formando parte del folclore de nuestra comunidad.

En escasos trabajos de investigación en donde se estableció un aumento de la prevalencia de nacimientos, no hubo consenso de que fase lunar es la más influyente^{II-III-V-VI-VII}.

Se analizó la influencia de las fases lunares sobre el incremento de trabajos de parto espontáneos en nuestro medio. Nuestros resultados no mostraron diferencias significativas con respecto a los nacimientos en las distintas fases lunares.

Se pudo confirmar el objetivo principal y los secundarios, y un hallazgo interesante encontrado fue que, en trabajos de parto desencadenados de manera espontánea, el número de partos vaginales, superó ampliamente el total de cesáreas, dato de relevancia en nuestro medio, donde se ha objetivado un aumento del intervencionismo y donde se promueve el parto mínimamente intervenido.

Dentro de las limitaciones de este estudio se incluye el sesgo de selección, encontrando la dificultad en establecer con exactitud el inicio del trabajo de parto en aquellas pacientes que ingresaban a la Institución con rotura prematura de membranas sin haber iniciado con contracciones. Por otro lado, no se analizaron resultados como abortos espontáneos y evacuaciones del segundo trimestre dentro de las complicaciones.

Agradecimientos: queremos expresar nuestro agradecimiento a la Biblioteca de la Universidad Católica de Córdoba por contribuir a la búsqueda bibliográfica.

Referencias Bibliográficas

I - David Miras Calvo y cols. Influencia de las fases de la Luna en los nacimientos: hechos y creencias. (VI Congreso Galego de Estadística e Investigación de Operaciones Vigo 5-7 de Noviembre de 2003)

- II - Mamani Ortiz Yercin, Caero Suarez Roberto Israel, Rojas Salazar Enrique Gonzalo, Choque Ontiveros María del Carmen. Influencia barométrica lunar en la ruptura prematura de membranas en parturientas del Hospital Materno-Infantil Germán Urquidí. *Gac Med Bol* [Internet]. 2013 Jul [citado 2022 Jul 31]; 36(1): 31-34. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662013000100007&lng=es.
- III - Francisco J. Marco-Gracia. The influence of the lunar cycle on spontaneous deliveries in historical rural environments. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Volume 236. 2019. Pages 22-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211519300880>
- IV - Félix Morales-Luengo y cols. Influencia externa en los partos: efecto lunar gravitacional y meteorológico. *Anales de Pediatría*. Volume 93, Issue 6. 2020. Pages 367-373. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320300825#bib0205>
- V - J.M. Arliss, E.N. Kaplan, S.L. Galvin. The effect of the lunar cycle on frequency of births and birth complications. *Am J Obstet Gynecol*, 192 (2005), pp. 1462-1464. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937805000050>
- VI - F.J. Marco-Gracia. The influence of the lunar cycle on spontaneous deliveries in historical rural environments. *Eur J Obstet Gynecol.*, 236 (2019), pp. 22-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211519300880>
- VII - Olcese J, Lozier S, Paradise C. Melatonin and the Circadian Timing of Human Parturition. *Reproductive Sciences*. 2013;20(2):168-174. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1933719112442244>
- VIII - Shin-ichiro Matsumoto y Kiyohiko Shirahashi (2020) Perspectivas novedosas sobre la influencia del ciclo lunar en el momento de los nacimientos humanos a término, *Chronobiology International*, 37:7, 1082-1089. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F07420528.2020.1785485>
- IX - Yan K, Men J, Wang Y, Zhong L. Relationship of the lunar cycle with Down's syndrome screening and its effects. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Dec 24;99(52):e23792. doi: 10.1097/MD.00000000000023792. PMID: 33350765; PMCID: PMC7769297.
- X - Gudziunaite S, Moshammer H. Temporal patterns of weekly births and conceptions predicted by meteorology, seasonal variation, and lunar phases. *Wien Klin Wochenschr*. 2022 Jul;134(13-14):538-545. doi: 10.1007/s00508-022-02038-7. Epub 2022 May 24. PMID: 35608674; PMCID: PMC9300502.
- XI - Joshi R, Bharadwaj A, Gallousis S, Matthews R. Labor ward workload waxes and wanes with the lunar cycle, myth or reality? *Prim Care Update Ob Gyns*. 1998 Jul 1;5(4):184. doi: 10.1016/s1068-607x(98)00100-0. PMID: 10838345.
- XII - Marco-Gracia FJ. The influence of the lunar cycle on spontaneous deliveries in historical rural environments. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 May;236:22-25. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.02.020. Epub 2019 Mar 2. PMID: 30877906.

XIII - Romero Martínez J, Guerrero Guijo I, Artura Serrano A. Influye la Luna en el parto? [The moon and delivery]. Rev Enferm. 2004 Nov;27(11):7-9, 11-2. Spanish. PMID: 15648892.

TABLAS

Tabla 1: Distribución de nacimientos según sexo

Sexo del recién nacido	Femenino	Masculino
Total 1003	495	508

Tabla 2: Distribución por sexo según cada fase lunar

Fases Lunares	Femenino	Masculino	Total
Luna Nueva	130	145	275
	135,7	139,3	
	47,30%	52,70%	27,40%
	26,30%	28,5	
Cuarto Creciente	108	104	212
	104,6	107,4	
	51%	49%	21,00%
	21,80%	20,50%	
Luna Llena	130	134	264
	130,3	133,7	
	49,20%	50,80%	26,30%
	26,30%	26,40%	
Cuarto Menguante	127	125	252
	124,4	127,6	
	50,40%	49,60%	25,10%
	25,70%	24,60%	
Total	495	508	1003
	49,40%	50,60%	

Chi² = 0.8017728 d.f. = 3 p = 0.849

Tabla 3: Resumen de distribución según edad gestacional

Mínima	1er Cuartil	Mediana	Media	3er Cuartil	Máxima
22	38	39	38,5	39,5	41,4

Tabla 4: Terminación pretérmino y término

Fases Lunares	Pretérmino	Término	Total
Luna Nueva	20	255	275
	21,4	253,6	
	7,30%	92,70%	27,40%
	25,60%	27,6	
Cuarto Creciente	19	193	212
	16,5	195,5	
	9%	91%	21,20%
	24,40%	20,90%	
Luna Llena	16	247	263
	20,5	242,5	
	6,10%	93,90%	26,20%
	20,50%	26,70%	
Cuarto Menguante	23	229	252
	19,6	232,4	
	9,10%	90,90%	25,10%
	29,50%	24,80%	

$\text{Chi}^2 = 2.202559$ d.f. = 3 p = 0.531

Tabla 5: Total de nacimientos según la fase lunar

Fase Lunar	Cantidad de nacimientos	Porcentaje (%)
Luna Nueva	275	27,4
Cuarto Creciente	212	21,1
Luna Llena	264	26,3
Cuarto Menguante	252	25,1
Total	1003	100

$\text{Chi}^2 = 3.6175$ df = 3 p = 0.3058.

Tabla 6: Total de nacimientos según forma de finalización y fase lunar

Fase Lunar	Parto Vaginal	Cesárea	Total
Luna Nueva	172	103	275
	183,5	91,6	
	62,60%	37,50%	27,40%
	25,60%	30,80%	
Cuarto Creciente	143	69	212
	141,4	70,6	
	67,50%	32,50%	21,10%
	21,40%	20,70%	
Luna Llena	181	83	264
	176,1	87,9	
	68,60%	31,40%	26,30%
	27,10%	24,90%	
Cuarto Menguante	173	79	252
	168,2	83,9	
	68,70%	31,30%	25,10%
	25,90%	23,70%	
Total	669	334	1003
	66,70%	33,30%	

Chi² = 5.811867 d.f. = 6 p = 0.445

Tabla 7: Complicaciones y observaciones del trabajo de parto. DPNI: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. REMP: rotura espontánea prematura de membranas

Complicaciones	Cantidad	Porcentaje (%)
Alteración de prueba de stress	4	2,3
DPNI	2	1,1
Genitorragia	6	3,4
Procidencia	1	0,6
REMP	162	92
Retención placentaria	1	0,6
Total	176	100

Tabla 8: Complicaciones en cada fase lunar. APS: alteración de prueba de estrés. DPNI: desprendimiento de placenta normoinserta. REMP: rotura espontánea prematura de membranas

Fase Lunar	APS	DPNI	Genitorragia	Procidencia	REMP	Retención plac
Luna Nueva	2	1	2	0	43	1
	1,1	0,6	1,7	0,3	45,2	0,3
	4,10%	2%	4,10%	0	87,70%	2
Cuarto Creciente	1	0	2	0	44	0
	1,1	0,5	1,6	0,3	43,3	0,3
	2,10%	0%	4,20%	0%	83,30%	0%
Luna Llena	1	1	2	0	20	0
	0,5	0,3	0,8	0,1	22,1	0,1
	4,20%	4,20%	8,30%	0%	83,30%	0%
Cuarto Creciente	0	0	0	1	55	0
	1,3	1,6	1,9	0,3	51,5	0,3
	0%	0%	0%	1,80%	98,20%	0%

$\chi^2 = 30.84551$ d.f. = 24 p = 0.158

1. Medico especialista en Tocoginecología.
2. Garimanno Bongiorno Bianca. Residente de 4° año.
3. Burga Sofia Gaia. Residente de 1° año.
4. Gioino Sofia. Residente de 1° año.
5. Medina Agustina. Residente de 3° año.
6. Molina Guadalupe. Jefa de residente.
7. Roggero Mariana Asunta. Jefa de Departamento de Salud Femenina y Perinatal
8. Airaldo Alejandrina. Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia

Clínica Universitaria Reina Fabiola

Historia Natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama

Natural history of the diagnostic and therapeutic process of breast cancer

Autores:

Enrique Villarreal Ríos¹, Nora Ximena Ugalde Trejo², Verónica Escorcía Reyes³, Liliana Galicia Rodríguez⁴, Laura Alicia Cu Flores⁵

Condensación

Identificar la historia natural del proceso diagnóstico-terapéutico del cáncer de mama contribuye a la conceptualización del proceso de atención de esta enfermedad y de cualquier otra.

Palabras clave

Historia Natural, Neoplasias de la Mama, Servicios de Salud

Resumen

Objetivo

Determinar la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama.

Metodología

Estudio desde la perspectiva de los servicios de salud, la población de estudio expedientes de pacientes con cáncer de mama que completaron el proceso de atención. Se conceptualizaron las etapas de la historia natural de la enfermedad y se identificaron los servicios de salud utilizados en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Resultados

Periodo prepatogénico, servicios de tamizaje en población aparentemente sana; periodo patogénico, etapa subclínica, servicios que establecen el diagnóstico presuntivo (imagen, medicina familiar y ginecología); horizonte clínico, servicios que confirman el diagnóstico (oncología médica, oncología quirúrgica y patología); etapa clínica, servicios que ofrecen el tratamiento, contempló dos abordajes, Estadio I y II con cinco posibilidades de manejo y Estadio III y IV con cuatro posibilidades de manejo; (quimioterapia adyuvante, quimioterapia neoadyuvante, radioterapia y hormonoterapia).

Conclusión

Se identificó la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama.

Summary

Objective

To determine the natural history of the diagnostic and therapeutic process of breast cancer.

Methodology

Study from the perspective of health services, the study population records of patients with breast cancer who completed the care process. The stages of the natural history of the disease were conceptualized and the health services used in the diagnostic and therapeutic process were identified.

Results

Prepathogenic period, screening services in an apparently healthy population; pathogenic period, subclinical stage, services that establish the presumptive diagnosis (imaging, family medicine and gynecology); clinical horizon, services that confirm the diagnosis (medical oncology, surgical oncology and pathology); clinical stage, services that offer treatment, contemplated two approaches, Stage I and II with five management possibilities and Stage III and IV with four management possibilities; (adjuvant chemotherapy, neoadjuvant chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy).

Conclusion

The natural history of the diagnostic and therapeutic process of breast cancer was identified.

Introducción

La conceptualización de la historia natural de la enfermedad contempla dos periodos, el prepatogénico y el patogénico. El periodo prepatogénico se caracteriza por mantener el equilibrio entre los tres elementos que lo integran, agente, huésped y medio ambiente. El periodo patogénico se identifica por tres etapas, la subclínica, el horizonte clínico y la etapa clínica. La etapa subclínica se caracteriza por los cambios fisiológicos o histológicos y la ausencia de manifestación clínica; el horizonte clínico es el punto que marca la diferencia entre el estado asintomático y las manifestaciones clínicas; la etapa clínica ofrece cinco vertientes, resolución con regreso al periodo prepatogénico, resolución parcial con regreso a la etapa subclínica, presencia de complicaciones, evolución con secuelas, o la muerte.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

La conceptualización original de la historia natural de la enfermedad es eminentemente biológica,^{3,11,12,13,14,15,16,17} sin embargo puede tener otras perspectivas de acercamiento, entre ellas, la de los servicios de salud³ y en base a ésta, desarrollar el análisis de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico que identifique el comportamiento del uso de los recursos disponibles en los servicios de salud.^{18,19}

En la sociedad actual el cáncer es un problema de salud pública, entre ellos, el cáncer de mama adquiere relevancia por la tendencia de la incidencia, el curso clínico y el grupo etario involucrado. En función de ello y con la finalidad de tener un mejor abordaje se ha identificado y definido el uso de bienes y servicios en cada una de las etapas del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama en las instituciones de salud, con las variaciones particulares de cada sistema de salud.^{20,21}

En este contexto, el análisis del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama resulta atractivo desde dos perspectivas. La perspectiva puramente teórica que incide en la conceptualización en torno al tema y la aportación al estado del arte; y la perspectiva práctica, relacionada con el impacto que el cáncer de mama tiene a nivel epidemiológico, social, y en el uso de bienes y servicios del sector salud.^{22,23}

Con base a lo anterior, el objetivo del artículo es determinar la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama.

Material y Métodos

Desde la perspectiva de los servicios de salud se realizó un diseño transversal descriptivo para identificar los servicios utilizados y la intensidad de uso en el proceso diagnóstico y terapéutico de cáncer de mama, la población de estudio fueron los expedientes de pacientes involucradas en este proceso en los servicios de salud en una institución de seguridad social en la ciudad de Querétaro, México.

Se incluyeron todos los expedientes de pacientes que acudieron a los servicios de salud con sospecha clínica o mastográfica de patología mamaria maligna y terminaron el proceso diagnóstico y terapéutico para cáncer de mama. Fueron eliminados los expedientes de pacientes que suspendieron voluntariamente el proceso diagnóstico y terapéutico para realizarlo en otra institución de salud, así como los expedientes de las pacientes que no completaron el proceso.

El tamaño de muestra fue de 62 expedientes (21 en estadio I y II, y 41 en estadio III y IV), que correspondió al total de las pacientes atendidas con diagnóstico de cáncer de mama de 2015 al 2018 en la institución de salud estudiada.

Se identificaron los servicios de salud utilizados en el proceso diagnóstico y terapéutico, de ellos se evaluó el promedio de uso. La estimación del promedio de uso en cada servicio siempre tomó como referencia el total de pacientes que iniciaron y culminaron el proceso diagnóstico y terapéutico. Los servicios de salud se clasificaron en imagen, medicina preventiva, medicina familiar, oncología médica, oncología quirúrgica, patología, quirófano, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, medicina interna, hospitalización y laboratorio.

Empleando como referencia la historia natural de la enfermedad, la operacionalización de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama se estableció en cuatro dimensiones:

A. Periodo prepatogénico. En él se identificaron los servicios empleados en el proceso de tamizaje para cáncer de mama, éste incluyó el servicio de imagen (mastografía de tamizaje) y medicina preventiva (autoexploración mamaria y exploración clínica de mama).

B. Periodo patogénico.

a. Etapa subclínica. En esta etapa se incluyeron los servicios en los cuales se establece el diagnóstico presuntivo de cáncer de mama, pero no se realiza la confirmación, entre ellos el servicio de medicina familiar, ginecología e imagen (mastografía con sospecha de malignidad).

b. Horizonte clínico. El horizonte clínico en la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama incluyó los servicios utilizados para establecer el diagnóstico definitivo de cáncer de mama y la estadificación. Los servicios involucrados en este proceso fueron oncología quirúrgica, oncología médica y patología (biopsia).

c. Etapa clínica. En la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, la etapa clínica se conceptualizó como aquella que incluyó el tratamiento, y en consecuencia contempló los servicios orientados a esta actividad. Los servicios definidos en este periodo fueron oncología quirúrgica, oncología médica, quimioterapia (neoadyuvante y adyuvante), radioterapia, laboratorio, medicina interna, imagen y hormonoterapia.

El plan de análisis estadístico incluyó promedios y porcentajes.

El protocolo de esta investigación se registró en el Comité de Investigación y en el Comité de Ética en Investigación de la Institución de Salud. El proyecto de investigación se apegó a la declaración de Helsinki. La fuente de información fue el expediente clínico y se cuidó el anonimato.

Resultados

I.- Periodo prepatogénico

El periodo prepatogénico es aquel en el cual desde la perspectiva preventiva se ha iniciado el proceso de detección, en él, los servicios de tamizaje identifican el servicio de imagen (1.00 mastografía por paciente), y el servicio de medicina preventiva (1.00 exploración mamaria por paciente). El indicio de sospecha en cualquiera de las evaluaciones se constituye como la puerta de entrada que traspasa la frontera entre el periodo prepatogénico y el patogénico. (Figura 1 y Figura 2)

II.- Periodo patogénico

1.- Proceso diagnóstico

a) Etapa subclínica

En la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama la etapa subclínica corresponde al periodo en el que el diagnóstico de cáncer de mama es presuntivo, en esta etapa no se descarta o reafirma el diagnóstico. La atención en medicina familiar (1.15 consultas por paciente), imagen (0.36 mastografías por paciente) y ginecología (0.60 atenciones por paciente) se constituyen como los servicios involucrados. (Figura 1 y Figura 2)

b) Horizonte clínico

El horizonte clínico inicia cuando se utilizan los servicios que permiten afirmar o descartar el diagnóstico de cáncer de mama, entre ellos oncología médica (0.30 consultas por paciente), oncología quirúrgica (1.00 consultas por paciente), biopsia con aguja de corte grueso TRUCUT (0.17 eventos por paciente), biopsia por aspiración fina BAAF (1.27 eventos por paciente), y el servicio de patología (1.44 estudios por paciente). (Figura 1 y Figura 2)

Al rebasar el horizonte clínico de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama se concluye con el diagnóstico y se inicia el proceso terapéutico y manejo de complicaciones.

2.- Proceso terapéutico

c) Etapa clínica

La transición entre el horizonte clínico y la etapa clínica en la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama está determinada por el resultado de la biopsia y la estadificación, en este momento inicia la etapa clínica. Figura 1 y Figura 2

a) Dimensión terapéutica del estadio I y II

En el contexto de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama para el estadio I y estadio II, el proceso terapéutico incluye el servicio de oncología quirúrgica (7.38 atención por paciente), quirófano (1.05 cirugías por paciente), y oncología médica (13.62 atenciones por paciente). En este momento las posibilidades son cinco

- - Hormonoterapia (23.8%).
 - Quimioterapia adyuvante (19%).
 - Quimioterapia adyuvante, y radioterapia (4.8%).
 - Quimioterapia adyuvante, radioterapia, y hormonoterapia (23.8%).
 - Quimioterapia adyuvante, y hormonoterapia (28.6%).

Desde la perspectiva de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, la conclusión del tratamiento equivale a cruzar la línea del horizonte clínico. Figura 1 y Figura 3. En la gráfica 3 se presentan los servicios que son de apoyo en el proceso terapéutico del cáncer de mama. El manejo de la quimioterapia adyuvante de 8 ciclos se presenta en la figura 4.

b) Dimensión terapéutica del estadio III y IV

La etapa clínica de la dimensión terapéutica del estadio III y estadio IV inicia en el servicio de oncología médica (16.61 atenciones por paciente), en él se prescribe quimioterapia neoadyuvante de 6 ciclos para posteriormente recibir atención en el servicio de oncología quirúrgica (8.80 atenciones por paciente), y al disponer de la valoración preoperatoria, se realiza el procedimiento quirúrgico (1.00 evento por paciente), este se apoya en la hospitalización postquirúrgica. Figura 5.

Posterior al egreso hospitalario, en el servicio de oncología quirúrgica nuevamente la opción es el manejo en oncología médica. En este servicio existen cuatro posibilidades de manejo, en todas ellas corresponde a la quimioterapia adyuvante de 8 ciclos.

- - Quimioterapia adyuvante (7.3%).
 - Quimioterapia adyuvante y radioterapia (22.0%).
 - Quimioterapia adyuvante, radioterapia y hormonoterapia (63.4%).
 - Hormonoterapia (7.3%).

La conclusión del manejo medicamentoso conceptualmente significa ubicarse por debajo del horizonte clínico. Figura 1 y Figura 5. En la gráfica 3 se presentan los servicios que son de apoyo en el proceso terapéutico del cáncer de mama

El uso de servicios asociados a la quimioterapia neoadyuvante de 6 ciclos y la quimioterapia adyuvante de 8 ciclos se presenta en la figura 4.

Discusión

Para qué estudiar la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama si cada sistema de salud tiene bien definida la función de producción, y más aún, frecuentemente al interior del mismo sistema de salud, las unidades médicas tienen una función de producción propia, diferente a la establecida por el sistema de salud al que pertenecen.^{22,23}

Ante este panorama, la identificación de los servicios empelados y la intensidad de uso parecen ser un tema secundario, propio de cada sistema de salud, en consecuencia, en este escenario el tema parece ocioso, no obstante, ubicados en el terreno de la conceptualización y aporte al estado del arte, resultar un tema que adquiere importancia.

Se conocen los algoritmos de atención del cáncer de mama²⁴ y se conoce el proceso de la historia natural de la enfermedad; tratar de integrarlos en la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, es integrar el aspecto biológico y la respuesta social organizada, aunado a ello, ofrece la posibilidad de conocer el comportamiento del uso de servicios en cada etapa de la historia natural, independientemente de la función de producción propia, propuesta que puede convertirse en una herramienta en el proceso de planeación directiva y toma de decisiones.

En este contexto la discusión se debe establecer en torno a los cuatro momentos de la historia natural de la enfermedad (periodo prepatogénico, etapa subclínica, horizonte clínico, y etapa clínica), para ubicar en ellos los diferentes procesos que se realizan en los servicios de salud en la atención del cáncer de mama.

En torno al periodo prepatogénico caracterizado por agente, huésped y medio ambiente se podrá decir que para fines de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, el agente corresponde a la patología, en este caso el cáncer de mama; el huésped se refiere a los servicios de salud empleados como tamizaje en población sana, específicamente imagenología con mastografía de detección y medicina preventiva con la

exploración mamaria; y el medio ambiente corresponde al sistema de salud al que pertenece el huésped y que permite la entrada al periodo patogénico.

En el periodo patogénico, específicamente en la etapa subclínica se involucran los servicios que establecen el diagnóstico presuntivo, pero no lo pueden confirmar, en el caso del cáncer de mama corresponde a mastografía, medicina familiar y ginecología, al respecto se debe señalar que estos mismos servicios muy probablemente para otra entidad nosológica se ubiquen en otra de las etapas de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico.

El horizonte clínico marca la diferencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico confirmatorio. Para el caso de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, el horizonte clínico incluye el servicio de oncología médica, oncología quirúrgica, toma de biopsia y el servicio de patología, ésta, al establecer la estadificación, marca el punto de inicios y la ruta a seguir en el proceso de tratamiento.

La etapa clínica del periodo patogénico de la historia natural del proceso de diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, corresponde a los servicios empleados en el tratamiento específico del cáncer de mama. Al respecto se debe señalar que la secuencia de los servicios empleados, la prevalencia de uso, y la intensidad de uso, puede variar dependiendo de la función de producción definida en cada sistema de salud, pero independientemente de ello, lo que no se modifica es la aseveración que todos ellos corresponde a la etapa clínica del proceso patológico de la historia natural.

En conclusión, se puede decir que en la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, los servicios de tamizaje se ubican en el periodo prepatogénico; los servicios destinados a establecer el diagnóstico presuntivo, corresponden al periodo patogénico, específicamente en la etapa subclínica; el horizonte clínico incluye los servicios en los que se realiza el diagnóstico definitivo; y en la etapa clínica del periodo patogénico, se ubican todos los servicios destinados a realizar el tratamiento del cáncer de mama.

Conclusión

Se conceptualizó el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama en el contexto de la historia natural de la enfermedad.

Referencias

- 1.-Delgado M, Llorca J. Concepto de salud. El continuo salud-enfermedad. Historia natural de la enfermedad. Determinantes de la salud. 1-6. <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.1.3.pdf>
- 2.-Tabár L1, Yen AM, Wu WY, Chen SL, Chiu SY, et al. Insights from the Breast Cancer Screening Trials: How Screening Affects the Natural History of Breast Cancer and Implications for Evaluating Service Screening Programs. Breast J. 2015;21(1):13-20 DOI: 10.1111/tbj.12354.

- 3.-Arouca S. La historia natural de las enfermedades. Rev Cubana Salud Pública, 2018; 44(4): 220-228. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400220&lng=es.
- 4.-Guiscafré H, Salmerón J. Historia natural y curso clínico de la enfermedad. 117-130. <https://epifesz.files.wordpress.com/2011/01/hne-laura-moreno.pdf>
- 5.-Morales A. Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención (definición y conceptos). San Juan, Puerto Rico: Departamento de Bioestadística y Epidemiología, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico. https://www.academia.edu/6341435/HISTORIA_NATURAL_DE_LA_ENFERMEDAD_Y_NIVELES_DE_PREVENCION
- 6.- Novoa VA, Pliego AM, Malagón MB, Bustillos R. Historia natural del cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex. 2006;74(2):115-120. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom062g.pdf>
- 7.- Villar, M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Méd. Peruana, 2011; 28 (4): 237-241. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
- 8.- Cortés E, Ramírez M, Ménde J, Arriaga Y. El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. Alternpsicol, 2009; 14 (20):78-88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100009
- 9.- Cox B. The effect of service screening on breast cancer mortality rates. Eur J Cancer Prev, 2008; 17(4):306-311. DOI: 1097/CEJ.0b013e3282f0c0cc.
- 10.-Basu P, Selmouni F, Belakhel L, Sauvaget C, Abousselham L, et al. Breast Cancer Screening Program in Morocco: Status of implementation, organization and performance. Int J Cancer, 2018; 143(12):3273-3280. DOI: 10.1002/ijc.31749
- 11.-Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. Historia natural de la infección por VIH y la cepa de VIH CRF19 asociada a progresores rápidos en Cuba. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Historia_natural_infecixn_por_VIHyla_cepa_VIH_CRF19_asociada_progresores_rapidosCuba.pdf
- 12.-Arango M. Historia Natural de la Tuberculosis. Fisiopatogenia de la infección y la enfermedad en el niño. Neumol Pediatr 2015;10(4):155–159. <http://www.neumologia-pediatrica.cl/wp-content/uploads/2017/07/historial-natural-tuberculosis.pdf>
- 13.-Pérez F, Ruiz J, Herrero A. Influencia de la historia natural de la enfermedad en el diagnóstico previo en pacientes con gota. Reumatol Clin, 2009;5(6):248–251. <http://reumatologiaclinica.org/es-pdf-S1699258X09000953>
- 14.- Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. Rev Peru Epidemiol, 2010;14(2):86-90. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666002.pdf>
- 15.-Grasso M, Lania C, Blanco S, Limonta G. Historia natural de la enfermedad de La Peyronie. Arch Esp Urol, 2007;60(3):326-331. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000300021

- 16.-Cubides V, Suárez C, Álvarez P. Epidemiología e historia natural de la hepatitis B. Rev Col Gastroenterol, 2009;S24(1):4-12. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v24s1/v24s1a03.pdf>
- 17.-Serman F. Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural Y Rol Del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol, 2002;67(4):318-323. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v67n4/art11.pdf>
- 18.-Capurro D, Rada G. Proceso diagnóstico. Rev Med Chile, 2007;135(4):534-8. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n4/art18.pdf>
- 19.-Rodríguez-Pimentel L, Silva-Romo R, Wachter-Rodarte N. Estudios económicos y análisis de decisiones en la autogestión de recursos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 2007;45(3):297-304. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073n.pdf>
- 20.-Ballard-Barbash R, Klabunde C, Paci E, Broeders M, et al. Breast cancer screening in 21 countries: delivery of services, notification of results and outcomes ascertainment. Eur J Cancer Prev, 1999; 8(5):417-426. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548397>
- 21.-Diario Oficial. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/DOF_PROSESA_12122013.pdf
- 22.-Johansen O. Introducción a la teoría general de sistemas. Limusa Noriega Editores; México, DF, 2004. pp 17-34.
- 23.-Levaggi G. Teoría general de los sistemas. Ugerman Editor, Ciencia & Técnica; Buenos Aires, 2002. pp. 39-62.
- 24.-Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Séptima Revisión, Colima 2017. Masson Doyma México S.A ELSEVIRT. México, 2017. <http://juntoscontraelcancer.mx/jcc/wp-content/uploads/2017/06/152-GPC-Interinstitucional-CancerMama-Consenso-MexicanosobreDiagnosticoTratamiento2017.pdf>

Figura 1. Historia Natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama

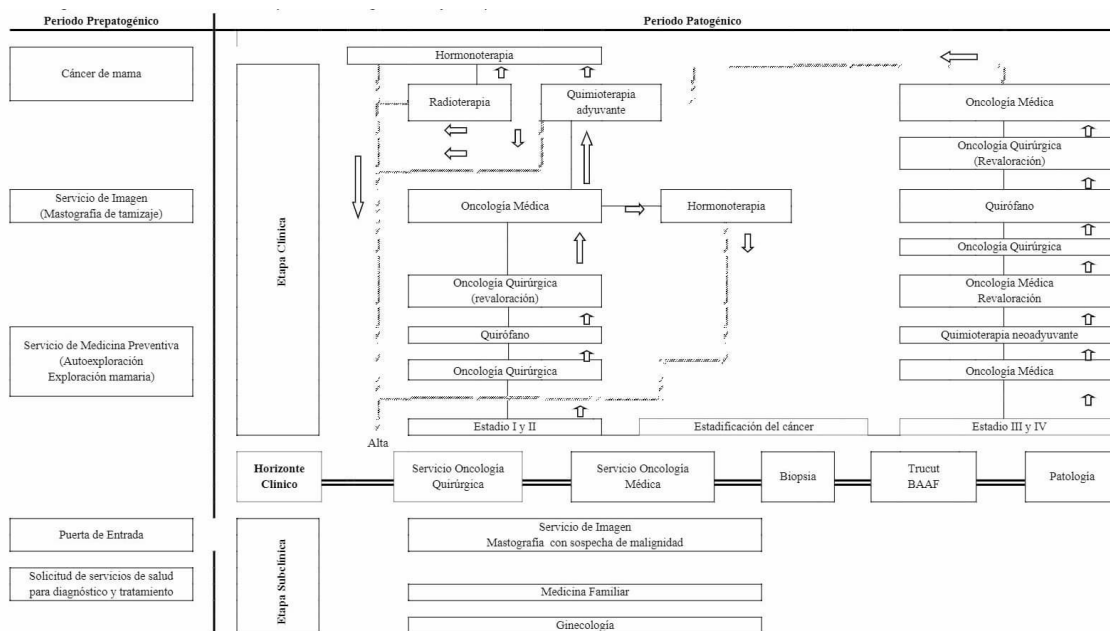
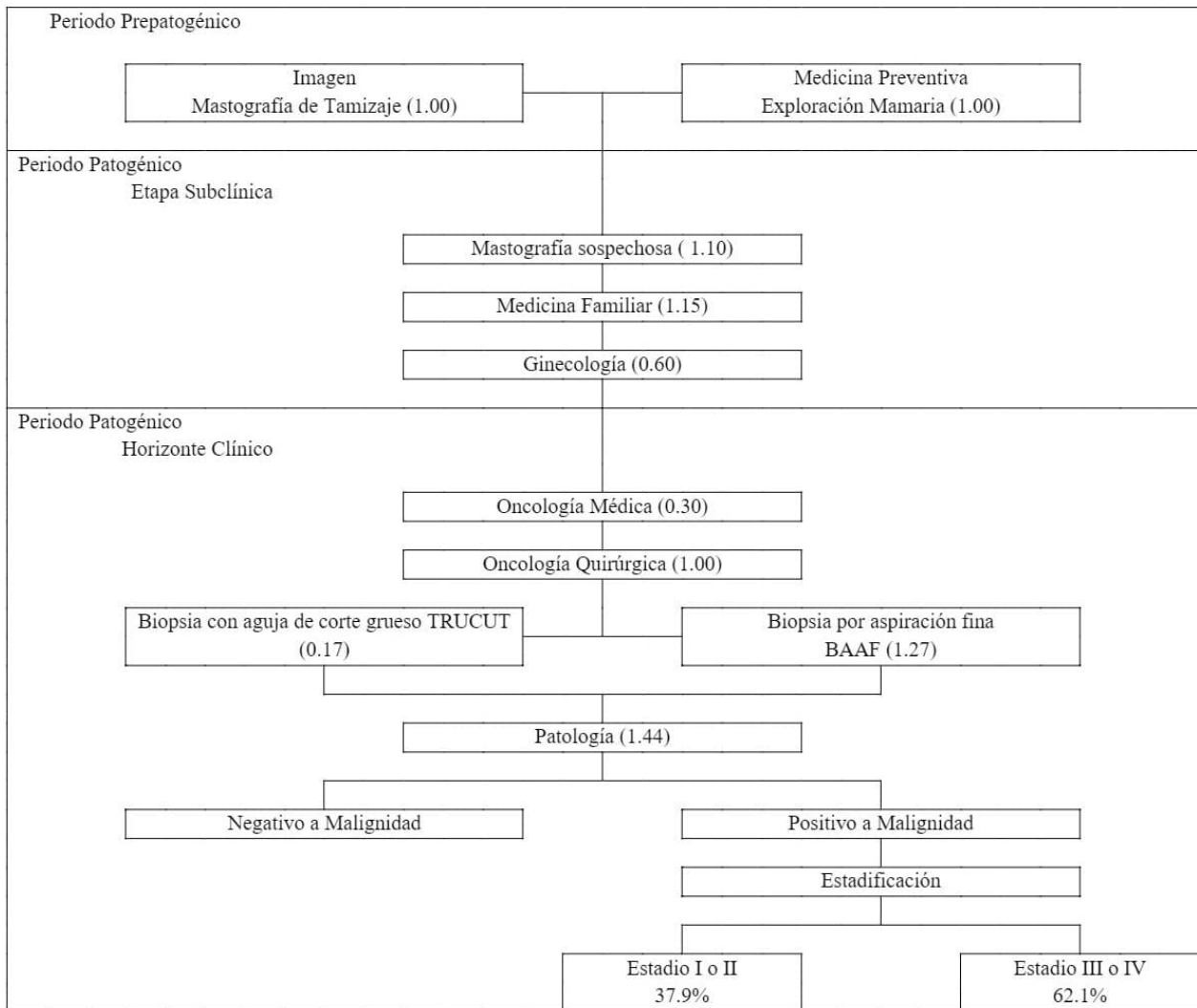


Figura 2. Periodo prepatogénico y periodo patogénico (etapa subclínica y horizonte clínico) de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama



*El número entre paréntesis corresponde al promedio de uso

Figura 3. Periodo Patogénico, Etapa clínica. Estadio I y II de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama

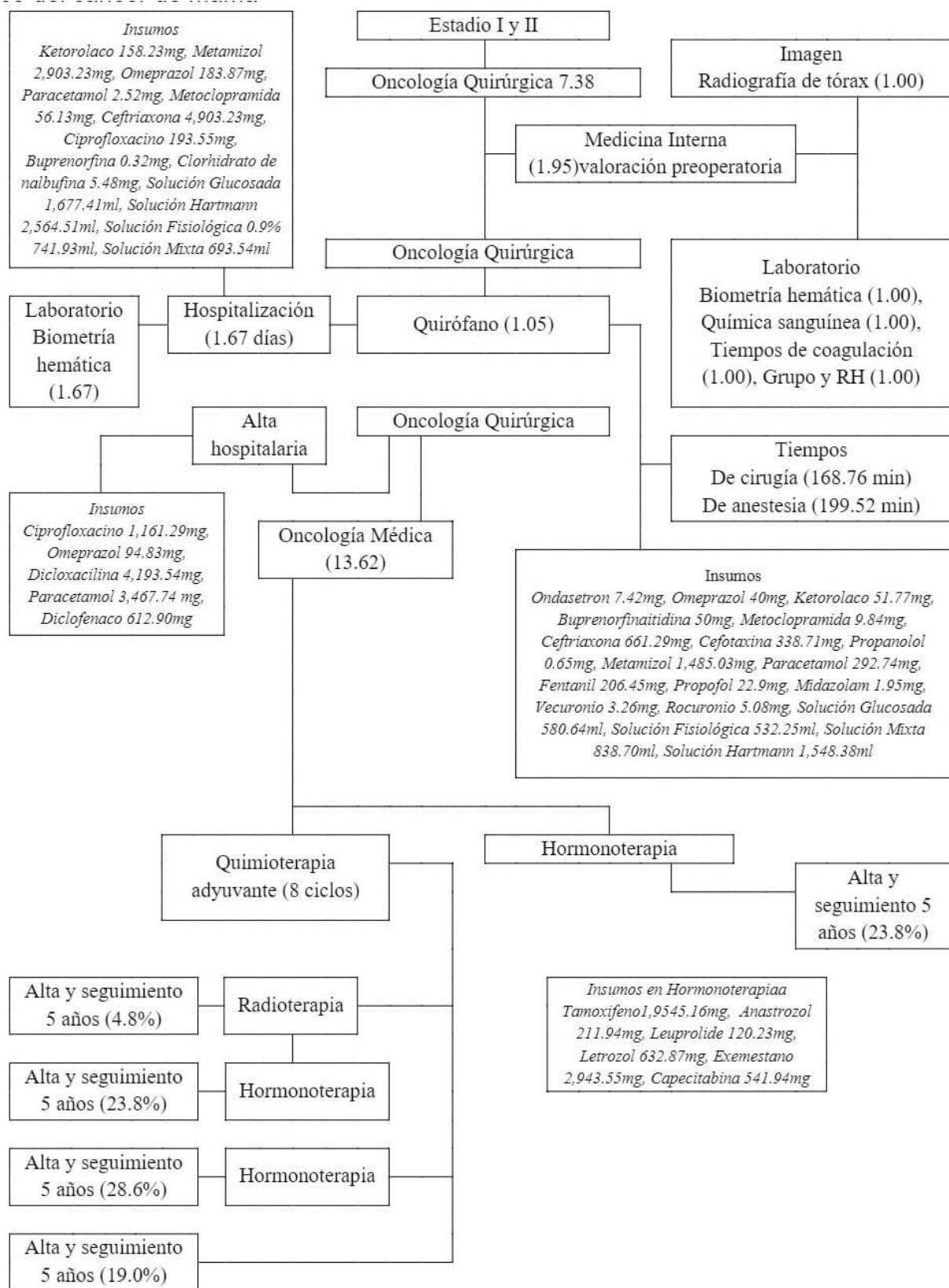
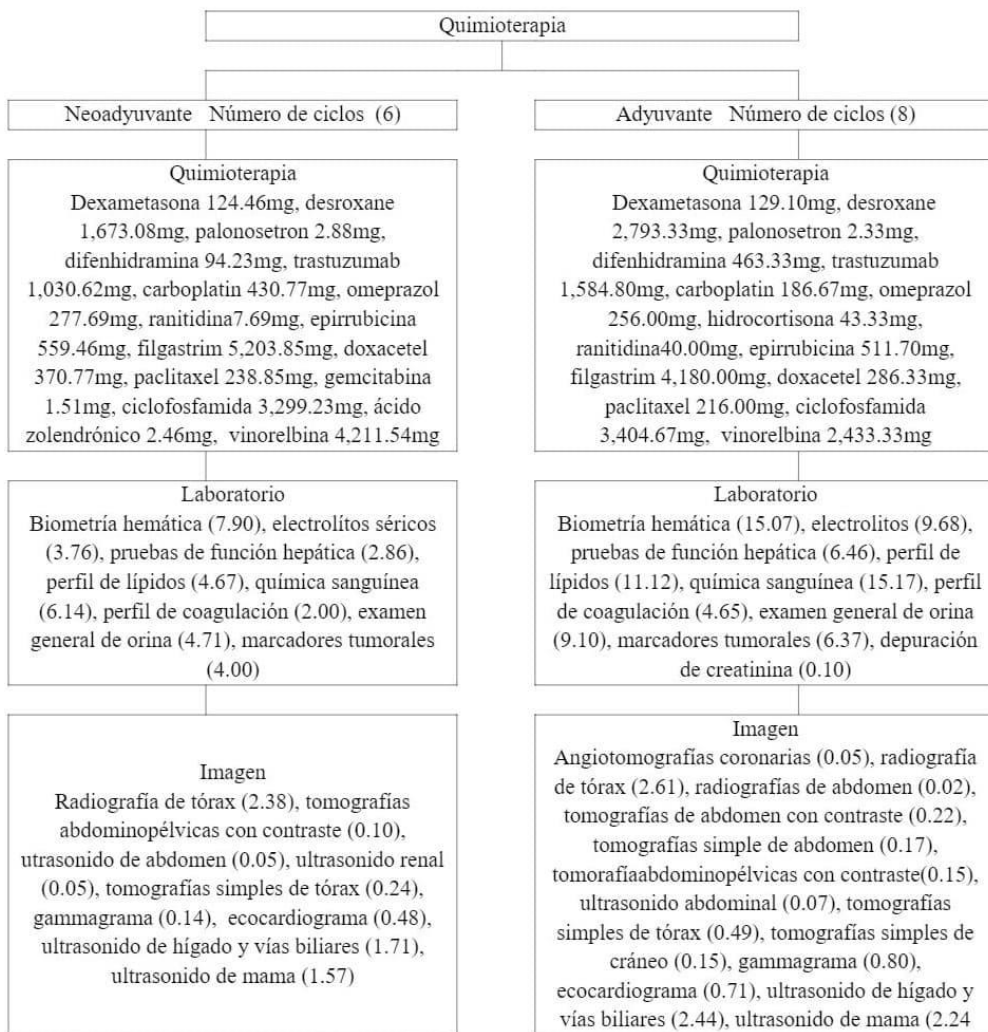
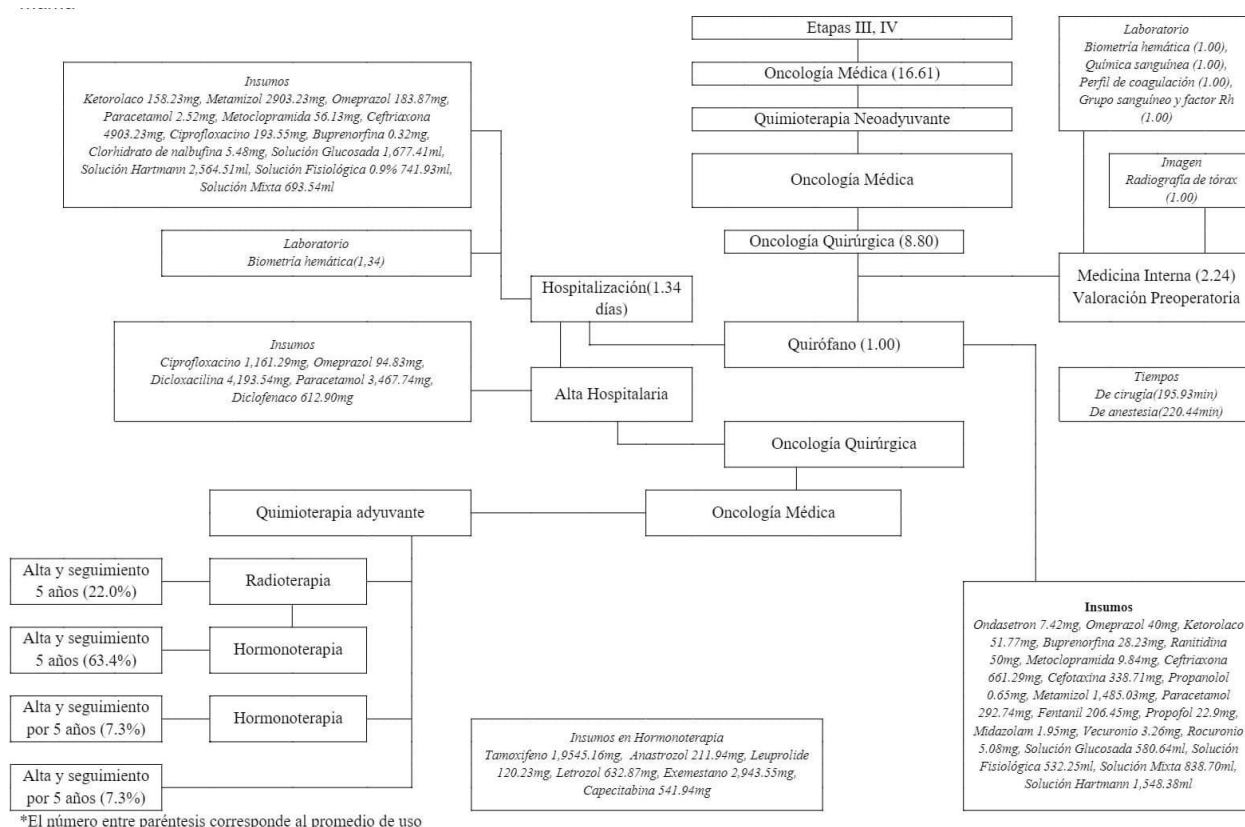


Figura 4. Etapa clínica. Uso de servicios en la quimioterapia neoadyuvante y adyuvante en la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico de cáncer de mama.



*El número entre paréntesis es el promedio de estudios realizados

Figura 5. Periodo patogénico, etapa clínica. Estadio III y IV de la historia natural del proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama



1. Maestro en Ciencias en Sistemas de Salud <http://orcid.org/0000-0002-5455-2383>. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro México. Correo electrónico enriquevillarrealrios@gmail.com. Responsable de la publicación. Zaragoza y 5 de Febrero, Colonia Centro, Querétaro, Querétaro de Arteaga México CP 26000.
2. Médica Especialista <https://orcid.org/0000-0002-0138-8567>. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro México. Correo electrónico ximenauga@gmail.com
3. Maestra en Salud Pública <http://orcid.org/0000-0001-5214-9171>. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 6, San Juan del Río Querétaro México. Correo electrónico escorciar.vero@gmail.com
4. Maestra en Administración en Salud <http://orcid.org/0000-0001-5140-8434>. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro México. Correo electrónico lilianagalici@hotmail.com
5. Maestra en Nutrición <https://orcid.org/0000-0003-3007-0352>. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 2, Querétaro México. Correo electrónico balichita2105@gmail.com

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta: Correlación Clínico - Anatomopatológica

Autores:

Florencia Cavallo¹. Magdala Hernandez¹. Luis Russi². Claudio Sosa³

Resumen

Objetivos

Determinar la correlación clínico - anatomopatológica en el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Valorar criterios clínicos con mayor confirmación histopatológica de DPPNI.

Métodos

Estudio observacional analítico retrospectivo realizado desde enero de 2019 hasta septiembre de 2021, en pacientes a las que se les realizó diagnóstico clínico de DPPNI.

La información se obtuvo a través del Sistema Informático Quirúrgico, Sistema de Información Perinatal e historia clínica electrónica.

Resultados

El total de nacimientos en el período analizado fue de 16166, se obtuvieron 135 casos. Determinando una incidencia de 0.8%.

Edad materna promedio fue 26,7 años; 30,3% (41) eran primigestas y 42,2% (57) pretérminos. Fueron confirmados 94 (77%) DPPNI en la histopatología.

El síntoma más frecuente fue la metrorragia y/o presencia de líquido sanguinolento (88,8%). La hipertensión uterina fue el síntoma que más se asoció, confirmándose en el 85,7% de las histopatologías.

Se confirmó histopatológicamente un 71.9% cuando presentó 1 síntoma, elevándose a 81,8% cuando presenta 3.

Conclusiones

Cuadro de extrema gravedad, con riesgo vital para el binomio materno - fetal. Es importante un oportuno diagnóstico y rápido accionar. La suma de criterios clínicos aumenta la

especificidad diagnóstica, si bien uno solo tiene buen valor predictivo positivo. La hipertonía mostró mayor asociación.

Palabras claves: anatomía patológica, desprendimiento de placenta normoinserta, DPPNI

Summary

Goals

To determine the clinical - anatomopathological conclusion in the diagnosis of premature detachment of a normoinserted placenta (DPPNI), at the Pereira Rossell Hospital Center.

Assess which clinical criteria presented greater histopathological confirmation of DPPNI.

Methods

Retrospective analytical observational study carried out from January 2019 to September 2021, in those patients who underwent a clinical diagnosis of DPPNI.

The information was obtained through the Surgical Information System, the Perinatal Information System, and the electronic medical record.

Results

The total number of births in the analyzed period was 16,166, 135 cases were obtained. Determining an incidence of 0.8%. Mean maternal age was 26.7 years; 30.3% (41) were primiparous and 42.2% (57) preterm. 94 (77%) DPPNI were confirmed on histopathology. The most frequent symptom was metrorrhagia and/or the presence of bloody fluid (88.8%). Uterine hypertonia was the most associated symptom, being confirmed in 85.7% of the histopathologies. Histopathologically confirmed 71.9% when they presented 1 symptom, rising to 81.8% when they presented 3.

Conclusions

Cuadro de extrema gravedad, con riesgo vital para el binomio materno - fetal. Es importante un oportuno diagnóstico y rápido accionar. La suma de criterios clínicos aumenta la especificidad diagnóstica, si bien uno solo tiene buen valor predictivo positivo. La hipertonía mostró mayor asociación.

Key words: pathological anatomy, placental abruption, DPPNI

Introducción

El desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI) es un cuadro de extrema gravedad, que supone un riesgo vital para el binomio materno fetal, tratándose de una verdadera emergencia

obstétrica. Es una de las causas más importantes de muerte materna, near miss e ingreso a CTI.

Se define clásicamente como la separación completa o parcial de una placenta normalmente implantada antes de finalizar la segunda etapa del trabajo de parto. ¹²³

Si bien presenta una frecuencia que varía de 0.4-1% ¹²⁴⁵, se asocia a una significativa morbimortalidad materno-perinatal y es causa importante de metrorragia de la segunda mitad del embarazo ^{1 67}

Es un evento impredecible, a pesar de la presencia de factores de riesgo, y sin recursos preventivos, con una mortalidad fetal de hasta el 40-60 %, lo que depende del grado de desprendimiento placentario. ⁴⁹ Hasta un 50% de las pacientes que presentaron DPPNI, no se logró identificar factores de riesgo. ⁹

Objetivos

Determinar la correlación clínico - anatomopatológica en el diagnóstico del DPPNI, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Valorar qué criterios clínicos presentan mayor confirmación histológica de DPPNI.

Metodología

Se analizaron retrospectivamente los datos de aquellas pacientes a quienes se les realizó cesárea con diagnóstico clínico de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), en el periodo de enero del 2019 hasta septiembre de 2021, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se utilizó el Sistema Informático Quirúrgico (SIQ) de descripciones operatorias de dicho centro. Se buscaron todos los DPPNI que hubo en dicho periodo a través del Sistema de Información Perinatal (SIP), lo que permitiría disminuir las pérdidas de casos. Se encontraron un total de 135 casos de DPPNI producidos en el CHPR. El total de nacimiento en ese mismo periodo fue de 16166.

Se analizaron los criterios clínicos utilizados para su diagnóstico que se desarrollará más adelante. Posteriormente, del total de pacientes analizadas se valoró en cual fue confirmado el diagnóstico en el intraoperatorio y la concordancia con los hallazgos histopatológicos que confirmaran el diagnóstico de DPPNI. Los informes anatomopatológicos fueron obtenidos de la base de datos informática del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

El estudio anatomopatológico incluyó un análisis macro y microscópico de la placenta.

Para el análisis de datos se utilizó el programa IBM Statics.

Resultados

De un total de 16166 nacimientos en el periodo analizado, se encontraron un total de 135 casos de DPPNI, determinando una incidencia de 0.8% en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

La edad materna promedio fue 26,7 años (rango entre 16 a 45 años) y la edad gestacional promedio al momento de su diagnóstico fue 35.9 [24-41]. 57 fueron pretérminos y 78 términos. De estas 41 fueron primigestas. Todos los nacimientos fueron por vía cesárea.

En cuanto a la clínica, los signos y síntomas que con mayor frecuencia llevaron al diagnóstico de DPPNI fueron la metrorragia y/o líquido amniótico sanguinolento, en un 88%. La hipertensión uterina fue el síntoma que más se asoció con DPPNI (**Figura 1**), confirmándose en el 85,7% de las histopatologías. Cuando analizamos qué síntoma tuvo mejor sensibilidad al correlacionar con la anatomía patológica, obtuvimos que cuando presenta 1 síntoma 71.95% se confirma anatomopatológicamente, y cuando presenta al menos 3 síntomas 81.8% lo hace (**Tabla 1**)

En cuanto a los factores de riesgo que se hallaron con mayor frecuencia fueron presentar una cesárea previa (20.7%), rotura prematura de membranas (29%) y preeclampsia (14.8%)

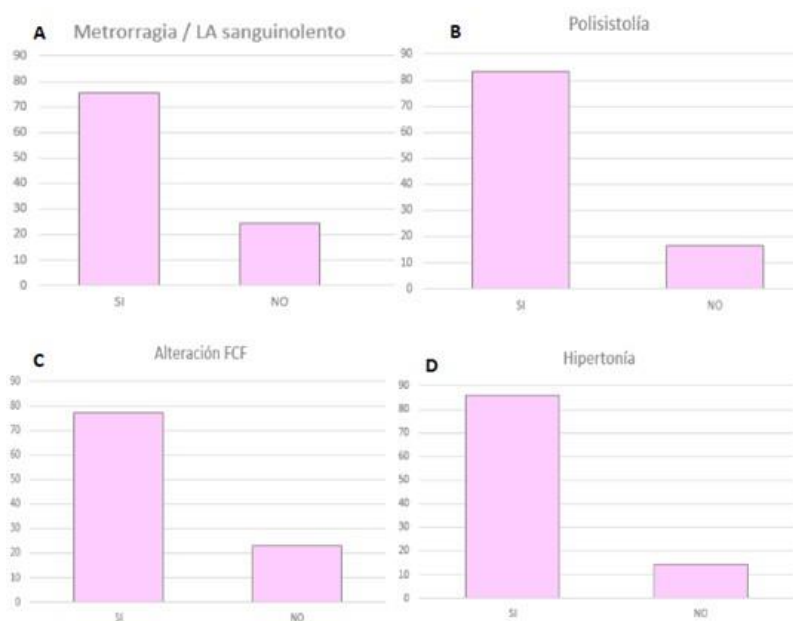


Figura 1: Muestra el porcentaje de casos que se presentaron con metrorragia (A), polisistolía (B), alteración de la frecuencia cardíaca fetal (C) e hipertensión (D) que sí o no fueron confirmados anatomopatológicamente.

		Confirmación AP		Total
		NO	SI	
Síntomas	0	0 0,0%	4 100,0%	4 100,0%
	1	18 28,1%	46 71,9%	64 100,0%
	2	8 20,0%	32 80,0%	40 100,0%
	3	2 18,2%	9 81,8%	11 100,0%
	Total	28 23,5%	91 76,5%	119 100,0%

Tabla 1: Porcentajes de confirmación anatomopatológica por número de signos o síntomas

Discusión

La placenta es un órgano temporal, que permite el paso de gases, nutrientes y hormonas, de la madre al feto, durante todo el período del desarrollo intrauterino. ³

La expresión clínica del desprendimiento de placenta varía en un amplio espectro, desde casos con hemorragias leves y escasas hasta un desprendimiento masivo con consecuencias graves para el binomio materno - fetal. ⁸

A pesar de ser una condición obstétrica importante, el desprendimiento de placenta carece de criterios diagnósticos unificados. ⁸ Los síntomas descritos clásicamente son genitorragia y dolor abdominal. En la **tabla 2** se describe la frecuencia de los criterios diagnósticos clínicos que se encontraron en las pacientes analizadas.

Otros signos que pueden presentarse son la hipertonía uterina y la pérdida de bienestar fetal.

Es importante saber que puede ocurrir un desprendimiento severo sin expresión clínica o solo con escasos síntomas.

La cantidad de sangrado no presenta buena correlación con el grado de desprendimiento. ¹

Tabla 2

CLÍNICA	TOTAL	%
Metrorragia / Líquido sanguinolento	120	60
Hipertonía	22	11
Polisistolia	13	6.5
Alteración FCF*	41	20.7

*FCF: frecuencia cardiaca fetal.

Dentro de las pacientes que se manifestaron con genitorragia, se incluyeron aquellas que presentaron genitorragia, o metrorragia cuando esta pudo ser constatada, al ingreso hospitalario y aquellas que tuvieron episodios de genitorragia al inicio del trabajo de parto o durante el mismo. Se consideró también aquellas pacientes con presencia de líquido amniótico sanguinolento.

La alteración de la frecuencia cardiaca fetal se consideró cuando se documentó bradicardia (FCF <90 latidos por minuto) o se observó desaceleraciones tardías.

El DPPNI está asociado hasta en el 5-10% de los nacimientos prematuros sobre el total de prematuridad en general. ^{5 10 11} En nuestro estudio, un 42.2% fueron prematuros.

Existe una correlación entre el grado de desprendimiento placentario y el riesgo de óbito fetal. La muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos en los que hay una separación placentaria superior al 50%. ¹ De las pacientes incluidas en este trabajo, 5 presentaron óbito al momento del diagnóstico de DPPNI.

Se han informado diversos factores de riesgo para el desprendimiento de placenta, siendo los de mayor relevancia el tabaquismo, la preeclampsia y el antecedente obstétrico de

desprendimiento de placenta. Otros factores de riesgo son la edad materna avanzada, multiparidad, hipertensión arterial crónica, consumo de cocaína, rotura prematura de membranas, trombofilias, entre otros. En la **tabla 2** se identifican los factores de riesgo encontrados en las pacientes del estudio. Aunque se conocen múltiples factores de riesgo, la causa del desprendimiento a menudo permanece sin explicación. ^{1 5 6 10 12}

En la **tabla 2** se presentan las características demográficas maternas y del embarazo.

	N (198)
Edad materna	26,7 [16 - 45]
Edad gestacional*	35,9 [24 - 41]
Primigestas	41
CST previa	28
RPM	29
DG	12
Tabaquismo	18
Preeclampsia**	20
AO de DPPNI***	4
HTAc****	7
Cocaína	5
Trombofilia	2

*Edad gestacional al momento de DPPNI. CST: cesárea. RPM: rotura prematura de membranas. DMPG: diabetes mellitus pre gestacional. DG: diabetes gestacional.** en embarazo actual. ***AO de DPPNI: antecedente obstétrico de DPPNI. HTAc: hipertensión arterial crónica.

Aunque la presentación clínica en la mayoría de los casos se manifiesta en forma aguda, varios estudios apoyan la idea de que el desprendimiento de placenta también puede presentar un curso crónico. La manifestación aguda por lo general responde a causas inflamatorias, como por ejemplo en contexto de una corioamnionitis. La teoría del desarrollo crónico del DPPNI engloba la disfunción vascular placentaria que da como resultado la placentación anormal y la insuficiencia placentaria. ^{12 7}

Aunque la mayoría de los casos de DPPNI dan lugar a un parto inmediato, algunas hemorragias arteriales evolucionan gradualmente y dan lugar a un infarto veloso reciente superpuesto, determinando un desprendimiento prematuro de placenta subaguda.¹³

Tanto por medio de una vía inflamatoria, como por una disfunción vascular placentaria se cree que estos conducen a la ruptura de las arterias espirales, determinando una hemorragia en la interfase decidual-placentaria, que lleva a la separación prematura de la placenta. ^{2 4 14}

La alta morbimortalidad materna se debe a la hemorragia grave que sigue a esta complicación, la cual puede determinar graves complicaciones como shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada e histerectomía de necesidad. ¹⁵ Para el feto, la

morbimortalidad está determinada porque la separación aguda de la placenta priva al feto de oxígeno y nutrición, pudiendo desencadenar en consecuencia la muerte fetal. ^{1 15}

Tal como se procede en los casos donde existe patología materna o fetal durante la gestación y/o el parto, en todas aquellas pacientes que se hizo diagnóstico de DPPNI, se evaluó posteriormente al alumbramiento en forma macroscópica la placenta y luego fue enviada a estudio anatomopatológico.

En el momento del parto, los coágulos de sangre viejos o recién adheridos son diagnósticos de desprendimiento, si bien puede estar ausente cuando el DPPNI se produce de forma muy aguda, no dando tiempo a la formación de coágulos. ¹⁵

El aspecto macroscópico intraoperatorio, depende del tiempo de evolución del DPPNI. Pueden observarse coágulos de diferente tamaño, que pueden desprenderse manualmente, dejando una zona excavada. Las características del coágulo dependen de la severidad y localización. Cuando la separación se inicia en la parte central de la placenta, el hematoma será mayor que en aquellos de inicio marginal. ¹⁶

Algunas de estas placentas, pero no todas, pueden tener características histológicas de desprendimiento de placenta. ²

Al ser evaluadas por el patólogo la placenta es sometida a una evaluación macro y microscópica.

La evidencia macroscópica de desprendimiento está determinada por hemorragia retroplacentaria, hendidura o hematoma, mientras que en los casos más evolucionados puede haber depósitos de fibrina en el sitio del desprendimiento e infartos de la placenta suprayacente. ^{1 2}

En el examen microscópico, buscamos infartos vellosos asociados con destrucción decidual, hemorragia y aumento de la formación de nudos sincitiotrofoblasto adyacentes, así como presencia de macrófagos cargados de hemosiderina y evidencia de hemorragia vellosa, estos últimos generalmente presentes en los casos de desprendimiento evolucionado. En los desprendimientos viejos y pequeños, los únicos hallazgos pueden ser pequeños cambios de color e infartos. ^{1 14}

El edema veloso, aunque es un cambio bastante inespecífico, es un hallazgo constante en los casos de desprendimiento de placenta ²

Las lesiones histológicas agudas incluyen corioamnionitis, deciduitis aguda, funisitis, edema veloso, hemorragia estromal vellosa y membranas teñidas de meconio asociadas con necrosis amniótica y monófagos pigmentados. ^{2 14}

El examen histológico tiene una sensibilidad del 30,2% y una especificidad del 100% para confirmar el diagnóstico clínico. ¹⁵

Se ha propuesto un sistema integral creado por 26 patólogos placentarios de alrededor del mundo que se conocieron en Amsterdam en septiembre de 2014

Las lesiones placentarias se clasifican según los criterios de Amsterdam: en 4 categorías principales: mal perfusión vascular materna; lesiones de mala perfusión vascular fetal; corioamnionitis histológica (HC); y vilitis de etiología desconocida (VUE) o villitis crónica. ¹²

En los informes anatomopatológicos de las pacientes estudiadas se evidenció a nivel macroscópico: lesiones blanquecinas, lesiones parduzcas, lesiones pardo - rojizas en relación a la placa corial.

A nivel microscópico: mala perfusión vascular materna, microinfartos e infartos placentarios, evidencia de sangrado evolucionado, aumento de número de nidos sinciciales, colgajos fibrinoides hemorrágicos, elementos de mala perfusión fetal: vellositis crónica y cariorrexis vascular, trombosis intervellosa, hematoma retroplacentario e intervelloso, áreas de necrosis, trombosis suboclusiva de vellosidades troncales, trombosis subcorial, meconio, hemosiderofago en membranas y cordón, corioamnionitis aguda, depósitos fibrinoide intervellositarios.

Conclusiones

El DPPNI es un cuadro de extrema gravedad, que supone riesgo vital para el binomio materno - fetal, tratándose de una verdadera emergencia obstétrica, por lo que es importante un oportuno diagnóstico y rápido accionar. Se vió que la suma de criterios clínicos aumenta la especificidad diagnóstica, si bien uno solo tiene buen valor predictivo positivo. Siendo la hipertonía la que mostró mayor asociación.

Declaro que este artículo no presenta conflicto de intereses, así como tampoco fue subvencionado por alguna institución, laboratorio o empresa particular.

Bibliografía

1. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2006 Oct;108(4):1005-16. doi: 10.1097/01.AOG.0000239439.04364.9a. PMID: 17012465.
2. Elsasser DA, Ananth CV, Prasad V, Vintzileos AM; New Jersey-Placental Abruption Study Investigators. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Feb;148(2):125-30. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.10.005. Epub 2009 Nov 7. PMID: 19897298; PMCID: PMC2814948.
3. Brăila AD, Gluhovschi A, Neacșu A, et al. Placental abruption: etiopathogenic aspects, diagnostic and therapeutic implications. *Rom J Morphol Embryol.* 2018;59(1):187-195. PMID: 29940627
4. Gonen, N., Levy, M., Kovo, M., Schreiber, L., Noy, L. K., Volpert, E., Weiner, E. (2020). *Placental Histopathology and Pregnancy Outcomes in "Early" vs. "Late" Placental Abruption. Reproductive Sciences.* doi:10.1007/s43032-020-00287-3
5. Pariente, G., Wiznitzer, A., Sergienko, R., Mazor, M., Holcberg, G., & Sheiner, E. (2010). *Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 24(5), 698–702.* doi:10.3109/14767058.2010.511346
6. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 Feb;90(2):140-9. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x. Epub 2010 Dec 7. PMID: 21241259.

7. Ananth, C. V., Oyelese, Y., Prasad, V., Getahun, D., & Smulian, J. C. (2006). *Evidence of placental abruption as a chronic process: Associations with vaginal bleeding early in pregnancy and placental lesions. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 128(1-2), 15–21.* doi:10.1016/j.ejogrb.2006.01.016
8. Dommissie J, Tiltman AJ. Placental bed biopsies in placental abruption. Br J Obstet Gynaecol. 1992 Aug;99(8):651-4. doi: 10.1111/j.1471-0528.1992.tb13848.x. PMID: 1390469
9. Saccone, G., Maruotti, G. M., Paternoster, M., & Martinelli, P. (2016). *Diagnosis of placental abruption: a legal issue for physicians. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 29(24), 4035–4036.* doi:10.3109/14767058.2016.1153061
10. Levy M, Gonen N, Kovo M, et al. Does macroscopic estimation of the extent of placental abruption correlate with pregnancy outcomes? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020 Nov;254:188-194. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.09.039. Epub 2020 Sep 25. PMID: 33007579
11. Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Hallak, M., et al. (2003). *Placental abruption in term pregnancies: clinical significance and obstetric risk factors. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 13(1), 45–49.* doi:10.1080/jmf.13.1.45.49
12. Michal Kovo, Noa Gonen, Letizia Schreiber, et al. Histologic chorioamnionitis concomitant placental abruption and its effects on pregnancy outcome. Volume 94, 2020, Pages 39-43.
13. Redline RW. Classification of placental lesions. Am J Obstet Gynecol. 2015 Oct;213(4 Suppl):S21-8. doi: 10.1016/j.ajog.2015.05.056. PMID: 26428500.
14. Chen AL, Goldfarb IT, Scourtas AO, Roberts DJ. The histologic evolution of revealed, acute abruptions. Hum Pathol. 2017 Sep;67:187-197. doi: 10.1016/j.humpath.2017.08.007. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28823573; PMCID: PMC5806047.
15. Yang Li, Yuan Tian, Ning Liu, Yang Chen, Fujun Wu. Analysis of 62 placental abruption cases: Risk factors and clinical outcomes. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 58, Issue 2, 2019, Pages 223-226, ISSN 1028-4559.
16. Soto J, Araujo J. M., Mora R. ABRUPTIO PLACENTAE. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia.

1 Residente Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

2 Ex Asistente Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

3 Profesor. Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Lo Nuevo en Gestión Menstrual: Diferencias entre la Copa Menstrual y el Disco Menstrual

Autores:
Dra. Alejandra Julia Giurgiovich¹

Introducción:

Este trabajo presenta un nuevo método el disco menstrual (DM) para el uso en la higiene menstrual (MHM) o gerenciamiento de la higiene menstrual (GHM) como es llamado actualmente.

El DM, es parecido a la copa menstrual (CM), por ello hacemos una comparación entre ambos, pero la gran diferencia para destacar que con este nuevo método de GM, con DM, se pueden tener relaciones sexuales, cosa que es imposible con la CM, ya que ocupa parte de la vagina.

Resumen:

Hace años, que para el sangrado menstrual se utiliza la (CM). La misma existe desde 1860, realizada con distintos materiales y formas. Parecería que recién en el siglo XXI, fue mejor aceptada y se comenzó a usar más extensamente.

Este mayor éxito se podría explicar por la mejora de los productos con que se realiza, la mayor propaganda televisiva y la mayor conciencia del cuidado del medio ambiente.

También, al utilizar la CM más masivamente, aparecieron beneficios y desventajas como, por ejemplo: alergia al látex, cambio de la flora vaginal, shock séptico, y expulsión de dispositivo intrauterino; entre mujeres que la utilizaban, así como la queja de las usuarias de incomodidad de romper el vacío al sacarla, la cola de látex muchas veces sobresalía de sus vulvas y no poder tener relaciones sexuales mientras la usaban.

Los beneficios del CM: más fácil colocación, no hay que romper el vacío (por varias encuestas es lo quemamos moles), es fácil de lavar, permite tener relaciones sexuales mientras se usa.

Estos inconvenientes, así como la poca facilidad de la colocación y extracción, hace que aparezca un nuevo producto el DM.

El DM permite tener relaciones sexuales, durante el periodo menstrual, es más fácil de colocar y también se puede utilizar por 12 horas. Este nuevo método para la GM, fue aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) en 2018 y en Argentina se consigue por internet.

En este trabajo se presenta un review comparativo entre la CM y el DM.

Abstract:

The menstrual cup (MC) has been used for years for menstrual cycles. It exists since 1860, with different materials and forms, it seems that only in the 21st century, it was better accepted and began to be used more extensively.

It can be explained by the improvement of the products with which it is made, the greater television advertising and the greater awareness of caring for the environment.

Also when using it more, pros and cons appeared, such as: allergy to latex, change in vaginal flora, septic shock, and expulsion of intrauterine device; among women who used it, as well as the complaint of the users of discomfort of breaking the vacuum when removing it, the latex tail often protruded from their vulvas and they could not have sexual relations while using it.

The benefits of MC: easier placement, there is no need to break the vacuum (according to several surveys, this is what burns moles), it is easy to wash, it allows you to have sexual relations while using it.

These drawbacks, as well as the little ease of placement and removal, make a new product "the menstrual disc" (MD) appear.

The MD allows you to have sexual intercourse, during the menstrual period, it is easier to insert and can also be used for 12 hours.

The DM was approved by the FDA in 2018 and in Argentina it is available online.

This paper presents a comparative review between MC and the MD).

Palabras claves: copa menstrual, disco menstrual, gestión menstrual, higiene menstrual.

Objetivo del artículo:

Este artículo es un pequeño review de comparación entre la copa menstrual (CM) y disco menstrual (DM).

Antecedentes sobre el tema:

La CM no es un elemento nuevo para la recolección del flujo menstrual, aparece por primera vez y es creada y patentada por S. L. Hockert, se la llamó «saco catamenial», autorizada en 1867 en Estados Unidos, para su uso.

Desde hace algunos años se intentó poner de moda la CM, en relación a la higiene o GM o manejo de higiene menstrual (MHM) o gestión de la higiene menstrual GHM, término, este último que determina el conjunto de prácticas y elementos utilizados durante el momento de la menstruación.

Este término, GHM: fue introducido por Thompson y col. (1) y en 2005 por UNIEF en el Reino Unido (2). Es un término más amplio, que engloba no solo el elemento utilizado en el período de sangrado del ciclo menstrual, sino que se hace con él al desecharlo y su impronta ecológica en este acto.

En el siglo XXI, tuvo un gran auge, la CM, no solo por la mayor conciencia de cuidado ecológico mundial, sino por la practicidad y comodidad en la vida diaria de una mujer.

Por lo tanto, la CM, es perfecta para algunas mujeres jóvenes que necesitaban algo práctico, saludable, seguro y que no polucionara el medio ambiente, además de ser económica.

Pero en relación al uso de CM, algunos estudios científicos, mostraron resultados beneficiosos y otros no deseables en su utilización. (3)

En relación a la utilización de la CM se describen varios problemas: alergia al látex, problemas para la extracción, la cola de látex que puede sobresalir y el romper el vacío al sacarla, no poder tener relaciones sexuales al usarla, entre otros.

Desde el aspecto médico, algunos autores hallaron: del shock séptico, alergia y la modificación o expulsión del dispositivo intrauterino (DIU) al usarla, este punto también genera controversias. Wiebe E.R (4) afirma que no es posible la expulsión del DIU, mientras que Schnyer, A.N. y col. sostienen lo contrario. (5).

Aparentemente, estos problemas desaparecen con un nuevo elemento para la higiene menstrual: el disco menstrual, aprobado por la FDA en 2018 y que en Argentina se consigue hoy por internet.

En el estudio realizado por Camilo Arena Gallo y col. (3), en una revisión de literatura científica sobre MHM o GM, destacó que entre el 10 al 45% del rango de las mujeres que usaban CM lo encontraron como "un método dificultoso para su uso", comparado con tampones o toallitas higiénicas o de tela lavables, o ropa interior descartable, mientras que un rango del 48 al 94% lo continuaban usando en forma segura. Este autor halló, además, en su estudio, una alta tasa de expulsión de la CM.

Como complicaciones, otras comunicaciones científicas, exponen el problema de la expulsión y alergia, shock séptico, problemas en pacientes que usan dispositivo intrauterino, etc. (3, 5-7)

El ciclo menstrual es un evento fisiológico, que para muchas mujeres pasa como un momento más del mes, pero para otras ya sea por la cantidad de sangrado o molestias y su actividad diaria, es un momento del mes muy problemático, más aún cuando las obliga a quedarse en sus casas por la cantidad de sangrado.

Esto crea un problema en su vida cotidiana y horas de producción laborales perdidas.

En nuestro país el ciclo menstrual se inicia en las mujeres a una edad promedio de 11,6-12.5 años, más menos dos años de edad y un año de adelanto con sus madres. (8).

Se considera que una menstruación normal debe durar entre 3 a 5 días, la cantidad de sangre que se elimina es un promedio de 20 a 60 ml de sangrado, cada 21 a 35 aproximadamente. (9).

En relación a la ecología, se realizaron cálculos en cuanto al desecho que provocaban los elementos utilizados por las mujeres a lo largo de su vida utilizando distintos colectores de sangre menstrual no degradables y no amigables con el medio ambiente.

El cálculo es sorprendente: una mujer en periodo fértil, puede usar: entre 5 a 6 tampones/toallas sanitarias por día, lo que equivale entre 25 a 30, y por año entre 300 a 360 de ellas. Lo que indicaría que en toda la vida fértil habría un desecho de 12.600 a 14.400

tampones/toallas sanitarias, lo que se degradaría en unos 600 a 800 años. Esto implica un gran impacto ambiental negativo. (10)

Se crearon gran variedad de artículos para utilizar en este momento del ciclo menstrual, toallitas superabsorbentes, tampones, toallas de tela reusables, ropa interior descartable absorbente y la CM, la cual es muy antigua, nunca logro ser popular por distintos factores: material de producción, uso, colocación, etc., aunque parecía que las nuevas formas, textura y materiales, la hicieron más fáciles de usar. (11).

Entre los inconvenientes que se le adjudican a la copa menstrual están: no poder tener relaciones sexuales al utilizarla, la molestia que causa la cola de látex en la copa, el romper el vacío para quitarla, además, si la colocación no es perfecta se produce "fuga" de sangre menstrual provocando manchados.

Desde 2018 la FDA aprobó el DM, el cual aparentemente supera estos problemas, pero el tiempo de mantenerlo colocado es mucho menor, y esto también es un problema.

Comparación de la CM y DM:

Un review de 43 revistas científicas, realizado por van Elij AM y col. sobre el uso de la CM y DM, el cual abarco un total de 3319 participantes, mostraron que el 60% de las participantes en estos estudios usaban CM y un 12% el DM, el resto otros métodos. (12)

También en este estudio en la mayoría de los artículos que fueron analizados, no se mostró alteración de la flora vaginal, luego de la utilización por, más de 13 meses. (12)

En el estudio de van Elij AM. (11), et al, también aparecen 5 mujeres con shock séptico y algunas que reportan inflamación, dolor vaginal e infecciones urinarias. Igualmente, en el 73% de los estudios las mujeres decidían seguir usando la CM por comodidad, seguridad y economía. (11)

La CM es una tecnología antigua que se fue mejorando con el tiempo y que hoy ofrece: seguridad, economía y cuidado de la ecología en las mujeres que la adoptan como parte de su higiene menstrual.

Debido al material utilizado, para realizar la CM, no fue muy aceptada por las mujeres, otro problema hallado en el estudio de Magdely, Pedro Galarza y col, (11) fue la problemática de su colocación, lo cual se podría mejorar con un buen entrenamiento, seguimiento y acompañamiento en los primeros meses de uso.

Otro estudio desarrollado con universitarias expuso que el 48.0% de las participantes escribieron respuestas relacionadas con la presunta incomodidad de la CM porque debería ser más pequeña, delgada y con diferente forma, el 10.0% de participantes anotó su preocupación por lo difícil de su uso y el temor a las fugas, el 14.0% rechazó todo concepto de la CM (13).

El problema más frecuente es la pregunta de mujeres con DIU, si la copa no lo correrá de lugar, debido al vacío que provoca. Schnyer A.N. y col (5), en su trabajo al respecto, trataron de probar la expulsión o no de DIU, con la utilización de distintos elementos para la higiene menstrual.

En su estudio, Schnyer A.N. y col (5), encuestaron a participantes de 18 años o mayor edad que utilizaban DIU, que decían haber utilizado o estar utilizando DIU en el momento de la encuesta, de los 902 encuestadas el 71% dijo estar usando DIU, y el 19,7 % de ellas usaba la CM. Se vio que las que utilizaban en ese momento DIU eran menos proclives a usar la CM que las que no tenían DIU. Entre las que usaban DIU y CM se reportó un 8,8% de expulsión. Los autores hallaron una relación positiva entre usar DIU, CM y expulsión. (OR: 2.75, 95% CI: 1.40-5.42, p = .002),

En un estudio de revisión de 43 artículos científicos, que constituían 3319 participantes, el 63% usaban CM, el 12% copas cervicales, el 25% diferentes tipos de elementos no determinados.

Este estudio halló que en la mayoría de las mujeres que adoptaban la CM, necesitaban entrenamiento previo y apoyo posterior en resolver las dificultades para el uso, también se mostró que la utilización de la CM no cambiaba la flora vaginal (507 mujeres), presentaron dolor vaginal, o edema vaginal en 5 mujeres, otras 5 mostraron shock séptico al usar la CM, 6 mostraron alergias, 6 patología urinaria, 13 reportaron corrimiento del DIU, se reportaron, además, que 47 mujeres necesitaron ayuda profesional para retirar la CM.

Estos estudios concluyen que lo necesario es una buena consejería, entrenamiento y acompañamiento para un resultado exitoso de la CM.

El DM, es una alternativa menos conocida para el manejo el MHM o GM, pero igualmente práctica, amigable con el medio ambiente que la CM. (12, 14 - 15)

Las principales diferencias entre la Copa Menstrual y el Disco Menstrual se encuentra en: (17, 18)

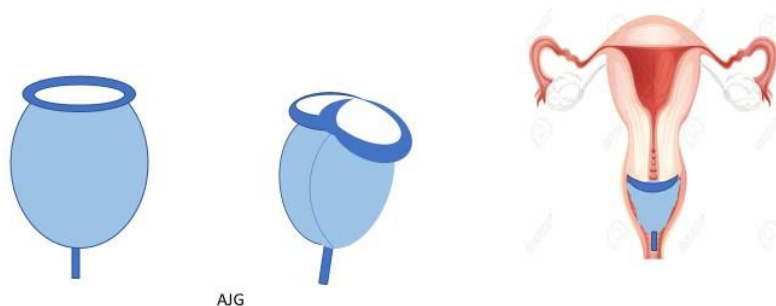
Colocación de la CM:

La copa menstrual permite recoger el flujo menstrual. Se coloca en el tercio superior de la vagina, cercana al cuello, media una maniobra previa de “doblar o plegar” el anillo, el cual se libera al acercarla al cérvix o cuello del útero donde hace vacío y queda ubicada. Es decir, se ajusta alrededor del cuello uterino. Dibujo I.

Dibujo I. “Colocación de la copa menstrual”

COPA MENSTRUAL: Colocación:

- Doblado y colocación



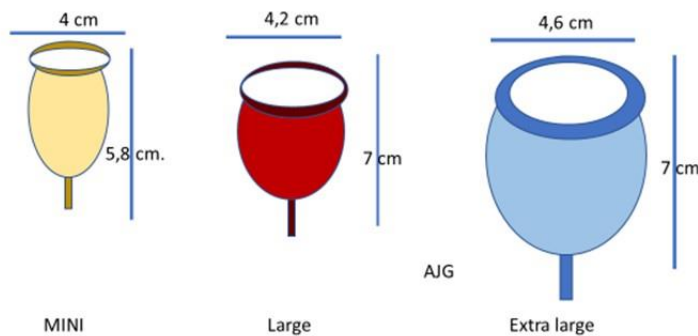
Tomado y modificado de https://es.123rf.com/profile_blueringmedia

Manejo o flujo menstrual o GN, mediante CM y DM:

La CM permite el igual que el DM, recoger el flujo menstrual, pero mientras el DM tienen una sola medida, la CM tiene tres tamaños acordes a la cantidad de flujo menstrual y al tipo de vagina de la mujer que desea utilizarla. Dibujo II.

Dibujo II: "Tamaño de la copa menstrual":

COPA MENSTRUAL: Distintas capacidades



El Disco Menstrual (DM):

El DM, es un elemento más nuevo para la GHM, su forma recuerda al diafragma, y se puede utilizar si se desea tener relaciones sexuales durante el periodo menstrual. No debe ser utilizado como anticonceptivo de barrera.

Su función también es recoger la sangre menstrual, solo se ha fabricado en un tamaño y se adapta a cualquier tipo de vagina y pelvis.

El DM es de fácil colocación, y se coloca cercano al cérvix o cuello uterino. Colocándolo por detrás del hueso del pubis y por detrás del cuello, cubriendo totalmente este, pero no hace vacío en su inserción. El anillo es doble, pero más blando y suave para su colocación.

Lo novedoso es que por su formato permite mantener relaciones sexuales, es decir no ocupa los dos tercios inferiores de la vagina, permitiendo la penetración, sin escurrimiento de sangre menstrual.

Además, el DM, se recomienda en casos de suelo pélvico debilitado, prolapso en grado leve y un cuello uterino corto. Dibujo III.

Dibujo III "Colocación del disco menstrual".

Colocación del DM:

Disco menstrual



- Doble a nillo para evitar desbordes.
- Se comprime en el medio del anillo para la colocación.
- Se introduce y saca paralelo a vagina.
- No hay que romper vacío.
- Se coloca desde el hueso de la pelvis hasta detrás del cuello (fondo de saco posterior)



AJG

En primer lugar, al igual que con la CM, la persona que lo utiliza, debe lavarse las manos, y en el caso de la CM, hervirla en el primer momento de la colocación, luego higienizarla con agua limpia potable o mineral.

En el caso del DM, debe lavarse con agua y jabón, y luego un antiséptico propio para el DM, cada vez que se deja de usar y antes de volver a insertarlo se vuelve a repetir el mismo procedimiento.

El DM está constituido por dos aros, más blando que los de la CM, y un látex poliuretánico hexagonal, cóncavo, que evita la pérdida o escape del flujo menstrual.

Luego de la higiene de las manos, se toma el DM por la mitad de los aros, (dibujo III), se comprime con dos dedos en forma de 8, se coloca horizontal en la vagina y con el dedo índice, se empuja detrás del hueso pubis, y detrás del cuello uterino, así queda colocado correctamente, no hace vacío a diferencia de la CM.

Al quedar pegado contra el cérvix, en el tercio superior de vagina, al ser plano y blando y sin cola de látex para extraerlo, puede tenerse relaciones sexuales, ya que no ocupa parte de la vagina como la CM.

Lo importante es recordar que el DM, no es un anticonceptivo, ni evita enfermedades de transmisión sexual. No debe usarse fuera de la menstruación como anticonceptivo.

Tanto el DM como la CM, pueden corroborarse que están bien colocados, siguiendo con el dedo índice o mayor la superficie del aro y así comprobar que el aro, abraza el cuello uterino.

Importante:

El conocer el elemento que usaremos, ya sea CM o DM, es imprescindible, previamente que la paciente tenga acciones amigables:

- Conocer su cuerpo, en particular su vagina, conocer el objeto que utilizara: “jugar”, tocarlos, conocer la forma de plegarlo.
- Haber tenido una explicación y practica de colocación previa. Esto evita el dejar de usarlo o las malas colocaciones.
- Es importante, también una explicación para que sepan extraerlo, en el caso de la CM, como romper el vacío.
- Dejar contactos para que puedan buscar ayuda si hay dudas.

Todo lo anterior evita la deserción en el uso cualquiera de los elementos de DG o MHM.

Extracción:

En el caso de la CM, es importante introducir el dedo índice por la cara anterior de la vagina, enganchar suavemente el anillo de la CM, romper el vacío, (acto que a muchas mujeres desagrada y hace que la dejen de usar), luego de retirarla con cuidado para evitar derrames, lavarla y volver a colarla.

Para la extracción del DM, también se introduce el dedo índice por la cara anterior de la vagina, se enganchan suavemente en los anillos del DM y luego se extrae en forma horizontal para evitar derrames, luego se lava con el antiséptico que viene con el DM, y se guarda seco para reutilizar.

Ambos, el DM y la CM, se pueden retirar sentadas en el inodoro, para evitar manchados o derrames, hasta tomar más practicidad al retirarlos.

Tiempo de uso:

Ambos, tanto el DM como CM, se pueden utilizar 12 horas. Se lavan ambos con jabones neutros, luego el DM, se lava con el antiséptico y reusar.

Al finalizar el período, la CM, se hierven para esterilizar con agua sola, sin lavandina. Se hierven durante 3 minutos, y guardarlos hasta nuevo uso.

En el caso del DM, no se hierve, se lava con agua y jabón neutro, antiséptico, se deja secar y se guarda hasta el próximo uso.

Disco menstrual, copa menstrual y ecosistema:

Si bien el disco menstrual, tiene el mismo concepto de uso que la CM, está constituido por una silicona más fina, mientras que el DM tiene una textura polimérica de látex hexagonal, fino, no alérgico, biodegradable.

Al igual que la CM, el DM son: ecológicas, biodegradables, de fácil uso, y son seguros para evitar goteos. Ambas con el uso en forma adecuada parecerían no aumentar el grado de infecciones vaginales, ni shock séptico. De todas maneras, el DM, falta tiempo para definir con estudios científicos estrictos y de más largo plazo sus posibles efectos adversos.

A diferencia de la CM, en el DM, puede utilizarse en ciertas anomalías del piso pélvico: pélvico se encuentra debilitado prolapso vaginal en grados leves, y con el cuello uterino muy corto.

Cuadro Comparativo

“Las Principales Diferencias entre la Copa Menstrual y el Disco Menstrual”

CARACTERISTICA	COPA MENSTRUAL	DISCO MENSTRUAL
¿para que se utiliza?	Recolección del sangrado menstrual.	Recolección del sangrado menstrual y poder tener relaciones sexuales al mismo tiempo.
Diseño	<p>La CM tiene forma alargada y cóncava, con anillo simple para contener el fluido menstrual.</p> <p>Se extrae traccionando de una cola de silicona y rompiendo el vacío con el dedo índice traccionando del aro que este alrededor del cérvix.</p>	<p>Un DM, tienen aro doble, algo más grande y blando, que el de la CM, La forma del DM blando, plano.</p> <p>El doble anillo se coloca por detrás del hueso del pubis hasta el fondo de saco posterior de la vagina.</p> <p>Para extraerlo se toma con un dedo, del anillo del CM, no hay vacío.</p>
Tamaños	Por lo general son tres los tamaños. Esto depende la marca.	Un solo tamaño. Por ser muy blanda se adapta a cualquier tipo de vagina.
¿Dónde se colocan?	La CM se coloca en el tercio superior de la vagina, la más alta. Ocupa casi toda la vagina.	Se colocan en lo profundo cerca del cuello uterino o cérvix entre el hueso de la pelvis y la parte detrás del cuello. Es plano ocupa solo una pequeña parte de la vagina.
¿Cómo funciona?	<p>Acorde al tamaño, puede recoger entre 20 a 50 ml.</p> <p>Luego se vuelca se higieniza y se vuelve a colocar.</p> <p>Se usa 12 horas.</p>	El DM, recoge menos cantidad de sangre que la CM. Solo se deja como máximo 12 horas, se higieniza y se vuelve a usar.
¿Cómo se higieniza?	Se hierve el comenzar el ciclo por 3 minutos, y luego de cada cambio: luego del lavado de manos, y fuera de casa, se debe higienizar la CM, luego de vaciarlo, lavarla con agua limpia corriente o mineral.	Se higieniza con agua y jabón (un jabón antiséptico especial) previo a enjuague con agua limpia. El antiséptico lo venden con el disco. Al fin del ciclo, se higieniza y se guarda hasta el próximo ciclo.
Material con el que está realizado	<p>Silicona quirúrgica, antialérgica o elastómero termoplástico.</p> <p>Ecológicamente amigable</p> <p>Vida útil más de 10 años y se reutiliza.</p> <p>más de un año para el uso, se reutiliza</p>	<p>Silicona tipo quirúrgica, tipo poliuretano, hexagonal doble, suave y fina, doble para evitar el derrame</p> <p>Ecológicamente amigable.</p> <p>Vida útil de 1 año. Un periodo de degradación en el ambiente de aproximadamente siete años.</p> <p>Puede durar más de un año para el uso, se reutiliza</p>

“Otras comparaciones interesantes entre DM y CM”

CARACTERISTICA	CM	DM
¿Evita embarazo y ETS?	No es un método anticonceptivo ni evita ETS. NO se puede tener relaciones sexuales, ya que ocupa la mitad de la vagina. se cambia cada 12 horas.	No es un método anticonceptivo. No evita ETS. Hay que usarlo con preservativo. Puede, acorde a la cantidad de flujo menstrual, usarse por 12 horas. Se puede usar durante el periodo menstrual y se puede tener relaciones sexuales con el DM colocado.
¿Qué hace que se pueda elegir CM o DM?	Los músculos pelvianos deben ser tensos. No se debe constatar cistocele, no se puede usar si tener cuello uterino corto.	Se puede utilizar en músculos pelvianos débiles. Se puede utilizar: post parto. No importa la presencia de cistocele o cuello cervical corto.
Efectos no deseables	Síntomas como dolor, irritación del canal vaginal y lesiones leves. Shock séptico, expulsión de DIU. (hay mucha discusión aún).	Práctica para su colocación correcta y extracción para evitar volcar el contenido.
¿Se puede usar en personas vírgenes?	SI	SI
¿Dónde se adquiere?	En farmacias de todo el país	Solo por internet.

Reflexiones:

- 1. Tanto la CM como el DM, fueron dos avances importantes en la GM en los últimos tipos.**
- 2. Ambas son seguras, simples de usar, económicas, cómodas y amigables con el medio ambiente.**
- 3. La DM, suple la necesidad de muchas mujeres de poder tener relaciones sexuales en su periodo menstrual, sin derrame.**

4. **Las claves más importantes para satisfacer a las usuarias son: buena consejería, buena instrucción práctica y contacto accesible por problemas en su uso.**
5. **Debe quedar claro la correcta higiene de la CM y DM, sin lavandina ni agua oxigenada que puede dañar el material con que están confeccionados.**
6. **El DM no evita enfermedades de transmisión sexual ni embarazo, si es usado fuera del periodo menstrual.**

Referencias:

1. Thomson, J.; Amery, F.; Channon, M.; Puri, M. «What's missing in MHM? Moving beyond hygiene in menstrual hygiene management». *Sexual and Reproductive Health Matters* (en inglés) 27 (1). 2019 doi:10.1080/26410397.2019.1684231. Consultado el 21 de agosto de 2022.
2. Unicef México. «Manuales sobre salud e higiene menstrual».. octubre de 2020. Consultado el 18 de octubre de 2022.
3. Arenas-Gallo, C.; Ramírez-Rocha, G.; González-Hakspiel, L., y colabo. Acceptability and safety of the menstrual cup: A systematic review of the literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2020 Jun; 71(2):163-177. doi: 10.18597/rcog.3425 PMID: 32770872 DOI: 10.18597/rcog.3425).2020.
4. Wiebe, E.R.; Trouton, K.J.; . Does using tampons or menstrual cups increase early IUD expulsion rates? *Comparative Study Contraception*. 2012 Aug;86(2):119-21. doi: 10.1016/j.contraception.2011.12.002. Epub 2012 Mar 28. Affiliations expand PMID: 22464406 DOI: 10.1016/j.contraception.2011.12.002.
5. Schnyer, A.N.; , Jeffrey T Jensen , Alison Edelman, A., et alt. Do menstruales cups increase risk of IUD expulsion? A survey of self-reported IUD and menstrual hygiene product use in the United States *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019 Oct;24(5):368-372. doi: 10.1080/13625187.2019.1643836. Epub 2019 Jul 23. Affiliations expand PMID: 31335218 DOI: 10.1080/13625187.2019.1643836.
6. Schlievert, P.M.; Davis, C.C. Device-Associated Menstrual Toxic Shock Syndrome. *Clin Microbiol Rev*. 2020 May 27;33(3):e00032-19. doi: 10.1128/CMR.00032-19. Print 2020 Jun 17. PMID: 32461307.
7. Nonfoux, L.; Chiaruzzi, M.; Badiou, C.; et al. Impact of Currently Marketed Tampons and Menstrual Cups on *Staphylococcus aureus* Growth and Toxic Shock Syndrome Toxin. Production In Vitro. *Appl Environ Microbiol*. 2018 May 31;84(12):e00351-18. doi: 10.1128/AEM.00351-18. Print 2018 Jun 15. PMID: 29678918.
8. AV Rubinstein, A.V.; Rahman, G.; Risso, P y col. Presentación de la menarca en madres e hijas. ¿Existe un adelanto? Instituto Nacional de Pediatría *Acta pediátrica de México*, vol. 38, núm. 4, pp. 219-227, 2017.
9. McDowell, M. A., Brody, D. J., & Hughes, J.P. (2007). Has age at menarche changed? Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *Journal of Adolescent Health*, 40, 227–231. 2007.

10. Felitti, K. El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el mercado, la ecología y el poder femenino. April 2016. Sexualidad Salud y Sociedad (Rio de Janeiro) DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2016.22.08. License CC BY 4.0 April 2016 Sexualidad Salud y Sociedad (Rio de Janeiro). DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2016.22.08.a 2016.
11. Prado-Galarza, M.; Doncel W.A.; Olmedo, O. y col. La copa menstrual, una alternativa de higiene femenina. Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. chil. obstet ginecol. vol.85 no.1 Santiago feb. 2020 9. versión impresa ISSN 0048-766X versión On-line ISSN 0717-7526. 2020
12. van Eijk AM, Zulaika G, Lenchner M, Mason et al. Menstrual cup use, leakage, acceptability, safety, and availability: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2019 Aug;4(8): e376-e393. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30111-2. Epub 2019 Jul 16. 2019.
13. Grose R G, Grabe S. Sociocultural Attitudes Surrounding Menstruation and Alternative Menstrual Products: The Explanatory Role of Citada 2019 Jul 19] 35(6): 677-694. Hallado en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2019.1638332>)Self-Objectification. Rev Healthcare for Women International. [Publicación periódica en línea] 2014.
14. Rajanbir Kaur, R., Kanwaljit, K.. Menstrual Hygiene, Management, and Waste Disposal: Practices and Challenges Faced by Girls/Women of Developing Countries. Journal of Environmental and Public Health/ Review Article | Open Access Volume 2018 | Article ID 1730964 | <https://doi.org/10.1155/2018/173096>, 2018
15. Garazi, Zulaika, G.; Laserson, K.; Lenchner, M.; et al. (2019). «Menstrual cup use, leakage, acceptability, safety, and availability: a systematic review and meta-analysis». The Lancet. Lancet Public Health 2019 (en inglés) (Elsevier Ltd) 4 (8). doi:10.1016/S2468-2667(19)30111-2. Consultado el 8 de marzo de 2020.
16. Felitti, Karina (2017). «Cíclica y la copa menstrual argentina: historia, propuestas y desafíos del movimiento Maggacup». Rev IISE (Instituto de Investigaciones Socio-Económicas de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan) 10 (10): 35-48. ISSN 2250-5555. Consultado el 8 de marzo de 2020.
17. Sánchez Casanova, W.M. (noviembre de 2017). «Cofepri vs. copa menstrual: Discursos, vacíos y resistencias». 3er Congreso Internacional de Ciencias Sociales. Teorías y Mundo Contemporáneo (San Cristóbal de Las Casas, Chiapas). Consultado el 13 de marzo de 2021.
18. NPs & Pas. FROM OUR PRINT ARCHIVES New Options in Menstrual Protection, oct. 8, 2022.

1. Doctora en Medicina de la UBA. / Especialista en Ginecología y Obstetricia.
 Certificada en Ginecología Infanto-Juvenil.
 Certificada en Sexología Clínica.
 Medica legista.
 Ex presidente de SAGIJ.
 Ex encargada de Adolescencia en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires-
 Miembro de SOGBA, SOGIBA, FASGO

¿Cómo nos comunicamos con quienes asisten a la consulta?

Autor

Dr. Mariano Grilli¹

Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más permanente.

Pedro Laín Entralgo (1908-2001)

La relación médico-paciente, va evolucionando año tras año. En este artículo hablaremos del “el paciente” como generalidad, abarcando a todas las personas sin distinción de género.

Tuvimos un modelo denominado paternalista, donde el medico era el centro del universo y el paciente estaba a merced de sus decisiones, que podrían seguramente, ser acertadas, pero que dejaba al paciente en un plano secundario.

La comunicación se ejercía de manera unidireccional, como si fuera un reglamento, con una serie de indicaciones (a veces por escrito), donde no dejaba lugar a duda de que se debía implementar de ese modo, y en este caso, solo quedaba asentir esas indicaciones, con poca facilidad para expresarse y menos aún, intentar conversar al respecto.

Y como si esto fuera poco, el galeno intentaba por sobre todas las cosas, demostrar su sabiduría poniendo términos técnicos en su “comunicación”, logrando distanciarse de la prsona que tenía enfrente.

En la década del 70, cuando se hablaba de competencias clínicas básicas, solamente estaban incluidas las 3 siguientes: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos. Nadie enunciaba a la “comunicación” como una habilidad que el medico debía poseer, ya que era considerada como una habilidad innata que algunos tenían, que no se podía aprender y que su enseñanza no funcionaría. A tal punto, que los intentos de enseñarla dentro de la currícula de las escuelas de medicina fueron sistemáticamente rechazadas por el claustro de profesores.

El acto de comunicar

Vivimos la época de los comunicadores. Yo comunico, dicen.

Usted comunica, pero qué? Comunicar es un verbo transitivo, no intransitivo.

El acto de comunicar es un proceso, en el que dos o más personas se relacionan y mediante un intercambio de mensajes con códigos similares, tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos aceptados sean en la forma prevista, utilizando un canal que actúa de soporte en la transmisión de la información.

La comunicación es la manifestación más compleja de las relaciones del ser humano. El profesional de la medicina tiene que ser capaz de desarrollar la habilidad de comunicarse, de usar con efectividad métodos y procedimientos de interacción socio psicológicos que le garanticen poder cumplimentar sus funciones. El medico moderno no puede estar ignorando

este punto o estar totalmente ajeno a lo que se conoce sobre el proceso comunicacional y a la adquisición de esta habilidad, ya que la comunicación es un principio indisoluble de la atención al paciente.

Las **habilidades** sociales son aquellas cuyo entrenamiento y desarrollo nos permite adquirir un mayor o menor grado de competencia social, estas son las conductas verbales y no verbales que nos ayudan a relacionarnos plenamente con los demás. Esta competencia social constituye la capacidad de expresarnos y comunicar con corrección tanto en el fondo como en la forma.

Estas habilidades son necesarias para solucionar los problemas que surgen durante el proceso comunicativo, y que debemos conocer para dominarlos y ampliar nuestros recursos en este proceso. Los problemas que pueden aparecer son de diversa naturaleza: percepciones erróneas, asimilación de estereotipos, o falta de comunicación son los principales ejemplos. Dentro de las habilidades que debemos aprender a usar, está la comunicación asertiva. La asertividad es a la vez una filosofía, una estrategia y un estilo de comunicación que permite expresar lo que uno desea y manifestarse tal cual uno es, sin que esto suponga un agravio para el interlocutor, evitando que éste se sienta agredido o sometido a una voluntad, y respetando siempre su dignidad. Se trata, en definitiva, de valorar el yo sin descuidar los derechos del otro. El correcto uso de la asertividad tiene una serie de ventajas personales y comunicativas: sentirse satisfecho con la propia conducta, ser menos agresivo, incitar sentimientos positivos en los demás, aumentar la eficacia de la comunicación, mejorar el trabajo en equipo, aumentar el grado de flexibilidad, evitar conflictos.

Hay que ubicar a la **comunicación** dentro de la esfera de atributos interpersonales del médico, considerados como la expresión de aspectos de carácter profesional y personal observables en la interacción con sus pacientes. Cuando se estudió la relación entre las técnicas de intervención del médico y la satisfacción del paciente, se encontró que había una relación significativa entre dicha satisfacción y lo amigable y simpático que pudiera ser el médico, sus habilidades de comunicación, la explicación médica de la naturaleza de la enfermedad y el manejo adecuado de la preocupación y ansiedad del paciente. Como se puede observar, aunque sólo el segundo aspecto señala directamente a la comunicación, en realidad todos estos aspectos son relativos a las habilidades comunicativas, que posibilitarían dicha satisfacción del paciente. Nótese que no se habla de la capacidad académica del galeno.

Tanto el **paciente** como el médico buscan el bien. Esto significa, que se ejerce una interrelación que tiene como objetivo inmediato, restaurar o preservar la salud del paciente, a través de la integración de su realidad biológica con sus necesidades emocionales, con su entorno social y familiar, y con su trascendencia espiritual. En esta praxis del acto médico, la **sinceridad** de cada acción, la delicadeza de cada maniobra, el cuidado de cada pregunta, la espontaneidad de cada gesto va construyendo un vínculo afectivo de enorme trascendencia para el resultado final de ese menester que el paciente viene a resolver. Así como es cierto la sentencia de Von Leyden de que el tratamiento comienza cuando se le da la mano al paciente, también resulta muy lúcida la reflexión de Balint respecto que el médico es por sí mismo el primer medicamento por él prescrito.

La capacidad de **comunicación** nos es innata a todas las personas desde el mismo momento en que nacemos. Esta nos acompañará a lo largo de nuestra vida; sin su poder no podríamos expresar los momentos cruciales que son los que dan sentido a la vida humana. Sin embargo, parecería que no le damos la suficiente importancia, en el hecho que no sabemos/podemos

potenciar esta habilidad comunicativa, sobre todo cuando hacemos referencias a hechos vitales en nuestra profesión, concretamente a los diálogos entre médicos y pacientes.

Aprender sobre **comunicación** está más relacionado al concepto de sí mismo del estudiante y de su autoestima que otras competencias. No es considerada un rasgo de personalidad ya que todos pueden aprender y mejorar el aspecto comunicativo. Es real que, el nivel que se puede alcanzar es infinito, pero también depende de cada uno, nunca se podrá decir lo sé todo. Se puede afirmar que dejar todo a la experiencia suele ser una mala decisión, se debe insistir en la inmersión a una enseñanza formal, teórico-práctica y didáctica-experiencial, ya que es un hecho que comunicar con eficacia en medicina es una serie de habilidades aprendidas.

Entonces, el aprendizaje de la comunicación médico/paciente no debiera ser abandonada a la intuición y a la capacidad empática de la personalidad ambas fundamentales pero la experiencia demuestra que infrecuentes, a veces como consecuencia de la frustración que sufren los profesionales de la salud y el escaso uso de aquellas capacidades.

Debe recordarse que el lenguaje verbal es acompañado de un lenguaje gestual que debe ser concordante con el anterior para no generar perplejidad en el paciente. No es infrecuente la discordancia entre ambos lenguajes y mientras se minimiza una situación verbalmente, se debe prestar atención a que nuestra cara no muestre gesto de gravedad, preocupación, de desdén o de fastidio. La buena **comunicación** del personal sanitario y administrativo con el paciente define una parte fundamental de la calidad asistencial. Lo ideal es que el paciente sienta que recibe más que lo que esperaba. Más atención, más respeto, más comprensión, más solidaridad y más afecto. El lenguaje verbal y gestual deben satisfacer esa necesidad del paciente. El desafío para los médicos es cumplir esto diciendo la verdad, desde la angustia del no saber, desde la premura, desde la falta de recursos y desde la frustración de una remuneración insuficiente.

Durante siglos se ha demostrado que la comunicación y el uso correcto del lenguaje, se ha constituido en la herramienta principal que el ser humano posee no sólo para organizar la sociedad sino también para ganar una posición de dominio en su entorno.

Lo que pasa en la actualidad, es que la "**incomunicación**" o alteración del patrón comunicacional, es uno de los mayores males que sufre e impacta en la sociedad, esta restricción, la de comunicarse deficientemente con nuestro paciente, a veces, le tenemos que sumar, lamentablemente, la incorrecta o mala sistemática de interrogatorio durante la confección de la historia clínica.

Mediante una correcta **entrevista** médica, logramos establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva. Como ya se explicó, es una habilidad que debe aprenderse y perfeccionarse mediante el estudio, la práctica y la auto-observación. Además, usemos el tiempo de manera positiva, porque está demostrado que la entrevista médica, tiene un gran valor terapéutico, cuando el enfermo encuentra en el médico capacidades de respeto, interés, autenticidad y conexión.

Hoy, es imperativo que el médico comunique correctamente a los pacientes y también a su familia, ya que hay un reclamo social que solicitan información sobre su dolencia, de manera clara y entendible. Y en esto también se desprende lo que es diagnóstico y tratamiento, sea el sometimiento a diversos tipos de metodología o a posibilidades terapéuticas medicas/quirúrgicas, todo para que el paciente y su familia estén siendo partícipes del conocimiento y puedan comprender el problema. Debe quedar claro que un paciente

informado correctamente va de la mano con las nuevas tendencias sociales sobre derechos para minorías y grupos y con la mayor información (y desinformación) que hay disponible en internet. Entonces, quedó en el pasado la tradicional interacción médico-paciente basada en el paternalismo médico y en la reticencia a brindar demasiada información médica.

Comunicación eficaz

Aprender a comunicar no es aprender qué tecla hay que apretar

para obtener línea. La era digital no sustituye la gramática,

los colores de las carcasas de los inalámbricos no suplen la retórica,

ni el descubrimiento de los códigos de intercambio masivo,

la idea comunicable.

Para entender sobre la efectividad de la comunicación, el concepto de Albert Mehrabian, nos simplifica la comprensión: las palabras (oralidad) que utilizamos aportan alrededor del 7% del significado del mensaje, el 38 % por ciento lo aportan los elementos vocales, es decir, como decimos las palabras: entonación, resonancia y tono, y el 55% restante se encuentra en la expresión corporal, particularmente de la cara. Entonces, diferentes componentes de nuestra comunicación son importantes para lograr un efecto positivo en el paciente. Según Ray Birdwhistell, además de las palabras, los gestos, el tono, el silencio, etc. transmiten el resto porque en la interacción cotidiana real los sistemas verbal y no verbal son interdependientes, y concluye que durante una conversación normal entre dos personas, los componentes verbales suman menos del 35% del significado social de la situación, mientras que más del 65% del significado social queda del lado de lo no verbal.

Sin embargo, sería conveniente, antes de adentrarnos más en detalles específicos, tener una idea clara sobre lo que denominamos 'comunicación eficaz'. Seguramente nos damos cuenta de que su fin, es el éxito del proceso, donde el mensaje es emitido correctamente y el receptor que lo recibe, lo comprende perfectamente. Pero debemos destacar que el médico no debe utilizar una terminología técnica y especializada porque no sólo rompe el proceso de comprensión por parte del paciente, sino que también le intimida al marcar su prepotencia. Entonces, hagamos que el lenguaje médico que sea llano, natural, sencillo, asequible y comprensible para el paciente. También he de destacar, que una calidad del médico debe ser su correcta conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, ya que las cualidades humanísticas del médico parecen ser muy valoradas por los pacientes, además de la comunicación.

Una correcta comunicación con el paciente, que incluya la manera como se expresa un diagnóstico independiente de la gravedad del padecimiento, puede ser la declaratoria de una sentencia o una esperanza. Es un hecho que, si comunicamos un diagnóstico con modismos que demuestren una situación de pánico y desazón, llevará a que ese organismo receptor de una mala noticia de una mala manera, agote los recursos fisiológicos para defenderse. Si, por el contrario, llevamos a cabo una comunicación efectiva, con afecto y empatía, estamos generando esperanza, y la reacción por parte del paciente será de aceptación y confianza. Sepamos entonces, que el paciente pone su parte en la mejoría de su estado clínico. Las emociones juegan su rol, la esperanza, el propósito y la determinación no son simples estados

mentales, tienen conexiones electroquímicas que desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema inmunitario.

Alberto Agrest simplifica y ejemplifica: “La iatrogenia verbal ocurre cuando se dice lo que no debe decirse, primero cuando es falso como producto de la ignorancia, ignorancia de no saber, no tener conciencia de lo que no se sabe, segundo cuando no es oportuno, tercero cuando se carece de la empatía necesaria, cuarto cuando no se sabe usar un lenguaje metafórico comprensible para el paciente y quinto cuando no existe tiempo suficiente para que la comunicación médico/paciente pueda desarrollarse y asegurarse la comprensión por parte del paciente.”

Sin duda, la **comunicación** es un pilar insustituible en la relación médico-paciente. Esta situación ha hecho que se lleven a cabo investigaciones clínicas y artículos de opinión, con el objetivo de destacar como la influencia positiva que se desarrolla en una comunicación eficaz, es el impulso que necesita el médico para que el paciente muestre adhesión al tratamiento propuesto. Además, mostrarse empático con el paciente es un camino previo a su autonomía (bioética) y a su derecho a recibir una correcta información de su estado y plan diagnóstico y terapéutico. Viéndolo de esta manera, ya el médico con toda su experiencia y conocimiento sería menos protagonista, y el paciente, podría tomar decisiones si está satisfecho con la información recibida por el profesional.

La **comunicación** eficiente requiere que conozcamos nuestras propias actitudes hacia los pacientes, la enfermedad, el trabajo mismo y las circunstancias particulares que corresponden a cada paciente como la gravedad, la discapacidad o la muerte; de lo contrario, tendrá un efecto negativo sobre la comunicación. Algunos autores denominan esto como la comunicación intrapersonal y advierten sobre los efectos que pudiese ejercer sobre la comunicación interpersonal. Los estudios muestran que no es raro que los médicos residentes sientan que no están preparados para dar malas noticias a los pacientes

Así como debemos tener en claro los aspectos orales y gestuales en la **comunicación**, hay que tener en cuenta ciertos factores externos tales como la privacidad, la temperatura ambiente, la iluminación, el control del ruido, la presencia de un familiar u otro personal de la salud y la limitación de las interrupciones. Pensemos que, como usemos nuestra entonación y volumen cuando nos expresamos, se tendría que acompañar con un gesto amigable en nuestra cara. Estar preparados y mostrar una “no reacción” ante una agresión verbal de un familiar cuando damos una explicación que este no comprende, saber modificar nuestro comportamiento conforme a la retroalimentación que recibimos o la aclaración ante una comunicación confusa.

En una buena **relación** médico/paciente, es necesario que la comunicación sea efectiva, ya que esta es la tercera pata del banquito. En esta relación, se va formando un vínculo en el entorno de la consulta, necesario e íntimo, en torno a los procedimientos que estemos por generar, sea diagnóstico o terapéutico. Por tal razón, es necesario que el galeno ponga a disposición del sujeto, sus conocimientos, destrezas y habilidades y que el paciente esté dispuesto a seguir con las recomendaciones recibidas. Las palabras y el comportamiento que se transmiten en esta comunicación verbal y no verbal juegan un rol fundamental en la labor <https://enciclopediadebioetica.com/mod/page/view.php?id=3386> asistencial. Pero no todo es fácil, ni espontáneo para todas las personas, ya que el proceso de “comunicar”, que puede parecer tarea sencilla y natural, en realidad no es tan así, ya que está conformada por estrategias complejas que, salvo excepciones, deberían ser aprendidas para que operativamente sea eficiente.

La relación médico/paciente

El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad.

Cuando quien asiste a una consulta entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, a expensas de ambos y de dicha relación; se desarrolla un sistema que tiene por objeto (finis operis) la interacción en el que tanto uno como el otro se han de encontrar comprometidos en una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin (finis operantis).

El encuentro entre el médico y el paciente implican una interacción comunicativa. Comunicación proviene de la raíz latina comunicāre; que implica hacer a otro partícipe de lo que uno tiene; descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo; conversar, tratar con otro corporalmente, de palabra o por escrito; transmitir señales mediante un código común entre un emisor y un receptor; establecer medios de acceso entre poblaciones o lugares; consultar con otros un asunto, tomando su parecer; comulgar, o finalmente, extenderse, propagarse. La comunicación médico/paciente, implica prácticamente todos estos aspectos, que tienen diversos matices y connotaciones históricas, científicas, culturales, legales, filosóficas, lingüísticas, antropológicas y epistemológicas.

El acto médico es un acto ético, ya que una buena relación médico/paciente debe constituir un medio beneficioso y necesario para enfrentar la enfermedad, sin detrimento de la libertad y dignidad del enfermo. Actualmente esta relación sufre amenazas externas y del propio sistema de salud, y para combatir esta situación, es necesario e imprescindible ejercitar todas las dimensiones del acto médico e ir en busca del desarrollo de una ética de las virtudes, que resulta más racional y efectiva que la moral deontológica. Sobre las dimensiones del acto médico, Drane las describe de esta manera:

1. Médica, comprende los procedimientos de diagnóstico clínico y las acciones terapéuticas
2. Espiritual, se refiere a la comunicación verbal entre el médico y el paciente
3. Volitiva, que incluye las decisiones tomadas en conjunto por el médico y el paciente
4. Afectiva, relacionada con los sentimientos mutuos que surgen entre el médico y el paciente
5. Social, amplio aspecto social de actos médicos
6. Religiosa: en numerosas ocasiones, el médico debe asumir el papel de sacerdote

La relación médico/paciente, siempre deberá ser de tipo profesional. En esta acción, intervienen dos personas con diferentes personalidades, niveles culturales y estados afectivos. Una reclama ayuda y la otra la ofrece. Este intercambio se produce por vías verbales y extraverbales. El éxito de esta relación depende de la capacidad del médico para no solo lograr comunicarse de manera efectiva, sino "ganarse" al paciente mediante el respeto, la atención y el trato afectuoso, junto a su preocupación y capacidad para satisfacer los objetivos básicos del enfermo: saber qué tiene, aliviarse y curarse.

Con base en la relación médico/paciente, se han formado principalmente, dos modelos de atención, la paternalista y la autonomista. La generalidad indica que la paternalista ha

quedado fuera de la esfera de la interacción médico/paciente, siendo la autonomista la sugerida en la actualidad.

1. a) La relación paternalista: este tipo de relación ha venido ocurriendo durante años, se caracteriza por una dominancia del profesional de la salud sobre el enfermo, colocando a éste en una actitud pasiva donde sólo acepta y obedece las órdenes médicas sin cuestionamiento alguno
2. b) El modelo autonomista, que contempla la participación de manera activa del paciente en la toma de decisiones acerca de su situación

Actualmente los pacientes se encuentran más informados: obtienen datos por internet o de la prensa no especializada, y cuentan en muchas ocasiones con información errónea, por lo que es importante establecer un límite claro a la autonomía del paciente, sustentado en la administración de información científica clara, precisa y comprensible, acorde al nivel sociocultural del enfermo y la familia.

Y como si no hubiera problemas, internet ha llegado a la [consulta](#). Google ha complicado un poco la relación médico/paciente. No son pocas las veces que el paciente se ha informado sobre X síntoma o X enfermedad, pero como elabora y comprende esa información la mayoría de las veces es defectuosa y deficiente, porque en su análisis mental no tiene conocimiento médico y por ende, no tiene la capacidad de elaboración de un juicio valedero. Esto ha incidido profundamente en la relación del médico con su paciente. Navarra y Czubaj, sobre este tema dicen: “la información es beneficiosa, pero hay que tener en cuenta de qué fuente proviene (en Internet hay mucha basura), y cómo se la usa, si para enriquecer el vínculo con el médico y conocer más o buscando, por ejemplo, judicializar la práctica médica. Si el médico basa sus decisiones en procedimientos actualizados y validados no debería existir problema”.

Entonces estamos viendo y reconociendo, que el alto impacto que las [tecnologías](#) en la medicina moderna han llegado a convertirse en una amenaza para esta relación del médico con el paciente. ¿Porque está ocurriendo esto? Hay una alarmante tendencia a concebir el arte médico casi exento de interrelación con el paciente, y desarrollar su proceder, basado principalmente en datos obtenidos por máquinas y computadoras, cambiando así la relación natural con el paciente, tecnificando su encuentro en el consultorio. Pareciera que la ciencia va demasiado rápido, que el tiempo a pasar con un paciente ya no es todo lo útil que debiera, que usar el sentido común y el pragmatismo quedan dentro de un cajón del escritorio. Hay quienes pregonan a los cuatro vientos, para que este hecho sea el estándar en una consulta, defendiendo a una consulta no personal, con pruebas diagnósticas basadas en la inteligencia artificial, libre de error en sus resultados, en los programas para usar el bigdata, eliminando la relación médico/paciente, afirmando que así se mejora la prestación sanitaria. Quizá será así en algún momento, no de un día para otro.

Se puede definir a la [relación](#) médico/paciente como una interacción personal entre dos individuos con necesidades complementarias (una disminuida por su situación de enfermedad y la otra que cuenta con los recursos que atenuarán o harán desaparecer esa carencia) que se desenvuelve en un marco que posee características propias del momento histórico y del lugar.

En una [relación](#) médico/paciente, que está basada en la comunicación, se la entiende como un proceso transaccional y multidimensional, que va mutando, que no es estática, cambia y evoluciona e involucra tanto la dimensión del contenido de lo que deseamos transmitir (lo que

decimos) como la dimensión relacional que implica la forma de la vincularse uno con otro (cómo lo decimos). En esta relación médico/paciente, se produce el encuentro de dos confianzas, la del médico que ve que su paciente quiere curarse y la del paciente que sabe que el médico es la persona más idónea para ayudarlo. El enfermo, que ha tomado conciencia de su estado de salud y que reconoce su incompetencia en el campo de la enfermedad que lo amenaza, toma la iniciativa de dirigirse a otro, esto es, al médico quien, con su preparación y experiencia en el ejercicio de su profesión, es capaz de ayudarlo.

Entonces, un paciente informado correctamente sobre el tratamiento que va a recibir y sus acciones colaterales, le va a permitir comprender mejor su enfermedad o estado mórbido y colaborar de manera activa con el médico. De todas maneras, no todos los profesionales médicos, se comunican bien. Parecería que les cuesta dar la información completa, o no quieren dilatar la consulta, o no está cómodo con los aspectos básicos de lo que es una comunicación eficaz. Puede haber algún impedimento en los pacientes, que no se animan a preguntar más sobre lo que sería un proceso diagnóstico/terapéutico, o que la reciben de manera vaga e incompleta, o que no reciben esa información por escrito, por lo que la interacción entre ellos se podría perder en el éter.

Hay investigaciones que muestran en los resultados, una pobre relación médico/paciente, porque este no participa activamente, recibe una escasa información y el médico muestra poco interés por el paciente como persona, y la poca y seguramente mala información ofrecida a este, resta en vez de sumar. Comunicarse bien, a veces no es cosa fácil, y deberíamos preguntarnos, por ejemplo: cómo informamos realmente a nuestros pacientes cuando lo hacemos, qué técnicas empleamos y cuál es su efectividad; si la información que les damos tiene o no sentido para ellos; cómo y a quién informamos sobre temas difíciles (cáncer y otras enfermedades graves).

Dentro del ámbito privado de la consulta, el médico se relaciona con el paciente con cortesía, respeto, lealtad y confidencialidad. A su vez, el paciente se siente confiado con el profesional, a quien seguramente admira y lo siente como un agente de ayuda, compromiso y de salvación, esto es sin duda, un proceso de idealización de su médico, pero que funciona perfectamente a la hora de tomar decisiones en conjunto. Pero en esta consulta, también se mezclan distintos hechos o situaciones, ya que a veces el paciente solo concurre por un control anual, otras veces, consultan por una vieja dolencia, o un cuadro agudo, también hay quienes buscan otra opinión. Sea cual fuera el motivo, cada una estará signada por una emoción, un deseo o una imagen idealizada del profesional. También, una consulta puede estar influenciada por experiencias previas, con un distinto sistema de salud, con una buena predisposición si va recomendado o si su médico no estaba disponible y concurrió a otro que no conocía.

En el encuentro médico-paciente, queda explícita la vocación de ayuda por parte del médico y la confianza que deposita el paciente en esa relación. El médico ejerce la práctica de su profesión, con todo su saber académico al servicio del paciente, quien le solicita su ayuda ante la sensación de enfermedad que le aqueja. Se crea así, un vínculo afectivo, donde los valores y creencias de cada uno, tienen un rol preferencial, ya que la mutua comprensión y conocimiento impregnan este compromiso cuasidiádico. Laín Entralgo propone denominar a la relación médico enfermo como "cuasi diádica" porque compartiría algunas características con la diáda, ya que el interés que une a ambos miembros de la relación es común y está representado por el deseo de la recuperación de la salud perdida, pero el que padece el problema es el enfermo y no el médico, es decir es interno para uno y está fuera del otro.

El intercambio de **emociones** y de afectos que se produce en cada momento del proceso diagnóstico y terapéutico despierta una forma peculiar de afectividad (philia de lo griegos) entre el médico y el enfermo.

El **enfermo** se acerca a la consulta con la aflictiva y expectante vivencia de su dolencia y una confianza mayor o menor en la medicina. El médico ejerce su saber con voluntad de ayuda y cierto deseo de éxito y acierto técnico. Este es el encuentro básico entre ellos, donde se establece una primer forma de comunicación, mediada por la entrevista y conocimiento del motivo de consulta, y a partir de donde se comienza a delinear un clima intimista de relación interpersonal. Vemos entonces, que, la mirada, el primer saludo, el lenguaje verbal y gestual y los silencios, son el puntapié inicial para generar los primeros intentos de aproximación y de intimidad entre dos sujetos, que comparten un objetivo en común, que es restaurar la salud de uno de ellos. El comienzo del acto comunicacional entre médico y paciente, mediante la revelación del motivo de consulta, que puede llevar una carga de angustia y de ansiedad al extremo, genera una serie de procesos como el examen físico, el contacto manual e instrumental con la revelación de la intimidad corporal que ello implica, los primeros comentarios sobre la presunta naturaleza de la dolencia y los pasos a seguir. Estos procesos forman parte y se concatenan, pero de una manera menos técnica, construyendo una relación a través del acercamiento, compañía, ayuda y afectuosidad.

El **médico**, además de contemplar el rigor científico, debe tener presente que hay aspectos emocionales y humanos que van a influenciar la entrevista y por ende, debe manejar el arte de la persuasión con sus pacientes. Muchas veces el contacto entre médico y paciente es únicamente visual, al respecto Nardone explica: "La exploración física se ha sustituido por la petición de análisis y pruebas diagnósticas. Pero es importante que el médico toque al paciente. Según Hipócrates, la medicina es "el toque, el remedio y la palabra". También, el hace énfasis en que el médico vaya al encuentro del paciente y no al contrario, puesto que ese gesto lleva implícito un mensaje de acogida que significa: «Tú me interesas», mientras que si el galeno recibe sentado al paciente, daría la impresión que ya de entrada hay una primera sensación de distanciamiento. "Saliendo a su encuentro, mirándolo a los ojos y mostrándose amable, el médico consigue fácilmente que el paciente se sienta acogido, estudiado e importante. Éstas son las tres características fundamentales de un contacto inicial que construyen una primera impresión positiva". Por supuesto, siempre recordar que,

tocar, examinar y hacer que el paciente sienta que se ocupan de él es uno de los primeros pasos para generar confianza y mejorar el cumplimiento terapéutico.

En la relación médico-paciente se producen en numerables disfunciones **comunicacionales**, es decir actitudes y conductas que hacen que funcione mal la relación. Las más habituales son:

- Las entrevistas centradas en el interés del médico: en el tiempo que tiene el médico, en el cansancio que tiene el médico, en el protocolo que necesita el médico tener.
- El exceso de distancia en el vínculo: el poco compromiso.
- Confusión con la objetividad: cuando la objetividad que se pretende es desinterés e indiferencia.
- Fallas en la empatía: no solamente no se escucha al paciente, se lo desconfirma, es decir, se le hace sentir que no merece nuestra atención, que no es tan importante como

para que nosotros le prestemos atención, porque aún hoy, a pesar de toda la devaluación laboral por la que vivimos, el médico sigue siendo una figura de autoridad.

- Se pone en evidencia el entusiasmo por el caso.
- Se acotan las respuestas del paciente: actitud de encuestador en lugar de preguntar para conocer, una pregunta para marcar con la crucecita el hueco en la historia o en la planilla.
- El lenguaje que se usa es un lenguaje técnico, con lo cual se pretende informar, pero no se informa, porque la gente no sabe lo suficiente de medicina, no tiene por qué saber.
- Dificultades con el principio de autonomía: se confunde la autonomía con dejarlo que decida solo con explicaciones técnicas que el paciente no está en condiciones de entender.
- Se pasa del desinterés al paternalismo con mucha facilidad.
- Confusiones del concepto de cooperación y simetría: cooperar no es lo mismo que ser colegas y ser iguales, cooperar es mantener la función asimétrica pero motivar al otro para que forme parte.
- Se brinda información y no se verifica si el paciente comprende, con lo cual los consentimientos informados son de poca calidad.

El tiempo es veloz

Nos estamos ahogando en un mar de información médica y científica, con alto riesgo de errores sistemáticos, sesgos, y vamos dejando en segundo plano la medicina basada en la experiencia y a la persona centro de nuestro quehacer: el paciente.

¿Que se ve además como objeto que produce interferencia en la comunicación? El tiempo como variable modificadora del resultado que se obtiene en la relación médico/paciente juega un papel importante. El tiempo, visto como una unidad económica, para quien no recibe compensación extra, si le dedica quince minutos más a un paciente. El tiempo, que, para un paciente, ya lo pone impaciente, ve correr el reloj y su turno no llega. Ya teme que la consulta será efímera, lo pone de mal humor, supone que el medico no le dará el tiempo suficiente, no se le informara como el necesita, entre otras cosas. Todo por el tiempo. Hoy vivimos la era de la inmediatez. Claro que es así, ya que, si el buscador de internet tarda más de 10 segundos en darme la información, lo consideramos "lento".

La cultura de la inmediatez ha ocupado un lugar central en nuestro día a día, nos inunda y nos rodea, a diestra y siniestra. Vivimos relacionándonos mediante Internet, en redes sociales, usando los smartphones, mirando el Smart TV, hablando con la mensajería instantánea, y sigue la lista de tecnologías, que inciden en nuestra vida cotidiana, en todos los estratos sociales. "Un trabajo sobre la inmediatez fue realizado en Gran Bretaña hace unos años, por una empresa de telecomunicaciones llamada "TalkTalk" y publicado por los principales diarios británicos por el impacto de sus resultados. Allí se detalla que el tiempo promedio de una persona para perder la paciencia es de 8 minutos y 22 segundos. Este tiempo se basó en un promedio de esperas en bajar una página web, llamada telefónica, en el pedido de comida en un restaurante, etc". Hace un tiempo la aplicación de la mensajería instantánea WhatsApp, quedo fuera de línea durante cuatro horas y fue portada de las webs a nivel global. La atención

a la salud no escapa a esta realidad. Las personas usan las tecnologías como demanda a respuestas o soluciones antes de hacer la consulta en el equipo de salud, es decir, van preparados (sin preparación científica previa), elaborando (sin conocimiento) probables “diagnósticos y tratamientos” o en el peor de los casos, escriben al médico a través de las redes, explicando su estado y posible solución.

Hay malestar generalizado en esta época globalizada, repartida tanto en los médicos como en los pacientes. Esto se debe en parte a la injusta retribución monetaria que recibe el médico y a la cultura de la inmediatez entre deseo y satisfacción, que se entrecruzan por una parte, con los pacientes que demandan respuestas mágicas y por los profesionales que descreen del esfuerzo sostenido. Ambos buscan resultados instantáneos presionados por intereses económicos. Hoy, el vínculo social, la solidaridad, han perdido peso y valor, han sido desplazados por el individualismo, la desconfianza y el descrédito en el cuidado del prójimo. El saber médico se constituyó históricamente en un saber sobre la enfermedad y no sobre el hombre enfermo. Dice Clavreul: “La enfermedad del hombre no es la enfermedad del médico. Mientras los profesionales de la salud son formados para atender las enfermedades de los pacientes, muchos pacientes esperan ser mirados como personas que están enfermas”.

Indudablemente, una de las improntas que influyen directamente en la comunicación es el tiempo, la otra es la falta de preparación del profesional para abordar al sujeto que tiene enfrente. Comunicación y tiempo van de la mano. Comunicación y preparación metodológica de la información a compartir con el paciente van de la mano. La falta de tiempo y una mala preparación intelectual conspiran en la relación médico/paciente. Se podría afirmar, que, en muchos casos, la formación en el pre y posgrado, no incluye herramientas que permitan a los médicos saber cómo pararse y enfrentar el dolor, la muerte, la angustia. La preparación para poder entender estas demandas y aprender a administrar su templanza, generalmente se aprende trabajando y aprendiendo de otros colegas.

Tiempo atrás, los pacientes concurrían a la consulta por control o por enfermedad, en busca de una relación profunda y un conocimiento mutuo con el galeno. Hoy, sin generalizar, parecería que los pacientes, impacientes, reclaman del médico resultados rápidos, sin esfuerzos personales ni alteraciones que afecten la vertiginosidad de sus vidas, ya que una nueva citación o un par de turnos para estudios, descalibran el metódico proceder diario de ellos. Acotado el tiempo de la consulta y exacerbada la búsqueda de soluciones rápidas llegamos al malestar en el vínculo terapéutico, con la consiguiente desilusión de ambos respecto al reconocimiento que desearían tener de la función de los aspectos de asistencia, llevando algunas veces a que el paciente busque otro profesional que se “adapte” a él/ella.

Y con respecto al tiempo que los médicos dedican a los pacientes. Según estudios de EEUU, el tiempo que se le dedica a la consulta, ronda alrededor de 18 minutos, pero destacan que la actitud del médico ante el paciente es de suma importancia; ya que ellos percibieron que se les había dispensado más tiempo y se sintieron más satisfechos, con la actitud de interés, dedicación y entrega del médico a los problemas del paciente. El tiempo dedicado al paciente es de importancia supina, pero la calidad de la comunicación debe equipararse, a tal punto que se ha demostrado que hay una relación directa entre las demandas por mala práctica con una deficiente calidad comunicativa.

También ocurre que el médico pueda no estar cómodo en la consulta y en la acción médica, quizá perciba que está malgastando su tiempo en los aspectos comunicacionales, lo que lo conduce a dedicarse en lleno a indicar procedimientos diagnósticos, a veces con acierto y otras tantas veces por el hecho de la solicitud de una tecnología novedosa.

Comentario final

La ciencia moderna aún no ha producido un [medicamento](#) tranquilizador

tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.

Los [médicos](#) hemos aprendido a vivir con la tecnología y a sacar provecho de ella –aunque hay quienes se le han subordinado–, nos hemos percatado de la necesidad de mejorar nuestras habilidades de comunicación, hemos entendido que los derechos y la opinión de los pacientes tienen que ser respetados, que debemos recuperar el papel protagónico de los pacientes por encima del personal o de la organización de atención a la salud y adaptarnos en la medida de lo posible a los deseos, temores, prejuicios y aprensiones de pacientes y familiares, intentando cumplir las expectativas de los enfermos si son razonables, ejerciendo la profesión con una conciencia clara de los costos, abandonando el pedestal de la soberbia y propiciando una relación menos asimétrica.

El otro tema con influencia en los pacientes, es que ahora la gran mayoría de la [información](#) disponible sobre salud, esta disponible en la red y generalmente es creada y difundida por personal que no es médico. Y aquí tenemos un trabajo extra y un reto novedoso, comunicar a los pacientes con palabras y datos con el nivel de comprensión apropiado para el paciente.

Ya, la consulta nos duplica el trabajo. No solo entrevistar sobre el motivo de consulta, sino explicar lo que el paciente “cree saber” al respecto. El conocimiento, por primera vez, está disponible en formato escrito y multimedia para los pacientes. Pero esto también crea dificultades nunca antes vistas por parte de los pacientes, pues ahora deben interpretar enormes cantidades de información en salud, sin mencionar el hecho de que la calidad de la misma, en la mayoría de los casos, no es la mejor.

¿Cuáles son los retos en la [comunicación](#) médico-paciente? Es necesario trabajar a tres niveles:

- Lo primero es a través de las aulas universitarias. Hay que enseñar a los futuros colegas, habilidades en comunicación porque, tendrán serios problemas para trasladar a los pacientes toda la información que quieran compartir.
- Segundo es trabajar con los actuales profesionales para facilitarles técnicas y habilidades, de cara a saber comunicar al paciente toda la información necesaria de forma que sea coherente y entendible.
- Y tercero, participar activamente en los medios de comunicación digitales, para que los pacientes sepan cómo y dónde encontrar información fiable y fidedigna y los médicos tengan una herramienta para poder demostrar que sus contenidos son de máxima calidad frente a terceros que no hagan bien su trabajo.

Hay que fomentar que, en las actividades científicas societarias, haya un espacio de debate y reflexión sobre como comunicarse con los pacientes.

1. Doctor en Ciencias Médicas / Profesor Libre. Cátedra de Ginecología “B” y Cátedra Libre Medicina y Mujer. Universidad Nacional de La Plata
Director Científico del Instituto de Ginecología de Mar del Plata. info@igmdp.com.ar
Director Portal Académico ObGin.

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>