

REVISTA CENTROAMERICANA
**OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

ISSN 0428-0911
indexada: lilacs
scielo

Órgano oficial de la FECASOG

Volumen 21, número 4, octubre-diciembre 2016

DIRECTOR

Dr. Julio Pozuelos Villavicencio
Guatemala

SUBDIRECTOR

Dr. Carlos Enrique Zea Flores
Guatemala

SECRETARIO

Dr. Rodolfo Andrino
Guatemala

DISEÑO

Carmen María Zea

COMITE EDITORIAL

Dr. Juan Carlos Zea Vega
Dr. Marco Rodolfo Peláez Morales
Dr. Luis Rolando Hernandez
Dr. Edgar Kestler
Dr. Cesar Augusto Reyes M.

COMISIÓN DE PUBLICACIONES CENTROAMERICANAS

Guatemala

Dra. Claudia de León
Dr. Julio Lau de la Vega

El Salvador

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez
Dr. Roberto Antonio Pérez Reyes
Dr. Miguel Antonio Guidos Serrano
Dr. Jorge Roberto Cruz González

Costa Rica

Dr. Gerardo Montiel
Dr. Oscar Cerdas
Dr. Rafael Calderón

Honduras

Dra. Carolina Bustillos
Dra. Ana Ligia Chinchilla
Dr. Oscar Nolasco
Dr. Arnoldo Cambar

Nicaragua

Dra. Indiana Talavera Martínez
Dr. Yander Palma Villanueva

Panamá

Dr. Hugo González
Dr. Juan Carlos López
Dra. Isabel Lloyd

COMITE EJECUTIVO FECASOG

Dra. Beatriz Sosa	Presidente
Dr. Kristian Navarro	Secretario
Dra. Wendy Cárcomo	Tesorera

PRESIDENTES DE ASOCIACIONES Y SOCIEDADES DE FECASOG

Guatemala	Dr. Julio Pozuelos Villavicencio
El Salvador	Dr. Miguel Antonio Guidos Serrano
Honduras	Dra. Vivian Rivera Ochoa
Nicaragua	Dra. Juana Alonzo
Costa Rica	Dr. Mauricio Herrero Knöhr
Panamá	Dr. Alfredo Beitia

**EXDIRECTOR FUNDADOR
EXDIRECTOR**

Dr. J. Augusto Gonzales †	Director fundador
Dr. Clemente Guidos	
Dr. Salvador Batista Mena	
Dr. Haroldo López Villagrán †	

ÍNDICE

77 EDITORIAL

78 HOMENAJE

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Mendez

ARTÍCULO ORIGINAL

79 Opinión de los expertos homenaje póstumo al Dr. Francisco Bauer Paiz

Dr. Marco Antonio González Castellanos (Guatemala).

84 Epidemiología del dengue en el embarazo en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Dra. Melissa E. Ordoñez y cols. (Honduras)

89 Fesgo por los derechos de las mujeres

Dra. Tatiana Ortiz y cols. (Ecuador)

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

99 Misoprostol en la inducción del trabajo de parto

Dr. Jorge Francisco De León Soto (Guatemala)

CONSENSO

102 Consenso FASGO: Estado actual del tratamiento en climaterio

Dr. Manuel Nörling y cols.

INDEX

77 EDITORIAL

78 TRIBUTE

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Mendez

ORIGINAL ARTICLES

79 Experts Opinion posthumous tribute to Dr. Francisco Bauer Paiz.

Dr. Marco Antonio González Castellanos (Guatemala).

84 Epidemiology of dengue in pregnancy in Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Dra. Melissa E. Ordoñez et al. (Honduras)

89 Fesgo for women rights

Dra. Tatiana Ortiz et al. (Ecuador)

RESEARCH

99 Misoprostol in labor induction

Dr. Jorge Francisco De León Soto (Guatemala)

CONSENSUS

102 Consensus FASGO: Current Status of climacteric treatment

Dr. Manuel Nörling y cols.

Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología es una publicación trimestral, Órgano oficial de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG). Los artículos son propiedad de la Federación Centroamericana de Sociedades y Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. El contenido de los artículos no necesariamente refleja el pensamiento de la FECASOG, por lo que el mismo es responsabilidad de sus autores. Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier parte de su contenido, por cualquier medio impreso o electrónico, sin la autorización por escrito del Director de la revista. Dirección postal: 12 calle 2-04, zona 9 Edif. Plaza del Sol 3-S, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Centroamérica. Tel: (502) 2331-2629. Dirección electrónica: revcog@intelnet.net.gt. Todo trabajo para publicación deberá, de preferencia, venir a través de la asociación correspondiente, aunque no se excluirá por no venir a través de las mismas, se le dará preferencia a los trabajos por miembros de las asociaciones federadas FECASOG. La revista no se responsabiliza por las opiniones vertidas por los autores. Derechos reservados. Precio US \$20.00 por un año, cuatro números. \$8.00 por número separado. Los miembros de las asociaciones que forman el FECASOG recibirán la revista sin costo alguno. Tiraje: 2000 ejemplares. Redacción, Administración, Editada y Producida por el Comité de Publicaciones de la Federación Centroamericana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) Impresa y distribuida por Laboratorios: Gynopharma, miembro de Grupo CFR Pharmaceutical. www.cfrcenam.com

El contenido completo de los artículos podrá consultarse en: www.fecasog.org E-mail: revcog@intelnet.net.gt

EDITORIAL



La Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología REVCOG, nuestra revista, que con mucha visión de futuro fue puesta en circulación hace más de 55 años, ha sido el medio de difusión científica, de las primeras y más antiguas de Latinoamérica y con mucho orgullo de la región Centroamericana; es en ella donde los Médicos Ginecólogos y Obstetras así como otras especialidades, de nuestra área geográfica y fuera de ella han tenido la oportunidad de publicar sus trabajos de investigación y su pensamiento científico tan importante en la profesión médica.

A lo largo de estos años, se han tenido grandes problemas para mantener viva la REVCOG, han sido muchos los valladares que se han tenido que solventar para continuar en la lucha científica de nuestro proyecto periodístico científico, que ha tenido pasado, presente y que estamos empeñados en el futuro; no cabe duda que mantenerla viva es un desafío, que incluye su financiamiento para solventar todos los problemas que trae consigo la recopilación de material científico y su evaluación, su diseño y diagramación así como la impresión y la entrega a cada uno de los miembros de activos de la Federación Centroamericana de Sociedades y Asociaciones de Obstetricia y Ginecología FECASOG, que es su órgano científico oficial y con la cual se comprometió desde su fundación.

La revista ha tenido varias épocas, de las que podemos asegurar que de las más exitosas ha sido los últimos 17 años, en la cual se ha mantenido su publicación trimestral, así como se ha logrado la seriedad de la Indexación, que nos da la oportunidad de situarla como un medio científico internacional de importancia científica, su indexación en ISSN, Lilacs y Scielo, nos compromete a ser cada día mejores y a darle la seriedad de los protocolos que imponen cada una de estas instituciones, para la mejor publicación y seriedad de los trabajos publicados en la misma.

Con el objetivo de que pueda ser leída por cualquier interesado, médico y no médico, hemos colocado la revista en la página web de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología FECASOG, para su mejor difusión también actualizarla en los medios sociales de difusión, que puede encontrarse en (WWW.FECASOG.COM), que es la página web de nuestra Federación de la cual REVCOG es su medio oficial de difusión científica.

A partir de Enero del 2017, nuestro patrocinador de impresión y envió a las Asociaciones y Sociedades de Centroamérica, el Laboratorio PROCAPS, nos ha hecho saber, que ya no financiara la impresión y envió a Centroamérica de la revista, ya que se cumplió con el compromiso adquirido por dos años, por lo que agradecemos su participación en la difusión de las inquietudes científica de los Ginecólogos y Obstetras de Centroamérica, su aporte ha sido valioso y no tenemos más que agradecerles su buena fe y aporte a los centroamericanos, "muy agradecidos con PROCAPS".

Mientras tenemos la oportunidad de poder sacar la revista físicamente, no dejaremos de publicarla, y lo haremos por vía electrónica en WWW.FECASOG.COM por lo que les invitamos a que nos visiten y por supuesto estamos entusiasmados en continuar nuestro trabajo científico en beneficio de los Centroamericanos.

También hacemos propicia esta oportunidad para invitar a todos los Médicos Centroamericanos, Ginecólogos y Obstetras, así como de especialidades afines a enviarnos sus trabajos científicos para su publicación, a REVCOG@GMAIL.COM, estamos convencidos que solo haciendo investigación en Centroamérica, Solo publicando nuestras experiencias científicas, lograremos ayudar a salir del sub desarrollo a nuestra región.

Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio

HOMENAJE



Homenaje a Maestros distinguidos Latinoamericanos

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Mendez

Edgar Rodolfo Herrarte Mendez, egresado como Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Especialización/Maestría en Ginecología y Obstetricia IGSS – USAC, Especialización en Investigación Asociación en Bioética y Buenas Prácticas en Investigación Asociación de Medicina Interna Guatemala – FDA. Durante su formación culminó la residencia como Jefe de Residentes en Gineco - Obstetricia I.G.S.S., luego Especialista A y B del Hospital de Gineco - Obstetricia I.G.S.S., Jefe de Servicio HGO – I.G.S.S., y Jefe de Departamento de dicho hospital culminando treinta años de servicio el 31 de diciembre del año 2015.

En el año de 1992 Docente de Pregrado en el Área de Ciencias Clínicas, colaborando con la elaboración de los libros de Semiología 5 tomos, Breviario de Semiología, Paso a paso, Manual de Práctica Clínica, y ABC Quirúrgico con los Drs. Carlos Alvarado Dumas y Dr. Marco Acevedo Woods, Docente de Postgrado en el Programa de Ginecología y Obstetricia I.G.S.S. desde 1996, Coordinando todos los Programas de Especialidades Médicas USAC – I.G.S.S. 2000 -2003. Al momento Director del Programa de Postgrado Ginecología y Obstetricia I.G.S.S. – USAC desde el año 2,000 hasta la fecha.

Dentro de las actividades gremiales ha sido Miembro del Tribunal de Honor del Colegio de Médicos y Cirujanos 1990, Miembro de la AGOG desde 1992, Vocal de Junta Directiva de la AGOG 2007, Secretario de la Junta Directiva de la AGOG 2012, Miembro de Comités Científicos de los congresos nacionales y de FECASOG.

Delegado Nacional ante COMIN-FECASOG (Comité de investigación-FECASOG) durante su participación se destaca el estudio multicéntrico Centroamericano “Near Miss (Las Casi Muertas) en Centroamérica” presentado en FLASOG Mendoza Argentina, con la distinción de mejor trabajo de investigación en Latinoamérica, y publicado en la Revista de FECASOG - REVCOG. 2007.

Fellow de ACOG 2005 a la fecha (examen de certificación aprobado). Delegado Nacional ante Comité de Acreditación de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología y Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (CAFA) 2010. Secretario/ Tesorero de CAFA 2015 y 2016 y al momento Coordinador de CAFA.

Presentación de trabajos libres en Congresos Nacionales del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, presentación de trabajos libres en Congresos Nacionales de la AGOG, participación en el Estudio Piensa en la Revista de FECASOG - REVCOG, Coautor por dos ediciones de los Libros Embarazo de Alto Riesgo y Puerperio complicado Autor Dr. Paulino Vigil – de Gracia 2014, publicación en la revista AmJOG del estudio Clínico Aleatorio Multicéntrico MEXPRESO LATIN “Preeclampsia Severa lejos del término” nov. 2013

Dentro de las distinciones obtenidas están Carrera del día de Médico dedicada al Dr. Edgar Herrarte diciembre 2007 y Congreso nacional de Residentes de Ginecología y Obstetricia IGSS dedicado a Dr. Edgar Herrarte octubre 2016.

ARTÍCULO ORIGINAL

OPINIÓN DE LOS EXPERTOS HOMENAJE PÓSTUMO AL DR. FRANCISCO BAUER PAIZ.

Dr. Marco Antonio González Castellanos,

Resumen

Se presenta un homenaje póstumo al Dr. Francisco Bauer Paiz, fundador de la Escuela de Ginecología, del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Abstract

Francisco Bauer, a tribute.

Palabras clave Operación de Shauta-Amreich.

Introducción

Me encuentro en la privilegiada situación de rendir un homenaje póstumo al amigo y uno de los más insignes maestros médicos guatemaltecos y hombre de principios muy bien fundamentados, quien dedicó toda su vida profesional al servicio de la mujer guatemalteca, en especial a la de escasos recursos económicos, baja autoestima y precaria situación social.

Me refiero al eminente médico ginecólogo y obstetra Dr. Francisco Bauer Paiz, Colegiado 157, quien falleció el día 23 de noviembre del 2004 y formó la Escuela de Ginecología, que ha sido ejemplo de servicio para las generaciones de médicos en ella formados, que ejercen en instituciones de servicio público y privado en el país y fuera de las fronteras patrias, incluyendo a mi persona.

Material y Métodos: A mediados del lejano año de 1964, se incrementaron enormemente las necesidades del Hospital Roosevelt de Guatemala, HRG, a medida que la población guatemalteca acudía a solicitar los servicios médicos del nuevo hospital, inaugurado el 15 de diciembre de 1951. Siendo consenso de las autoridades hospitalarias en ampliar las áreas de servicio y dar oportunidad a otras especialidades.

En octubre de 1964, el director médico Dr. Salvador Hernández Villalobos convocó a una oposición abierta en la cual, podían participar médicos que no fueran del selecto grupo del HRG, para fundar y organizar el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Participaron en la convocatoria los médicos más calificados del país, siendo otorgada la plaza al Dr. Francisco Bauer Paiz, quien fue notificado el día 26 de febrero de 1965, de la adjudicación de la misma y del compromiso solemne de la organización del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Guatemala2.



Dr. Francisco Bauer Paiz (†)

El Departamento de Ginecología fue fundado el día 10 de mayo de 1966, inicia labores con los Drs. Francisco Bauer Paiz (†) y Guillermo Vásquez Blanco como jefes; con el Dr. Federico Stackmann Ramos (†) como jefe de residentes y con los residentes Drs. Arístides Samayoa Rámila, David Elvidio Arroyo Hernández (†) y Héctor Ricardo Novales González (†). El Departamento de Enfermería fue debidamente escogido y organizado por la enfermera profesional Jovita Monterroso Ochoa (†), quien con 12 jóvenes enfermeras auxiliares debidamente disciplinadas cubrían los turnos matutinos, vespertinos y nocturnos, con atención inicial de 26 camas en el tercer nivel del área central, que hoy ocupa la Jefatura de Docencia de la Universidad de San Carlos, USAC.



Enfermeras profesionales Jovita Monterroso (†), Yolanda Mendizabal, Marta Dorantes de Carranza y Alba Ralda de Juárez.

¹. Presidente de AGOG (1986-1987).
Jefe Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt (1999-2002).
Maestro de Ginecología y Obstetricia Latinoamericana, FLASOG, Bolivia-2002.

En menos de seis meses y por las múltiples exigencias en atención de las pacientes, se incrementa a 36 camas con el traslado a su segunda sede en el tercer nivel del edificio central, en donde hoy funciona el Departamento de Terapia Física y Rehabilitación. Cuyo número se reduce nuevamente a 25 camas, con el último traslado a su sede actual, en el cuarto nivel del edificio del Departamento de Ginecología y Obstetricia a partir del día 15 de agosto del 2002, por el Decreto Presidencial 246-2002, Artículo 67, de fecha 03 de julio del 2002.

Insisto, en que es un gran privilegio la actual situación en que me encuentro porque como bien dijo el gran poeta cubano José Martí: *Honrar...honra*.

El Dr. Francisco Bauer Paiz nació en la ciudad capital de Guatemala, el día 25 de octubre de 1916, hijo de Abigaíl Paiz Arrechea y del periodista Carlos Bauer Avilés; se graduó a los escasos 15 años de edad, como bachiller en ciencias y letras en 1931 en el colegio: *La Preparatoria* –al igual que sus hermanos Alfonso y René-, en la ciudad capital, siendo luego, docente del mismo.

En 1932, ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC; en donde de inmediato se distinguió por su afán de superación y obtuvo una beca con promedio de 95 puntos en sus primeros dos años de carrera universitaria

Graduándose de médico y cirujano el día 24 de diciembre de 1942; contrajo nupcias el 09 de enero de 1943, con la señorita Marta Bianchi Rosales.

Por su deseo de superación y a instancias del eminente médico guatemalteco Mario Wunderlich, a escasas tres semanas de su boda; el día 30 de enero de 1943, parte a su entrenamiento en la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota, USA. Tras cinco años de entrenamiento retorna al país en 1947, se presenta como voluntario inmediatamente en la sala de ginecología, en la sección A, del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, HGSJDDG, en donde se desempeña por 10 años, hasta 1957.

En concurso de oposición abierta, en 1948, gana la plaza de catedrático de ginecología en la Facultad de Ciencias Médicas de la tricentaria Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC; puesto que ocupa por 15 años; luego, fue nombrado catedrático adjunto de la Fase III y luego, catedrático adjunto I, con carácter permanente.

En concurso de oposición, gana la plaza de médico jefe de ginecología en la sección B, del HGSJDDG, cuyo cargo desempeña por ocho años.

Por concurso de oposición abierta gana el cargo de jefe del Departamento de Ginecología del HRG, del cual, fue fundador y organizador por 17 años, hasta su jubilación en octubre de 1983; y se ha considerado *la época de oro* de la enseñanza de la especialidad de ginecología en el Departamento de Ginecología del HRG; escuela que se ha mantenido por su tradición y efectividad.

En *la época de oro*, el jefe del departamento se presentaba todos y cada uno de los días del año, una hora antes de lo

establecido en su horario de trabajo y examinaba por igual, a todas y cada una de las pacientes tanto de consulta externa que eran presentadas por sus alumnos, como de la sección de encamamiento, con sincronización de reloj suizo. Con estrictos controles de seguimiento de 5, 10, 15 y más de 20 años; para las pacientes con antecedentes de enfermedades malignas –algunas venías del antiguo HGSJDDG, en donde habían sido por él, intervenidas quirúrgicamente-.

Tal y como reza una placa que se exhibe en la entrada de la actual sección de ginecología: *En reconocimiento a su constante y acertada labor*. Una sencilla y escueta placa de reconocimiento, ya que no le gustaban las adulaciones.

Siempre operaba los casos más difíciles y complicados; ya que tenía la solvente capacidad profesional quirúrgica de la especialidad.

Capacitó a 34 jefes de residentes y 158 residentes; 17 generaciones de médicos especialistas en ginecología que ejercen dentro y fuera del país.

Además, entrenó por igual tiempo a las enfermeras instrumentistas en el arte de la técnica quirúrgica, la que sabían de memoria. Causando gran admiración en médicos extranjeros que nos visitaban.

También formó un selecto número de médicos, eran los llamados *médicos asociados*, quienes en calidad de ad-honorem convivimos con entusiasmo su disciplina, dándonos palabras de aliento cuando nos decía que no importaba el trabajo ad-honorem, pues, estábamos *aprendiendo y ahorrando conocimientos*, como si lo hiciéramos en un banco. Fue así, que permanecimos los colegas que a continuación menciono como el Dr. Ángel Alfredo Martínez Martell, por 14 años; Dr. Carlos Manuel Martínez González, por 15 años; Dr. Marco Antonio González Castellanos, por 15 años; Dr. Juan Roberto Castro Basteguieta, por 22 años; y muchos más colegas que estuvieron por 10, o menos años.

Los cuidados post-operatorios eran tan específicamente establecidos, que difícilmente se salían de la rutina elaborada; ganándose el Depto. de Ginecología del HRG, de *ser uno de los departamentos más eficientes y con menor morbilidad y mortalidad*; al extremo que pasaron muchos años, sin mortalidad alguna.

Fue su verdadera pasión de servicio al prójimo, de esmero y dedicación con responsabilidad, la solución de las fístulas del aparato urinario e intestinal.

Con esa filosofía de entrega, resolvió más de 500 fístulas de diferente causa; 02 casos de ano preter- natural; 175 casos de histerectomías abdominales radicales; 68 casos de colpoplastías con colon sigmoidees en pacientes con ausencia congénita de vagina, aplicando la técnica por él inventada.

Durante su gestión se resolvieron más de 500 casos de embarazos ectópicos sin mortalidad alguna.

Se resolvieron más de 800 casos de infección pélvica aguda y grave, en algunos casos, aplicando la técnica de Colpotomía posterior; al igual que en embarazos ectópicos cuando aún no existían pruebas de radio-inmuno-ensayo, ni técnicas de ultrasonido; de igual manera, se esterilizaba a algunas

pacientes usando la colpotomía posterior, cuando aún no existía el moderno laparoscopio.

El Depto. de Ginecología del HRG, fue el pionero en el país, en el uso del metotrexate por vía oral, en el manejo de la enfermedad del trofoblasto, una patología que cobró muchas vidas a nivel mundial, cuando aún no existían las vías y agentes quimioterapéuticos de actualidad.

Se tenía la serie más grande con 37 casos en toda Latinoamérica, de la aplicación de Operación de Shauta-Amreich, en el manejo del cáncer micro-invasivo del cuello uterino; con seguimiento de más de 15 años.

En el ejercicio profesional privado atendió más de 2,500 partos sin complicaciones; veló por una buena atención a nivel privado y fue socio fundador en 1948, del Hospital Centro Médico de Guatemala; en 1949, fue secretario de la Asociación de Ginecología y Obstetricia –AGOG-.

También destacó en los deportes y se coronó campeón nacional de tenis 1940, 1941 y 1942.

Reconocido en 1987, en ciudad de Guatemala, Guatemala, como *Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*, por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología –FLASOG-, siendo el primer jefe del Depto. de Ginecología del HRG en recibir dicho reconocimiento.

Le sucedieron en la jefatura del Depto. de Ginecología del HRG, cuatro médicos profesionales que mantuvieron en la medida de las circunstancias las artes y enseñanzas de la escuela de especialización en ginecología del HRG.

El Dr. Julián Montenegro Pérez, es un médico producto de dicha escuela y se constituyó en el segundo jefe de dicho Departamento -1983 a 1994-.

Siendo el segundo jefe del Depto. de Ginecología del HRG en ser reconocido como Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana, por la Federación de Sociedades de Obstetricia y Ginecología Latinoamericana –FLSOG-, en 1998, en San Salvador, El Salvador.



Dr. Julián Montenegro Pérez. Segundo Jefe Depto. de Ginecología



Dra. Blanca Salazar de Zamora. Maestra de ceremonias Jornada' 92

Durante su gestión se estableció en el mes de octubre de cada año, la Jornada Científica Dr. Francisco Bauer Paiz, en la cual, se presentaban las experiencias propias del Depto. y lo más actualizado de la ginecología mundial.



Dr. Alfredo Martínez Martell. Conferencista Jornada' 92.



Segunda Jornada 1992.

Le sucedió en el cargo el Dr. Carlos Manuel Martínez González, de junio de 1944 a septiembre de 1999, como tercer jefe del Depto. de Ginecología; quien también es producto de la escuela ginecológica del HR.



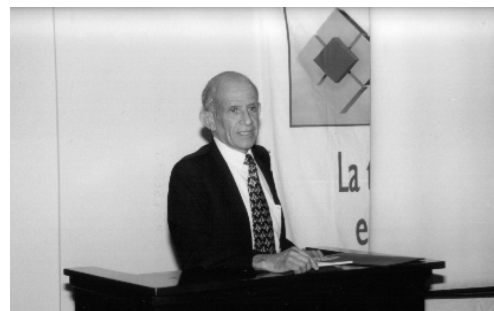
Dr. Carlos Manuel Martínez González
tercer jefe del Depto. de Ginecología.

Durante su gestión se produce el tercer y último traslado de la sede del Depto. de Ginecología -02 de noviembre de 1997-; se realiza la planificación y reglamentación de la Unidad de Video-Cirugía, en la sección del Hospital de Día del HRG -1994-; elaboración del Reglamento del Depto. de Ginecología -1995-; y programación del Post-Grado de la especialidad de ginecología-1995-.



Dr. Marco Antonio González C. Tercer jefe del Depto. de Ginecología

Sucediéndole el Dr. Marco Antonio González Castellanos, del 01 de octubre de 1999 al 15 de agosto del 2002 -fecha en que se unieron los departamentos de obstetricia y ginecología-, aunque continuó como jefe por cinco años más, de la ahora llamada sección de Ginecología del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Guatemala, hasta el día 16 de agosto del 2007; quien también es producto de la escuela de ginecología del HRG.



Dr. José Barnoya. Conferencista.

Durante su gestión como el tercer jefe en el Depto. de Ginecología del HRG, continuaron las jornadas científico-sociales.

Participando muchas veces, con cátedras magistrales de gran contenido científico merced a su pasión por la educación médica continúa.



Dr. Carlos Manuel Martínez González; Dr. Francisco Bauer Paiz; Dr. Julián Montenegro Pérez y Dr. Marco Antonio González Castellanos; jefes del Depto. de Ginecología del HRG.

En su gestión se construyó una nueva sala de operaciones; se organizó la Unidad de Colposcopia; nombró como sala Dr. Carlos Manuel Martínez a la anterior sala de operaciones y patentó una nueva técnica quirúrgica como Operación de González Castellanos, para la corrección por vía vaginal de prolapso rectal con o sin prolapso uterino.

Fue reconocido por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología -FLASOG-, como *Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia, en el año 2002. Siendo el tercer jefe del Depto. de Ginecología del HRG en recibir tal reconocimiento.

Al jubilarse en el año 2013, la nueva sala de operaciones se honró con su nombre.



Nueva sala de operaciones Depto. Ginecología del HRG



Departamento de Ginecología
Hospital Roosevelt, Guatemala 2,000

Luego, le correspondió el turno al Dr. Juan Roberto Castro Basteguieta, quien también es de la camada de médicos formados en la antigua época de oro de la Escuela de Ginecología del Dr. Francisco Bauer Paiz.

Que si bien es cierto que asumió el cargo del desaparecido Depto. de Ginecología, por la integración de los departamentos de obstetricia y ginecología en aras del nuevo Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Ha desempeñado dicho cargo desde el 16 de agosto del 2007 hasta la fecha.



Dr. Juan Roberto Castro Basteguieta. Primer jefe de la sección de Ginecología del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HRG.

Conservando siempre, los principios y enseñanzas de la anterior época de oro del Depto. de Ginecología del HRG.

Durante su gestión estableció la revisión y actualización de los protocolos de las enfermedades ginecológicas y de su pareja.

El Dr. Juan Roberto Castro Basteguieta, fue reconocido por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología -FLASOG-, como *Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*, en el año 2011, en la ciudad de Managua, Nicaragua; siendo en consecuencia el cuarto jefe del Depto. de Ginecología del HRG en recibir tan alta distinción y cuyos reconocimientos engalanan la galería fotográfica de dicha Sección de Ginecología.



Integración del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, diciembre del 2002.

REFERENCIAS

1. Arango P. León, Búcaro H. Omar, Urizar Miriam, Paredes Víctor. Algunos aspectos históricos del nacimiento y desarrollo del Hospital Roosevelt de Guatemala. Reproducido por la Oficina de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt de Guatemala, nov. 1988.
2. González C. Marco. Historia del Hospital Roosevelt de Guatemala. Revista del Colegio Médico. Época III, Vol. XV, No. 1-4, ene-dic, 2005.

ARTÍCULO ORIGINAL

EPIDEMIOLOGÍA DEL DENGUE EN EL EMBARAZO EN EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

Dra. Melissa Elieth Ordoñez¹, Dra. Karla Patricia Boquín Peralta², Dr. Ángel Enrique Cruz Cárdenas³.

ABSTRACT

Aim: To describe the clinical outcome and epidemiology of dengue in serologic confirmed dengue disease in pregnant women in a tertiary center.

Material and Methods: Descriptive, retrospective and transversal study carried out at the Department of Gynecology and Obstetrics of General Hospital of Honduran Social Security Institute (HSSI) between January 2009 to December 2011 in 132 pregnant women admitted with diagnosis of dengue. Perinatal outcome in 24 women whose pregnancies ends during dengue episode is described.

Resultados: Dengue in pregnancy rate was 18.5/1000 pregnancies. Mean of age was 24.7 years (+/-5.5, IC95%: 23.75-25.65) gestational age was ≥ 22 SG in 80/132 (60.6%) pregnancies and < 22 SG 52/132 (39.4%), time interval between initial symptoms and admission was 4.29 days (+/-2.3; IC95%: 3.9-4.7). Dengue categories was A (32/132; 24.2%) patients, B (81/132; 61.4%), C (7/132; 5.3%) and D (12/132; 9.1%). Pregnancy end in 24 women during dengue admission (18.2% IC95%: 11.22-25.14), abortion was identified in 3/24 (12.5%), preterm birth (PB) (1/132; 4%) and cesarean section (4%). Dengue C/D category was related with abortion ($p=0.03$, Fisher; OR-IC95%: 1.76<14<111.3). Maternal Mortality was 1/132 (0.76%) and neonatal 1/21 (4.7%).

Conclusion: The epidemiology and outcome of this patients agree with international bibliography.

Keywords. Dengue, Dengue Virus, Hemorrhagic Dengue Fever, Pregnancy, Pregnancy Outcome.

RESUMEN

Objetivo: Describir la epidemiología y evolución clínica de las embarazadas con diagnóstico clínico-serológico de dengue en un centro terciario.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal llevado a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades del IHSS entre Enero 2009 a diciembre 2011 e incluyó 132 casos confirmados serológicamente.

Resultados: La tasa de dengue en el embarazo fue 18.5/1000. La media de edad fue 24.7 años (+/-5.5, IC95%: 23.75-25.65) con edad gestacional ≥ 22 SG con 80/132 (60.6%) y < 22 SG 52/132 (39.4%), el tiempo desde inicio de síntomas hasta ingreso fue 4.29 días (+/-2.3; IC95%: 3.9-4.7). Según categoría el dengue fue A (32/132; 24.2%), B (81/132; 61.4%), C (7/132; 5.3%) y D (12/132; 9.1%). En 24 mujeres termina el embarazo (18.2% IC95%: 11.22-25.14), aborto 3/24 (12.5%), parto pretérmino (PP) (1/132; 4%) y cesárea (4%). Se relacionó dengue categoría C/D con riesgo de aborto ($p=0.03$; OR-IC95%: 1.76<14<111.3). La mortalidad materna fue 1/132 (0.76%) y la neonatal 1/21 (4.7%).

Conclusión: La epidemiología y evolución en estas pacientes está de acuerdo con lo reportado en la literatura internacional.

Palabras clave: Dengue, Virus del dengue, Fiebre hemorrágica dengue, Embarazo, Resultado del Embarazo.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad febril causada por infección de uno o más de los cuatro serotipos de un arbovirus llamado virus de dengue y transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* el *Aedes albopictus* y categorizada clínica y serológicamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como clásico (DC) y hemorrágico (DH); en el primer caso es una enfermedad benigna, en el segundo caso puede tener pronóstico reservado sin soporte hospitalario. La tasa de letalidad a nivel global es entre 1.2-2.4%, en México y Centroamérica es 1.72%, aportando en América Latina Honduras, Brasil, Colombia, Venezuela y México el 88%

de todos los casos e identificándose los cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4), estimándose en 150-200 casos en la población general por cada hospitalización(2). El embarazo podría favorecer la infección por dengue dado el estado de relativa inmunosupresión asociada a ser portadora de un feto semialógeno, además de afectar el resultado perinatal por la tendencia hemorrágica para características del DH; además de que este mismo puede ser susceptible a la infección por los serotipos del virus, especialmente durante la organogénesis, o posteriormente, convirtiéndose en individuos con formas no reconocibles de la enfermedad en madres sintomáticas o asintomáticas y tendientes a las formas hemorrágicas después del nacimiento(1, 2).

El cuadro clínico en la embarazada es similar al de la población general así como los sistemas de clasificación de severidad, desconociéndose el efecto que este tiene sobre el resultado perinatal, que es la evolución final del embarazo que se presenta entre las 22SG-42 días postparto, debido al subregistro. La información disponible indica que las complicaciones hemorrágicas en el embarazo pueden ser desproporcionadas, sugiriendo en el contexto de una epidemia o endemia importante siempre descartar esta patología en mujeres con alteraciones de coagulación o manifestaciones similares a las de preeclampsia y Síndrome de HELLP; desconociéndose si el antecedente positivo de Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) o Hipertensión Crónica (HC) implican mayor riesgo de preeclampsia/eclampsia en el período de convalecencia por dengue, por lo que se recomienda diagnóstico serológico(1, 3, 4). Respecto al resultado perinatal se ha reportado cesárea en 20.4-44%, asociándose esta con riesgo aumentado de hemorragia, por lo que se desaconseja esta práctica en estas mujeres(1, 5-8), también se ha reportado hipertensión y sobrecarga vascular por exceso de administración de productos sanguíneos(1, 3, 5, 9, 10); también se ha relacionado con parto pretérmino (PP), bajo peso al nacer (BPN), muerte fetal ó perinatal, *abruptio placentae* y transmisión vertical(1).

Las epidemias de dengue inicialmente afectaban principalmente a niños pequeños, sin embargo la tendencia se inclina actualmente hacia los grupos en edad reproductiva; a pesar de esto hay escasez de datos sobre las características clínica del dengue en el embarazo ni el impacto que tiene sobre estas mujeres y sus infantes(1). En este momento a nivel mundial no hay suficiente información para establecer el nivel de asociación entre dengue y manifestaciones hemorrágicas en el embarazo y riesgo perinatal. A pesar de disponerse de reportes nacionales sobre dengue y sus formas clínicas más graves(11-16), sólo dos reportes abordan esta problemática, uno de estos no permite concluir dado el pequeño tamaño de muestra y aspectos metodológicos; los otros dos reportes son sobre reportes de caso(17, 18). Debido a la situación anteriormente expuesta los autores tienen como objetivo generar una publicación académica que ponga a disposición de otros investigadores la información de base sobre el comportamiento del dengue sobre el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital General de Especialidades del IHSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal que incluyó 132 expedientes de un total de 239 embarazadas con diagnóstico de dengue durante el período de Enero 2009 a diciembre 2011 atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Especialidades del IHSS. Se incluyeron todos los casos de embarazo y dengue confirmado serológicamente y se incluyeron variables evolutivas del episodio de dengue; se excluyeron los expedientes no encontrados o con falta parcial de datos. Se recopiló la información mediante formulario (Microsoft Visio™, 2003), que fue aplicado por uno de los investigadores y que estaba compuesto por secciones de demografía, historia gineco-obstétrica, datos clínicos de ingreso y evolución final hasta el puerperio inmediato. No se obtuvo consentimiento firmado por ser este un estudio retrospectivo, sin posibilidad práctica de realizar seguimiento o entrevistas telefónicas por adolecer de este dato el expediente. El departamento de Estadísticas suministró los códigos para localizar los números de expedientes y el Departamento de Archivo los suministró a solicitud de los investigadores. Se reporta la tasa anual de incidencia de dengue durante el período del estudio, así como tasas de mortalidad y morbilidad perinatal hasta las 72 horas postparto. El análisis se limitó al período de estancia intrahospitalaria por el episodio de dengue en curso, se realizan dos análisis, uno general que incluye todos los casos y luego el del subgrupo de mujeres embarazadas con más de 22 SG delineando la evolución y complicaciones durante el episodio de dengue.

La información obtenida se introdujo en una base de datos en el programa estadístico SPSS 15.0 (SPSS Inc, NC, EUA, 2006), se utilizó este mismo para generar listados, frecuencia y tablas de cruces de categorías cuando fue necesario. Cuando fue necesario verificar independencia o asociación entre variables se determinó el valor de $p < 0.05$ como prueba objetiva (χ^2), igualmente se calculó Riesgo Relativo (RR) cuando fue necesario, así como el intervalo de confianza del mismo (IC95%)(EpiDat 3.1; OMS, 2006).

RESULTADO

La media de la edad del grupo estudiado fue 24.7 años (+/-5.5, IC95%: 23.75-25.65), la edad agrupada en orden de frecuencia fue < 19 años 17/132 (12.9%), 19-35 110/132 (83.3%), > 35 años 5/132 (3.8%), procedentes de Francisco Morazán (FM) 131/132 (99.2%), y de ambiente urbano 127/132 (96.2%) (Tabla 1). Fueron primigestas 55/132 (41.7%) y multigestas 41/132 (31%); refieren antecedente de aborto 12/132 (9.1%), cesárea 9/132 (6.8%); la media de la edad gestacional fue 25.7SG al ingreso (+/-11.0, IC95%: 23.8-27.6), de acuerdo a la edad gestacional al momento del ingreso tenían ≥ 22 SG con 80/132 (60.6%) y < 22 SG 52/132 (39.4%) (Tabla 1). El intervalo de tiempo desde los síntomas hasta el ingreso fue 4.29 días (+/-2.3; IC95%: 3.9-4.7).

¹ Especialista en Ginecología y Obstetricia. Médico Asistencial en Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa Honduras. Melivas16@gmail.com

² Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Psiquiatría Hospital Atlántida. Atlántida, Honduras

³ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital General San Felipe. Tegucigalpa Honduras

Característica	Frecuencia	%
Antecedentes gineco-obstétricos (n=132)		
Gestas		
Primigesta	55	41.7
Secundigesta	36	27.3
Multigesta	41	31.0
Paridad		
Nulípara	63	47.7
Primípara	34	25.8
Secundípara	25	18.9
Multipara	10	7.6
Abortos	12	9.1
Antecedente de cesárea	9	6.8
Edad Gestacional (SG)		
<22	52	39.4
22-36	46	34.8
37-41	34	25.7
Control prenatal (CPN)	80	60.6
Antecedente dengue últimos 6 meses	3	2.3
Cuadro Clínico		
Fiebre	132	100.0
Malestar general	131	99.2
Cefalea	125	94.7
Trombocitopenia	74	56.1
Mialgias/artralgias	73	55.3
Dolor retroocular	43	32.6
Manifestaciones hemorrágicas	12	9.1
Epigastralgia	10	7.6
Hipotensión	7	5.3
Rash	1	0.8
Diagnósticos de ingreso		
Síndrome febril en estudio	132	100
Probable dengue	132	100
Adolescente embarazada	17	12.9
VIH positivo	2	1.5
Bronquitis aguda	1	0.8
Hipertiroidismo	1	0.8
Preeclampsia severa	1	0.8
Amenaza de aborto	1	0.8
ITU	1	0.8
Desprendimiento de placenta previa	1	0.8
Clasificación del Dengue		
A	32	24.2
B	81	61.4
C	7	5.3
D	12	9.1

Tabla 1. Características Clínicas (n=132)
Fuente: Formulario.

El cuadro clínico fue Fiebre (100%), malestar general (99.2%), Cefalea (94.2%), Trombocitopenia (56.1%)(Tabla 1). Entre los diagnósticos de ingreso concomitantes el más frecuente fue Embarazo adolescente (12.9%) y VIH positivo (1.5%); La categoría más frecuente de dengue al ingreso fue B con 61.4%(Tabla 1). La media estadística de la estancia intrahospitalaria para todo el grupo fue 5.33 días (+/-5.33; IC95%: 4.9-5.7), con 3-5 días 77/132 (58.3%) y >5 día 48/132 (36.4%).

Desenlace	Durante hospitalización por dengue		Total
	Si	No	
Parto pretérmino	1	14	15
Aborto	3	2	5
Obito	0	6	6
Parto de término	12	73	85
Posttérmino	7	13	20
Cesárea	1	0	1
Total	24	108	132

Tabla 2. Distribución según Desenlace perinatal durante y después de la hospitalización por dengue (n=24)

Fuente: Formulario.

Durante la hospitalización por dengue se presentaron 24 desenlaces gestacionales (18.2%; IC95%: 11.22-25.14), la mayor parte parto de término 12/24 (50%), posttérmino 7/24 (29%), aborto 3/24 (13%), pretérmino 1/24 (4%) y cesárea 1/24 (4%)(Tabla 2). El resto de mujeres tuvo desenlace posterior a la hospitalización. Al comparar la categoría de Dengue con complicaciones como parto pretérmino en este subgrupo de casos no se encontró relación ($p>0.05$), aunque sí se encontró asociación entre categorías C y D agrupadas vs A y B en relación a riesgo de aborto ($p=0.03$, Fisher; ORIC95%: 1.76<14<111.3); Se registraron 21 neonatos nacidos de estas mujeres y 3 abortos durante su estancia, con peso entre 2500-4000 grs en 19/24 (90%), un caso con 2380 grs y otro con 1800 grs; que es el neonato del caso de fallecimiento materno en este subgrupo, una mujer de 34 años primigesta que ingresa de urgencia por diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI) con epigastralgias, hipotensión y manifestaciones hemorrágicas con prueba de torniquete positiva y clasificada como dengue categoría D, con choque hemorrágico y trombocitopenia (8,000/ml) con indicación absoluta de cesárea que fallece a las 12 horas de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); el neonato de sexo masculino fue prematuro de 29 SG, APGAR de 4 y 5 al primero y quinto minuto, negativo por dengue y que fallece luego de ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). No se encontró asociación entre categoría de dengue y fallecimiento ($p>0.05$) en este subgrupo. La estancia intrahospitalaria para el grupo que finaliza el embarazo durante la hospitalización por dengue fue 6.75 días (+/-2.9; IC95%: 6.25-7.25). La tasa de mortalidad para todo el grupo fue 1/132 (0.76%) ó 760/100,000 casos de embarazadas con diagnóstico de dengue como indicación de ingreso.

Categoría	Aborto		Prematurez		Condición de egreso	
	Si	No	Si	No	Fallecida	Viva
A		6		6		6
B	1	14		14		15
C	1			1		1
D	1	1	1	2	1	1
Total	3	21	1	23	1	23

Tabla 3. Resultado Perinatal según categoría de Dengue(n=24) Fuente: Formulario.

DISCUSIÓN

La incidencia de dengue en el período del estudio durante el embarazo en el Hospital General de Especialidades del IHSS es de aproximadamente 18.51/1000 ingresos al Departamento de Ginecología y Obstetricia, esta cifra no puede ser exacta dado que muchas pacientes asintomáticas son atendidas sin contemplar este diagnóstico, especialmente en épocas que no son reconocidas como picos epidémicos, pero es la primera tasa reportada en una publicación académica nacional.

Se ha reportado incidencia de cesárea en 20.4% de mujeres con diagnóstico de dengue, especialmente en antiguas publicaciones, actualmente luego de la identificación del riesgo hemorrágico en estas pacientes no se recomiendan los procedimientos quirúrgicos en pacientes embarazadas con dengue (1, 19, 20).

Algunos autores han reportado el "estado residual vasodilatatorio de secuestro" en el puerperio en mujeres con sobrecarga de líquidos y solutos por transfusión de productos sanguíneos, que es un cuadro similar a la pre-eclampsia (3, 9, 10); en este estudio solo se realizó una transfusión de GRE en una paciente que ingresa con cuadro severo clasificado como categoría D y diagnóstico de VIH con manifestaciones hemorrágicas con 6 SG y en la que no se presenta ninguna complicación.

Debido a la escasez de información sobre dengue en el embarazo, sólo se han reportado 143 pequeñas series y reportes de casos hasta el 2010, encontrándose tasa de prematurez de 13.6-16.1% y cuya relación con dengue aún está en controversia sobre si el dengue en el embarazo se asocia a riesgo incrementado de parto pre-término, sin conclusión actual al respecto, especialmente debido a que muchos de los casos reportados en la bibliografía mundial como neonatos de pre-término también son clasificados como Bajo Peso al Nacer (BPN), es decir relacionados con retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), así que la etiología también está en controversia(21-26); en este reporte, la tasa de proporción de prematurez en el subgrupo de mujeres que tuvieron desenlace perinatal durante el episodio de dengue en el Hospital General de Especialidades del IHSS fue 4% y que fue en un neonato con BPN (Tabla 2), que es inferior al reportado, pero podría coincidir con los que postulan que no tiene relación alguna dengue con riesgo de parto pre-término;

de forma similar no hay evidencia disponible para considerar al dengue en el embarazo como factor de riesgo de muerte fetal y/o perinatal(22, 23, 25).

A pesar de que se reportan incidencias de diabetes gestacional, muerte materna y *abruptioplacentae*, la literatura disponible es relativamente escasa, y el número de embarazadas reportadas con diagnóstico confirmado no reúne el tamaño suficiente para concluir(1, 22); en este estudio el caso asociado a fallecimiento materno-neonatal se relacionó con DPPNI, y aunque no hay evidencia disponible para concluir al respecto, no es posible descartar el papel que podría haber jugado el estado hemorrágico inducido por el dengue categoría D sobre esta paciente y el riesgo de DPPNI. La transmisión vertical del dengue se ha reportado de 1.6% postulándose que la vía puede ser transplacentaria y mucocutánea, creyéndose que esta tasa puede ser mucho mayor, pero que no se ha detectado por dificultades metodológicas e inmunológicas muy particulares para llevar a cabo grandes series, aunque el cuadro clínico del neonato normalmente es florido y el intervalo de tiempo entre nacimiento y síntomas es de 5-13 días de edad(3, 6, 23, 27-29), en Honduras se reportó el primer caso de transmisión vertical en Centroamérica en el año 2009 por Carrasco & Avila(18); en este estudio no se identificó ningún caso de transmisión vertical entre las mujeres que tuvieron parto en la institución en el período del estudio.

En la mayor parte de los estudios revisados para este reporte no se incluyen mujeres embarazadas con menos de 22 SG, esto posiblemente debido a la dificultad en diferenciar si la condición hemorrágica influencia la tasa de incidencia de abortos o la etiología multifactorial; en este estudio se identificó asociación estadística entre dengue C y D ($p=0.03$, Fisher; ORIC95%: 1.76<14<111.3) y riesgo de aborto, sin embargo hay que tener cautela para interpretar esta asociación, ya que no es posible diferenciar si esta relación se debe al azar o a la influencia hemorrágica del dengue, ya que sería necesario realizar un estudio diseñado para tal efecto con mayor número de pacientes y con grupos de comparación, lo que está fuera del espectro de objetivos de este trabajo.

Entre los resultados más importantes de esta investigación está el haber reportado la tasa de incidencia del período en la población de embarazadas en esta institución, así como los primeros datos clínicos y evolutivos de estas pacientes, que incluyeron por primera vez embarazos antes del II trimestre o menores de 22 SG; así como se reporta el resultado perinatal en un subgrupo de pacientes con embarazos mayores de 22 SG con parto durante la hospitalización por dengue. Entre las limitantes de este estudio está la dificultad en la recuperación de expedientes y que muchos adolecen de la información requerida, ya sea por no consignarse ó por pérdida material, parcial o casi total, ya que si se hubiera logrado incluir una muestra mayor, las conclusiones serían más aportativas.

De acuerdo a los resultados anteriormente expuestos, se concluye que la tasa de dengue en el embarazo es relativamente baja entre las embarazadas ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Especialidades del IHSS, que la tasa de

cesáreas se corresponde con lo recomendado en estas pacientes en quienes hay baja tasa de prematuridad y que hay posibilidad que el dengue influya en la mortalidad asociada a complicaciones relacionadas con la condición hemorrágica que este condiciona en los casos severos. Se recomienda además la realización de estudios en los que se asignen recursos para diagnóstico serológico en una cohorte de mujeres embarazadas para determinar las características del perfil inmunológico materno-neonatal durante el embarazo desde el tercer trimestre, lo que contribuiría a la disminución de pacientes con riesgo de presentar formas hemorrágicas mediante la identificación de anticuerpos heterólogos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pouliot SH, Xiong X, Harville E, Paz-Soldan V, Tomashek KM, Breart G, et al. Maternal dengue and pregnancy outcomes: a systematic review. *ObstetGynecolSurv* 2010;65(2):107-18.
2. TDR Para la Investigación sobre Enfermedades de la Pobreza UNICEF-PNUD-Banco Mundial-OMS. Dengue. Guías para el Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control. La Paz, Bolivia: OMS-TDR; 2009.
3. Chye JK, Lim CT, Ng KB, Lim JM, George R, Lam SK. Vertical transmission of dengue. *Clin Infect Dis* 1997;25(6):1374-7.
4. Chhabra A, Malhotra N. Anesthetic management of a pregnant patient with dengue hemorrhagic fever for emergency cesarean section. *Int J ObstetAnesth* 2006;15(4):306-10.
5. Bunyavejchevin S, Tanawattanacharoen S, Taechakraichana N, Thisyakorn U, Tannirandom Y, Limpaphayom K. Dengue hemorrhagic fever during pregnancy: antepartum, intrapartum and postpartum management. *J ObstetGynaecol Res* 1997;23(5):445-8.
6. Janjindamai W, Pruekprasert P. Perinatal dengue infection: a case report and review of literature. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003;34(4):793-6.
7. Fatimil LE, Mollah AH, Ahmed S, Rahman M. Vertical transmission of dengue: first case report from Bangladesh. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003;34(4):800-3.
8. Petdachai W, Sila'on J, Nimmannitya S, Nisalak A. Neonatal dengue infection: report of dengue fever in a 1-day-old infant. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004;35(2):403-7.
9. Kerdpanich A, Watanaveeradej V, Samakoses R, Chumnanvanakij S, Chulyamitporn T, Sumeksri P, et al. Perinatal dengue infection. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2001;32(3):488-93.
10. Singh N, Sharma KA, Dadhwal V, Mittal S, Selvi AS. A successful management of dengue fever in pregnancy: report of two cases. *Indian J MedMicrobiol* 2008;26(4):377-80.
11. Medina C, Pineda R. Mortalidad por Dengue durante el embarazo entre los meses de Enero a Noviembre 2010 en el Hospital General de Especialidades del IHSS, Honduras. *RevFacCienMed* 2010;7(2):9-16.
12. Zavala G. Dengue y Vigilancia. *RevFacCienMed* 2010;7(2):7-8.

13. Escalante H, Montes M. Aspectos Epidemiológicos y Clínicos y de Gestión en Salud del Sistema de Salud ante la Epidemia del Dengue, Honduras 2010. *RevFacCienMed* 2010;7(2):17-26.
14. Valladares C, Tovar O, Kafati R. Perfil Clínico y Laboratorial del Dengue Hemorrágico en pacientes mayores de 14 años en el Hospital General de Especialidades del IHSS. Enero 2001-Agosto 2003. uso de Presión Arterial Media como indicador de Gravedad. *RevMed Post UNAH* 2005;9(1):93-103.
15. Lazo G, Tovar O, Kafati R. Utilidad del Resultado de la Prueba de Torniquete en pacientes mayores de 16 años con dengue atendidos en el Hospital General de Especialidades del IHSS. Junio 2003-Junio 2005. *RevMed Post UNAH* 2006;9(3):314-21.
16. Bú E. Dengue Clásico y Hemorrágico en Honduras. *RevMedHon* 1999;67:196-200.
17. Samayoa E, Ramos C, González O. Dengue y Embarazo. *RevFacCienMed* 2006;3(2):35-8.
18. Carrasco J, Avila G. Transmisión Vertical de Dengue en Honduras: Primer Reporte de Caso en Centroamérica. *Rev Med Hon* 2009;77(1):20-2.
19. Whitehorn J, Farrar J. Dengue. *Br Med Bull* 2010;95:161-73.
20. Whitehorn J, Farrar J. Dengue. *Clin Med* 2011;11(5):483-7.
21. Boussemart T, Babe P, Sibille G, Neyret C, Berchel C. Prenatal transmission of dengue: two new cases. *J Perinatol* 2001;21(4):255-7.
22. Basurko C, Carles G, Youssef M, Guindi WE. Maternal and fetal consequences of dengue fever during pregnancy. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2009;147(1):29-32.
23. Ismail NA, Kampan N, Mahdy ZA, Jamil MA, Razi ZR. Dengue in pregnancy. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2006;37(4):681-3.
24. Rosado R, Muñoz M, Soler E, Parissi A, Méndez G. Dengue durante el Embarazo. Comunicación de Casos. *GinecolObstetMex* 2007;75(1):687-90.
25. Waduge R, Malavige GN, Pradeepan M, Wijeyaratne CN, Fernando S, Seneviratne SL. Dengue infections during pregnancy: a case series from Sri Lanka and review of the literature. *J Clin Virol* 2006;37(1):27-33.
26. Restrepo BN, Isaza DM, Salazar CL, Ramirez JL, Upegui GE, Ospina M, et al. [Prenatal and postnatal effects of dengue infection during pregnancy]. *Biomedica* 2003;23(4):416-23.
27. Maroun SL, Marliere RC, Barcellus RC, Barbosa CN, Ramos JR, Moreira ME. Case report: vertical dengue infection. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84(6):556-9.
28. Phongsamart W, Yoksan S, Vanaprappa N, Choekphaibulkit K. Dengue virus infection in late pregnancy and transmission to the infants. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(6):500-4.
29. Sirinavin S, Nuntnarumit P, Supapannachart S, Boonkasidecha S, Techasaensiri C, Yoksarn S. Vertical dengue infection: case reports and review. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23(11):1042-7. ARa

ARTÍCULO ORIGINAL

FESGO POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Dra. Tatiana Ortiz^{1,4,5}, Dr. Octavio Miranda^{1,7}, Dr. Yuen Chon Vicente^{1,2,3,4}, Mónica Cárdenas⁶.

INTRODUCCIÓN

La Federación Ecuatoriana de Gineco Obstetricia como miembro de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), se acoge a los postulados de la FIGO, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de velar por la salud de las mujeres e impulsar el reconocimiento de los derechos humanos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva entre otros el derecho a una maternidad saludable y segura, derecho a la información y a servicios de salud sexual y salud reproductiva, a tomar decisiones libres e informadas en torno a su propia fecundidad.

El Ecuador se ha destacado en la región por contar con una constitución y leyes que garantizan los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, y el derecho al acceso gratuito a la salud del más alto nivel de calidad, derechos que se reflejan en las normas y guías clínicas de atención.

La muerte materna sin embargo constituye aun una deuda pendiente del país en materia de derechos humanos, mucho más considerando que estas muertes corresponden en su mayoría a causas prevenibles que afectan sobre todo a las mujeres más pobres y con acceso limitado a servicios de salud, así como a otros recursos.

FESGO en el año 2015, con el objetivo de contribuir a la reducción de la muerte materna, apoyando la difusión y aplicación de las Guías Clínicas del Ministerio de Salud Pública; en particular las Guías de Hemorragia Postparto, Aborto Incompleto o Diferido y Aborto Terapéutico. Realizó una encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP), a profesionales de salud (ginecólogos, médicos generales, postgradistas de ginecología, estudiante de medicina en su internado rotativo) a quienes estaría dirigida la capacitación sobre las guías mencionadas.

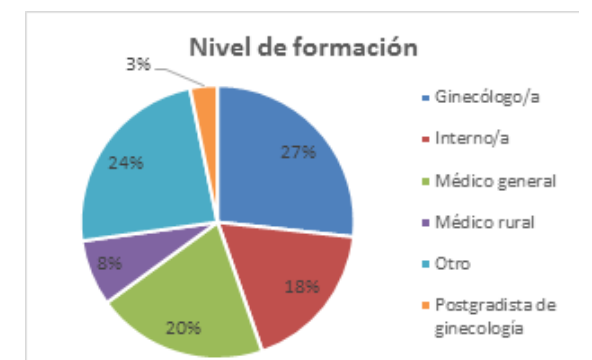
Esta encuesta buscó establecer los conocimientos del grupo sobre las guías clínicas; explorar las actitudes y prácticas en relación con la atención a las mujeres en situación de aborto

y las concepciones que en torno a este tema, el grupo tenía antes de la capacitación recibida. Entendiendo que identificar estos aspectos nos permite conocer el grado de sensibilidad que los profesionales tienen para reconocer y respetar los derechos de las mujeres y la aplicación de la Guías Clínicas basadas en la mejor evidencia científica conocida; así como reconocer los aspectos a considerar en los programas de capacitación a proveedores de salud y en las estrategias para institucionalizar las guías clínicas mencionadas.

La encuesta CAP se aplicó entre Noviembre 2015 a Marzo 2016 y fue previamente validada con ginecólogos líderes de FESGO.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 217 encuestas; a profesionales de la salud de las provincias de Pichincha, Esmeraldas, El Oro, Ibarra, Tungurahua, Chimborazo, Riobamba, Cotopaxi y Bolívar. El 62 % de las personas encuestadas fueron mujeres (134). El 27 % son especialistas en ginecología, 18 % estaban realizando su internado rotativo; 20 % médicos generales y 24 % otras profesiones (obstetras, enfermeras).



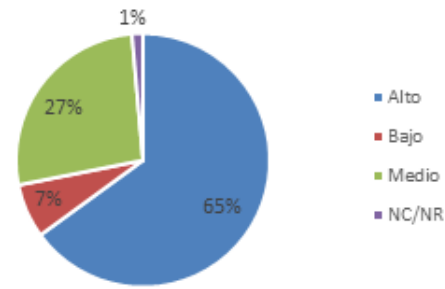
La mayoría de las personas encuestadas laboran en instituciones públicas de salud (90 %). 56 % en estado civil casados y 35 % solteros. El 84 % señalaron pertenecer a la religión católica y 7 % evangélicos.

El presente artículo presenta los resultados de la parte de la encuesta relacionada con la atención integral a mujeres en situación de aborto en un marco de derechos humanos, el conocimiento y aplicación de a guías clínicas.

Conocimientos en torno a las Guías Clínicas

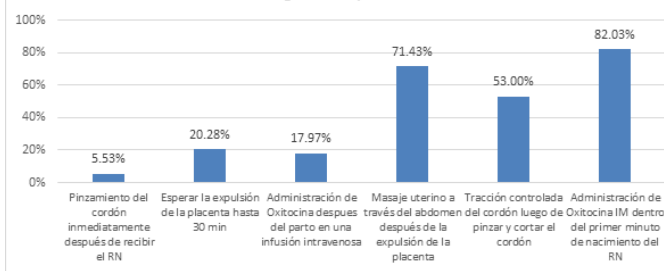
En cuanto a la percepción de importancia del problema de la muerte materna por hemorragia postparto en el Ecuador, el 65 % lo consideró de alta importancia; y 27 % de importancia media. Esto significa que el 92 % de encuestados reconoce la importancia del problema.

En su opinión, condísiera que en Ecuador el nivel de importancia de la muerte materna por HPP es un problema de salud:



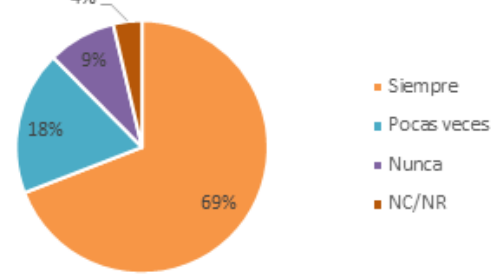
Sobre las medidas de MATEP para la reducción de la hemorragia postparto; el 82 % señaló la administración de Oxitocina 10 U IM en el primer minuto de nacimiento del recién nacido. 53 % señaló la tracción controlada del cordón, como otra de las técnicas a aplicar. El masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, fue mencionado por 71 % de las personas. Un 16 % de participantes señalaron como técnica: esperar la expulsión de la placenta hasta 30 min.

El MATEP, para la prevención de la hemorragia postparto, incluye 3 de las siguientes opciones:



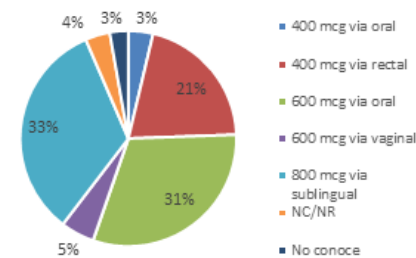
El 69 % mencionó realizar siempre MATEP en su práctica profesional, mientras que el 18 % lo realiza pocas veces y el 13 % restante no lo aplica. Estos porcentajes indican que un porcentaje no pequeño de profesionales de salud que están atendiendo a mujeres en un parto o que podrían estarlo no realizan de manera rutinaria estas medidas cuya eficacia para prevenir la hemorragia postparto está demostrada y hacen parte de la norma de atención del MSP.

En su práctica clínica que tan frecuente aplica MATEP

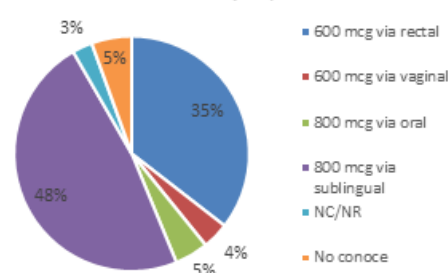


En cuanto al uso del Misoprostol en la hemorragia postparto; el 33 % de las personas encuestadas reconocieron la dosis de 800 microgramos SL como vía y dosis de elección para la prevención de hemorragia postparto y 31 % mencionó la dosis de 600 microgramos vía oral; mientras que para la atención de la HPP 800 microgramos SL es la alternativa señalada por el 48 % de personas encuestadas y 600 microgramos vía rectal mencionada por el 35 % . Estos porcentajes si bien expresan el reconocimiento de la utilidad del Misoprostol para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto, también demuestran que existe una imprecisión respecto a la dosis y vía de elección.

La dosis y vía de administración de Misoprostol más efectiva para la prevención de HPP:

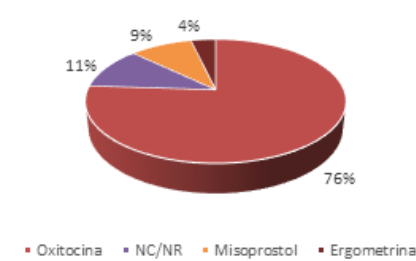


La dosis y vía de administración de Misoprostol para tratamiento de HPP con efecto más rápido, es:

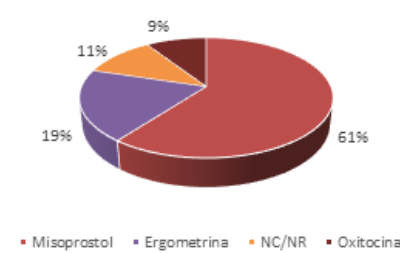


La Oxitocina es reconocida como la primera opción para la prevención del HPP después de un parto (76 %) y la segunda opción el Misoprostol (60 %); 65 % mencionó la Ergometrina como tercera opción. Estos porcentajes expresan que un número importante de las personas aún no tienen la certeza de las opciones terapéuticas a priorizar en la prevención de la hemorragia postparto.

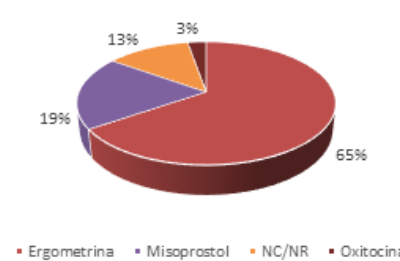
1era opción



2da opción



3ra opción

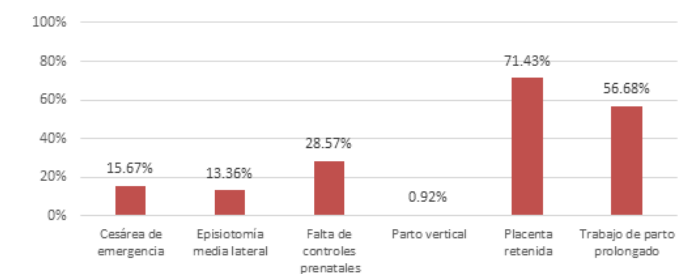


El uso de Oxitocina + masaje uterino, es mencionado como la medida más efectiva frente a un parto complicado con HPP.

En relación con las causas de la hemorragia postparto el 62 % de encuestados reconoce como primera causa de HPP alteraciones del tono uterino, trauma como segunda opción un 39 %; y retención de tejidos 42 %, como tercera opción. Estos datos evidencian que un porcentaje importante no reconoce el peso que estas causas tiene en la aparición de la hemorragia postparto, y esto podría dilatar la resolución de la misma.

En cuanto a los factores asociados a un mayor riesgo de hemorragia postparto el 71 % mencionó a la retención placentaria como la principal causa de HPP, seguida del trabajo de parto prolongado un 56 %.

Según la evidencia científica señale los factores asociados a un mayor riesgo de hemorragia postparto

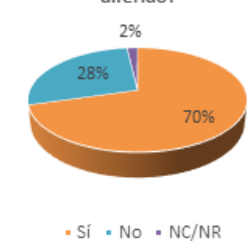


Prácticas en relación con el Misoprostol y AMEU para la atención del aborto

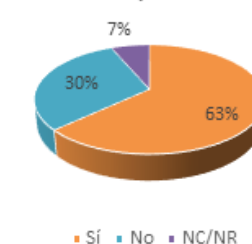
El 49 % de las personas encuestadas mencionó al Misoprostol como el método que preferiría usar para el tratamiento del aborto incompleto o diferido. Un 30 % eligió el AMEU y 19 % LIU. Estas respuestas difieren porcentualmente cuando declaran cual es el método más usado en su lugar de trabajo, el LUI ocupa el primer lugar (30%) seguido del Misoprostol (26 %) y el AMEU el 25 %. La diferencia entre la preferencia de un método y la utilización del mismo puede depender de otros factores como la no disponibilidad en sus servicios del equipo para realizar AMEU y del Misoprostol para su aplicación regular; o puede responder a la falta de entrenamiento en la aplicación de estos tratamientos para la atención de situaciones de aborto.

El 70 % de las personas refirió haber usado alguna vez el Misoprostol para el tratamiento del aborto diferido, el 28 % no lo ha usado. Mientras que el 63 % indicó que ofrece a sus pacientes el uso del Misoprostol como tratamiento de primera elección en caso de aborto incompleto o diferido, el 30 % contestó que no y el 7 % corresponde al grupo que respondió no conocer.

Ha utilizado alguna vez Misoprostol para el tratamiento de aborto incompleto o diferido?

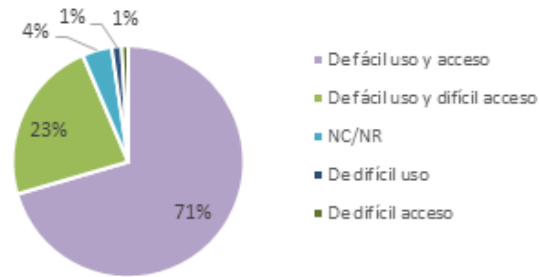


Ud ofrece Misoprostol como un tratamiento de primera elección para aborto incompleto o diferido



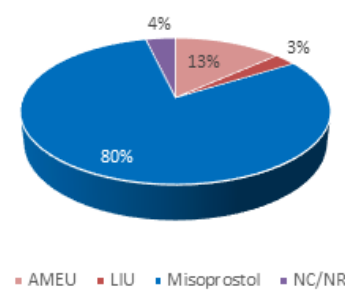
Esta aparente mayor aceptación al Misoprostol, guardaría relación también con la percepción de que es un método de fácil uso y fácil acceso (71 %), un 23 % lo considera de fácil uso pero de difícil acceso. Esta última opinión responde al hecho de que en muchas unidades de salud no hay disponibilidad permanente del medicamento y en algunas localidades del país existe restricción para su venta aún con receta médica.

Considera que el uso del método medicamentoso (Misoprostol) para el tratamiento de aborto incompleto o diferido es:

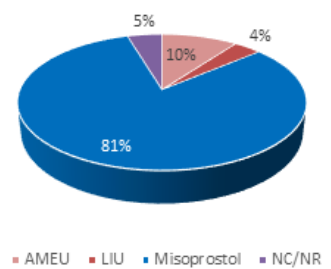


El Misoprostol es considerado por los encuestados como el método más seguro y eficaz (59 % de encuestados frente al 35 % el AMEU) para tratar el aborto incompleto o diferido, y también se considera al Misoprostol como el método de menor costo para el paciente (80 %) y el proveedor (81 %).

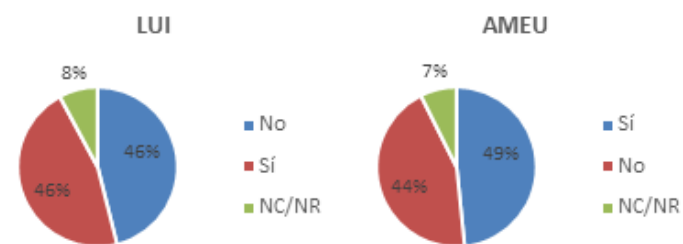
¿Cuál tratamiento tiene menor costo para el proveedor?



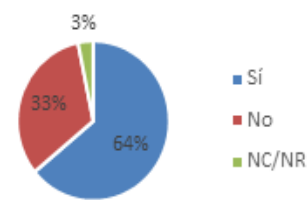
¿Cuál tratamiento tiene menor costo para la paciente?



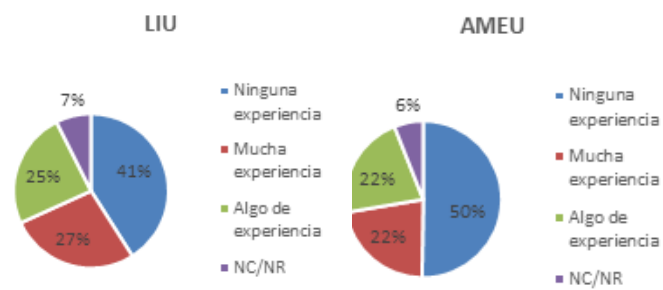
El 64 % y 48 % de encuestado indicó haber recibido capacitación en el uso de Misoprostol y AMEU respectivamente. Esto indica que aún existe un porcentaje importante de este personal que no ha sido capacitado en estas técnicas para el tratamiento del aborto.



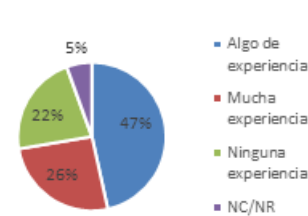
Misoprostol



Cerca del 50 % de encuestados indicó tener ninguna experiencia y 22 % algo de experiencia en el uso de AMEU. Mientras que en el uso del Misoprostol el 46 % refirió tener algo y 22 % ninguna experiencia.

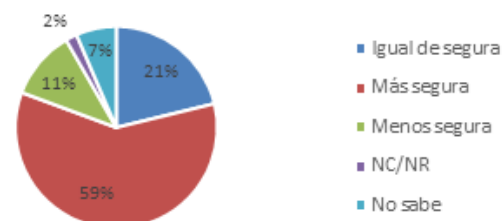


Misoprostol



Un 59 % de encuestados considera al Misoprostol como una alternativa de tratamiento más segura en relación con el LIU.

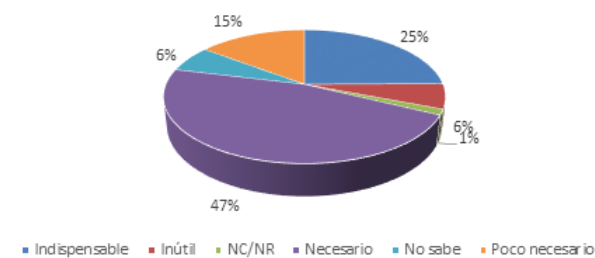
El uso de Misoprostol en relación con LIU para tratar un aborto incompleto o diferido es:



El uso de ecografía fue valorado como necesario para determinar el éxito de tratamiento con AMEU o Misoprostol por el 47 % de las personas. Mientras el 25 % lo consideró indispensable y el 15 % lo estimó poco necesario. Estas respuestas, contradicen la indicación de la Guía Clínica del MSP, que señala que la ecografía no es indispensable en todos los casos para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento.

Esto podría constituirse en un factor que demore la respuesta de atención a pacientes en situación de aborto, sobre todo en los servicios que no disponen de este recurso.

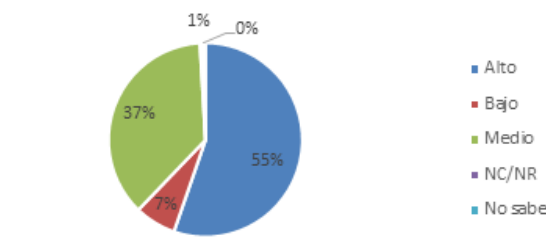
Según la evidencia científica el uso de ultrasonido para el diagnóstico de éxito del tratamiento con AMEU o Misoprostol de un aborto incompleto es:



Actitudes y prácticas frente a la atención del aborto

La muerte materna en relación con el aborto, es considerada como un problema de salud de alta importancia para el 55 % y para el 37 % de encuestados de importancia media.

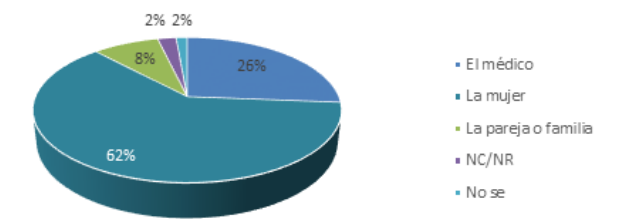
En su opinión, considera que en Ecuador el nivel de importancia de la muerte materna por complicaciones relacionadas con el aborto es un problema de salud



Se evidencia un buen reconocimiento de los elementos que distinguen a una atención integral a mujeres en situación de aborto. Entre 52 y el 88 % se refirió a los aspectos de la atención médica, 41 % señaló la orientación sobre sus derechos y 44 % mencionó la entrega inmediata de un anticonceptivo. Este último porcentaje alerta sobre la necesidad de insistir en la anticoncepción postevento obstetrico, en particular post aborto, de manera inmediata, aplicando los criterios clínicos de elegibilidad la OMS y según establece la guía de practica clínica del MSP, favoreciendo la elección autónoma del método por parte de la mujer para la prevención o planificación de un nuevo embarazo.

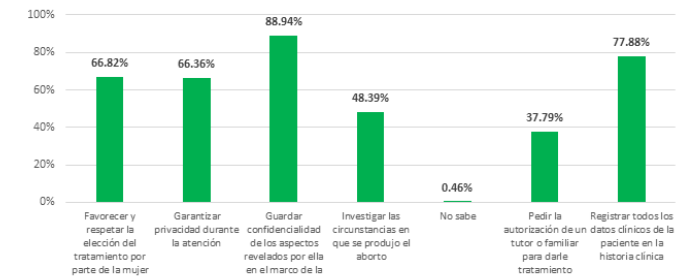
El 62 % reconoció a la mujer como la persona que debe elegir y decir sobre el tratamiento a recibir en una situación de aborto y un 26.5 % reconoció como responsable al médico.

La elección de tratamiento a una mujer en situación de aborto hemodinámicamente estable corresponde a:



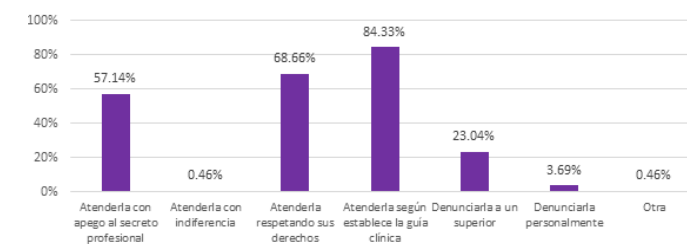
Un porcentaje alto (entre el 66 y el 89 % de profesionales) reconoce los elementos que hacen parte de las responsabilidades de los profesionales en una atención de calidad, como son el respeto a la privacidad, la confidencialidad, el respeto a la elección del tratamiento. Sin embargo un 48 % señaló como obligación de los profesionales investigar las circunstancias en las que se produjo el aborto y 37 % indicó solicitar la autorización de un tutor o representante legal para dar tratamiento. Esto contradice la norma de salud y puede interferir con la respuesta oportuna a emergencias derivadas de complicaciones del aborto, pues las mujeres temerían acudir a los servicios de salud.

Los profesionales que atienden a una mujer con una situación de aborto, están obligados a: (puede elegir más de una)



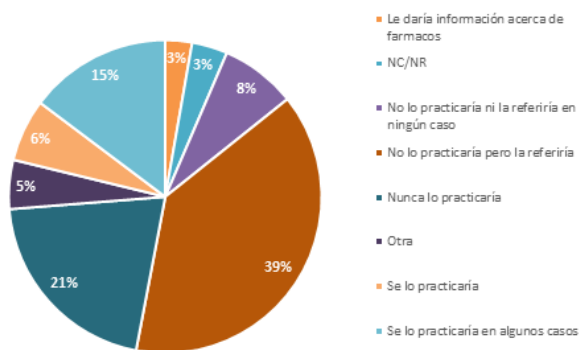
El 68 % de profesionales señaló una actuación personal apegada a los derechos si le tocara atender una mujer en la que se sospecha un aborto provocado, un 57 % indicó que la atendería guardando el secreto profesional. Sin embargo un 23 % indicó que la denunciaría con un superior y un 3 % que la denunciaría personalmente, lo cual contradice totalmente la obligación establecida por la ley y la ética médica de guardar el secreto profesional.

Si llega al servicio una mujer con un aborto y el profesional que la atiende sospecha que se trata de un aborto provocado, ¿cuál cree usted que debe ser la conducta del profesional?

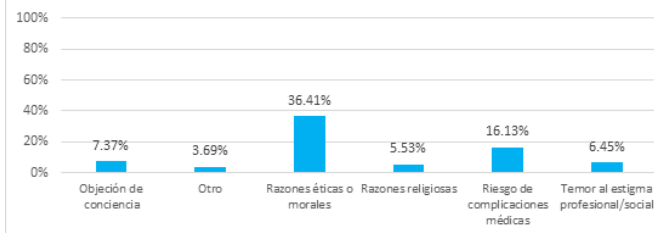


Si una mujer solicitara un aborto dentro de las condiciones que la ley lo permite; el 39 % indicó que no lo practicaría pero lo referiría; un 15 % lo haría en determinados casos y un 21 % indicó que nunca lo practicaría. Las razones éticas o morales (36.5 %) y las posibles complicaciones médicas (16 %) son en frecuencia las razones por las causales no harían o no referirían a una mujer que requiera un aborto dentro de las causales no punibles.

Si una mujer le solicitara un aborto terapéutico en las condiciones que la ley actual establece, usted:

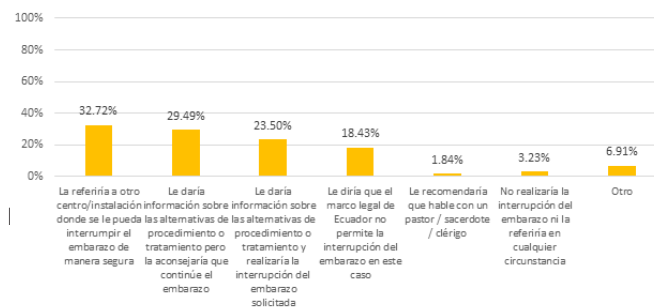


Si su respuesta fue que no lo practicaría, ni la referiría, identifique la razón para no hacerlo



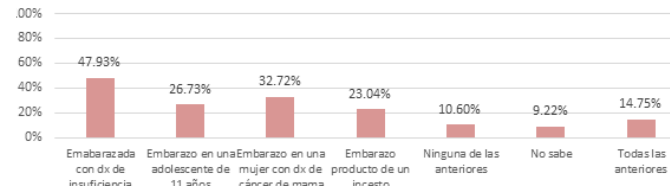
En el caso de una mujer con discapacidad un familiar solicitara un aborto, el 33 % de personas encuestadas indicó que la referiría a otro profesional; 29 % le daría información y le realizaría el aborto; y 23 % indicó que le daría información sobre las alternativas de procedimiento o tratamiento pero la aconsejaría que continúe el embarazo. Un 18 % contestó que le diría que el marco legal de Ecuador no permite la interrupción del embarazo en este caso.

Si el familiar de una mujer con discapacidad mental embarazada producto de una violación le consultara para la interrupción del embarazo, ¿qué haría?



terapéutico: el 79 % señaló causas médicas (cáncer de mama e insuficiencia renal) y el 26,7 % en caso de una adolescente 11 años embarazada; y 23 % en caso de un incesto. Un 14 % señaló todas como causales y 10 % ninguna; un 8 % mencionó falla del método anticonceptivo

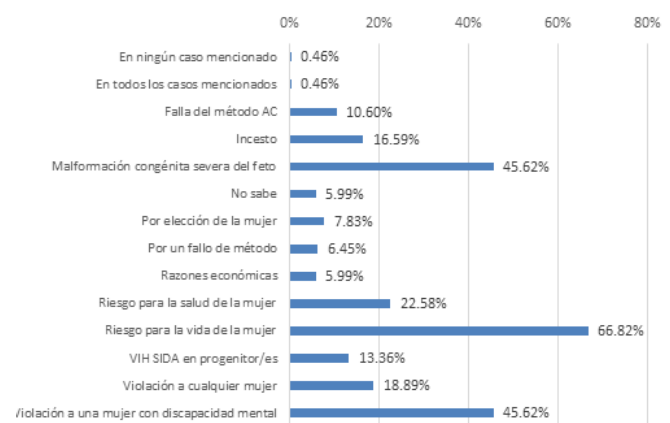
Atendiendo la causal de aborto terapéutico reconocida en nuestro país "en caso de riesgo de salud de la mujer" cual o cuales de las siguientes situaciones ud considera corresponderían a esta causal



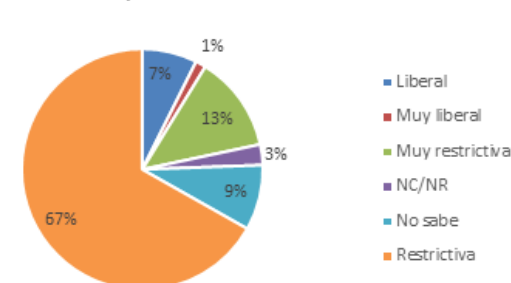
En cuanto al conocimiento del marco legal del país respecto al aborto; el 66 % de encuestados señalaron el riesgo para la vida de la mujer como una causal de aborto no punible. El 45 % señaló a la violación a una mujer con discapacidad mental y 46 % a la malformación congénita del feto. Un 22 % señaló el riesgo para la salud de la mujer y un 19 % a la violación a cualquier mujer como causal de aborto no punible.

Un 67 % opinó que la ley ecuatoriana respecto al aborto es restrictiva, y 13.5 % muy restrictiva y un 8 % opinó que es liberal.

El marco legal de nuestro país reconoce el aborto como no punible en los siguientes casos (puede señalar más de una alternativa)

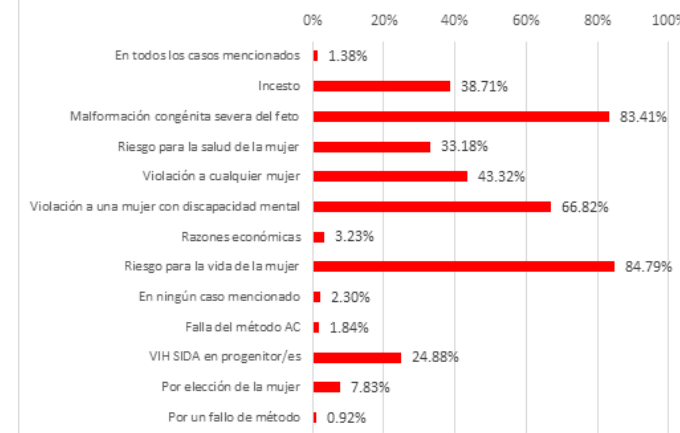


En su opinión, cree ud que la ley ecuatoriana respecto al tema aborto es:



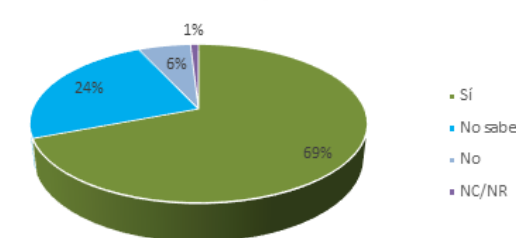
El 84 % de encuestados opinó que estaría de acuerdo en que la ley permitiera la interrupción del embarazo en caso de peligro para la vida de la mujer y 83 % en caso de una mal formación congénita severa del feto; 38 % está de acuerdo en caso de incesto; 33 % si hay riesgo para la salud de la mujer; 66 % en caso de violación a una mujer con discapacidad mental; y 43 % en caso de violación a cualquier mujer; un 24 % opinó estar de acuerdo con la interrupción si los progenitores son VIH positivos.

Usted estaría de acuerdo en que la ley permita el aborto en casos de: (es factible más de una respuesta)



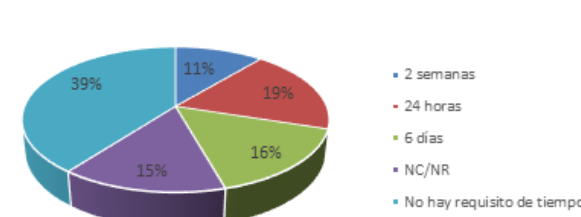
El 69 % de encuestados conoce que existe una Guía clínica para la atención del aborto terapéutico y 24 % contestó no saber que existía esta normativa.

El país cuenta con una guía clínica para la atención del aborto terapéutico



En cuanto al plazo para realizar un aborto terapéutico una vez establecida la causal del mismo, es evidente que el grupo desconoce este aspecto de la normativa, 39 % señaló que no existe este requisito en la normativa; 16 % respondió que existe un plazo de 6 días y 19 % indicó un plazo de 24 horas.

En cuanto tiempo tenemos la obligación de realizar un aborto terapéutico de acuerdo a la nueva Guía de Práctica Clínica



CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud Pública viene realizando esfuerzos importantes para enfrentar el reto urgente de reducir la muerte materna, privilegiando entre sus estrategias la capacitación y el desarrollo de destrezas en los equipos de salud para identificar y responder oportuna y adecuadamente frente a las causas y los factores de riesgo de la muerte materna.

Los resultados de la encuesta aplicada por FESGO a profesionales de salud que en su mayoría labora en unidades del MSP o que está en etapa de formación, ponen en evidencia algunos elementos que pudieran ser considerados en los programas de capacitación y en las acciones de seguimiento al cumplimiento de las normas y guías clínicas del MSP.

Conocimiento y aplicación de las guías clínicas

En general el personal encuestado conoce las técnicas de MATEP y el uso de medicamentos para prevenir y controlar la hemorragia postparto. Sin embargo este conocimiento requiere para ser efectivo en la respuesta a esta emergencia, de un entrenamiento en el reconocimiento oportuno de las causas que provocan la hemorragia postparto y los factores de riesgo para la misma; lo cual constituye un desafío de los programas de capacitación tutorial y en servicio, de los profesionales que tienen a su cargo la atención del embarazo, parto y postparto, en particular en las salas de emergencia obstétrica.

Es necesario poner énfasis en la utilización del Misoprostol para la prevención de la hemorragia postparto, considerando en particular a pacientes que tienen factores de riesgo como trabajo de parto prolongado, múltiparas, periodo expulsivo prolongado, retención placentaria, antecedente de hemorragias en partos anteriores, pacientes con trastornos hipertensivos asociados al embarazo, embarazos múltiples, entre otros.

También es necesario enfatizar en el uso del Misoprostol por su fácil uso, y por qué su conservación no requiere de condiciones especiales de temperatura y almacenamiento que puede constituir una ventaja frente a la Oxitocina que si requiere de ciertas condiciones para su conservación. La disponibilidad permanente del Misoprostol en los servicios de salud debe ser otra condición a garantizar para que esta utilización se realice regularmente.

La muerte materna relacionada con complicaciones del aborto, es considerada como un problema de salud de importancia para más del 90 % las personas encuestadas. Teniendo en cuenta que la hemorragia constituye la principal causa de muerte materna, las acciones para su prevención deben incluir la respuesta inmediata a las complicaciones derivadas del aborto, por su significativa contribución en las estadísticas de muerte materna. El MSP señala que las complicaciones derivadas del aborto inseguro representan el 6 % de las causas de muertes maternas en el país.

La utilización de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para la atención de situaciones de aborto, hace parte de las normas del MSP desde el año 1998, y reiterada en las revisiones recientes de dichas normas; sin embargo su utilización no se realiza de manera regular en todos los servicios públicos que atienden este cuadro clínico; a pesar de todas las ventajas que ofrece, como la posibilidad de su aplicación en servicios de menor nivel de complejidad, menores riesgos de complicación, menor tiempo de permanencia hospitalaria, menor costo humano para las pacientes, optimización del recurso humano y menor costo económico para el sistema de salud. Ventajas que deben ser valoradas para garantizar una respuesta sobre todo en zonas rurales o localidades pequeñas, donde el tiempo de transferencia representa una demora importante en la respuesta; demora que puede ser la diferencia entre la vida o la muerte de una mujer con hemorragia por aborto incompleto. A pesar de esto sigue priorizándose la utilización del legrado uterino instrumental, y las transferencias siguen siendo una acción frecuente.

En relación con el uso del Misoprostol incluido en el cuadro básico de medicamento del MSP desde el 2011, es hoy más conocido y valorada su utilidad para la atención del aborto incompleto y retenido, por su efectividad clínica y por las múltiples ventajas que ofrece a las pacientes y los proveedores de salud. Sin embargo todavía solo un porcentaje pequeño (alrededor del 25 %) menciona utilizarlo en su lugar de trabajo, esto puede explicarse por varias razones, las más frecuentes: no disponibilidad regular del medicamento en el servicio de salud y falta de confianza en su utilización. La utilización del medicamento en cumplimiento a las normas del MSP, amerita por tanto atender estas dos necesidades y un seguimiento regular a la aplicación de las Guías Clínicas en los servicios.

Es necesario enfatizar en la provisión inmediata de un anticonceptivo postaborto. Este componente de la atención integral a mujeres en situación de aborto, debe ser garantizado sin diferimiento para nuevas fechas o controles, o espera de la nueva menstruación. La demora en la entrega de un anticonceptivo, deja desprotegidas a las mujeres que pueden enfrentar un nuevo embarazo de riesgo, o no planificado/no deseado. La planificación familiar puede reducir el 30% de las muertes maternas.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades (OMS 2015).

Esto es vital en la reducción de la muerte materna, si consideramos que en el país el 26 % de las muertes maternas están asociadas a patologías de fondo que se complican con el embarazo y por otro lado que las complicaciones del aborto inseguro tienen una contribución importante (6 %). en la muerte materna (MSP 2014). Es necesaria la disponibilidad permanente de una gama amplia de anticonceptivos que permita a las mujeres realizar la elección basada en la información y asesoría adecuada. Los servicios de emergencia obstétrica deben garantizar la entrega inmediata

posterior a la entrega del Misoprostol o la realización de AMEU que son tratamientos ambulatorios.

La atención en un marco de derechos humanos

Se evidencia un buen conocimiento de los elementos que distinguen la atención integral a una mujer en situación de aborto. Un alto porcentaje reconoce que es la mujer quien debe elegir el tratamiento; sin embargo un porcentaje importante atribuye a los médicos este rol. Se requiere por tanto promover en los proveedores de salud el conocimiento del derecho de las mujeres a participar en las decisiones y acciones relacionadas con su salud y fortalecer la autonomía de las mujeres para tomar estas decisiones.

La actitud punible expresada por un porcentaje importante de encuestados hacia las mujeres en situación de aborto, en tanto consideran como parte de su rol investigar las circunstancias en las que se produjo el aborto; y/o la necesidad de solicitar la autorización de un tutor o representante legal para dar tratamiento; y/o que frente a la sospecha de un aborto provocado, consideran que su rol es denunciar a la mujer, contradice el deber y derecho de los profesionales de salud de guardar el secreto profesional que asiste a los profesionales de la salud.

El secreto profesional es un elemento de la atención médica reconocido en nuestras leyes y normas nacionales e internacionales; se define según la OMS (2014) como la obligación que tiene el o la profesional de la salud de proteger la información de las pacientes, no divulgarla sin autorización de la paciente y asegurarse de que cuando esta (la paciente) autorice su difusión lo haga de manera libre, sin coerción.

La CEDAW define el secreto profesional como **la obligación ética, bioética y legal de guardar confidencialidad y proteger la información personal y privada a la que los profesionales de la salud acceden por la consulta, examen, diagnósticos y tratamientos, y se comprometen a no revelarla a terceros sin autorización de su titular** (Comité de las Naciones Unidas para la eliminación de la discriminación contra la mujer CEDAW, 1999) También la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia reconoce el secreto profesional (FIGO 2009)

El respeto a la confidencialidad requiere de la garantía de otros derechos y condiciones que posibilite a los proveedores garantizar este derecho, como son la privacidad en el proceso de atención y el respeto a la autonomía de las mujeres para elegir y decidir sobre su salud sexual y reproductiva. La ruptura del secreto profesional es objeto de sanción penal en muchas de las legislaciones internacionales incluyendo la ecuatoriana. El COIP señala en su Art 179. Revelación del secreto.- **“La persona que teniendo conocimiento por razón del su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de la libertad de seis meses a un año”** Este artículo eleva el secreto profesional a un bien jurídico a proteger y por tanto quien lo incumpla será objeto de sanción.

Garantizar la confidencialidad y privacidad en la atención es fundamental para que las mujeres puedan decir la verdad sin el temor de que su información e intimidad sea revelada a terceros, sin el temor de ser juzgadas y más aun sin el temor de ser objeto de denuncias que ponga en riesgo su integridad y libertad.

Garantizar la confidencialidad y privacidad permite a los profesionales de la salud recibir de parte de su paciente la información necesaria para realizar diagnósticos adecuados, reducir los riesgos asociados a la práctica médica y garantizar los resultados de proteger la salud y la vida de las mujeres que constituye su objeto de cuidado. Esto es fundamental cuando hablamos de la atención a mujeres en situación de aborto, muchas no acudirán a los servicios de salud, o tardaran en la búsqueda de ayuda por el temor a ser juzgadas, denunciadas por los proveedores de salud.

La práctica de la denuncia a las mujeres en situación de aborto, frente a la sospecha o confirmación de una interrupción intencionada por la mujer, contradice lo establecido en el COIP. Art 424 **“Exoneración del deber de denunciar.- (...) Tampoco existirá esta obligación (la de denunciar) cuando el conocimiento de los hechos este amparado por el secreto profesional”**

La única excepción establecida en nuestras leyes para romper el secreto profesional, es aquella en la que al denunciar o romper el secreto profesional esta denuncia no causa daño a la paciente, como es el caso de la violencia sexual; por el contrario en estos casos los profesionales de salud estamos obligados a denunciar para proteger la integridad y libertad de la persona afectada (paciente).

Por tanto es necesario poner énfasis en estos temas cuando se realiza la capacitación sobre las guías clínicas para la atención del aborto a fin de precautelar el respeto y protección de los derechos de las mujeres. Es importante que la capacitación de las guías, no se limite a los aspectos clínicos, sino que también aborde las responsabilidades de los profesionales para garantizar una atención enmarcada en los derechos humanos de las pacientes; puesto que al ser funcionarios públicos quienes expresan una actitud y practica punitiva hacia las mujeres, es el estado quien estaría incumpliendo su rol de promover, cumplir y vigilar el cumplimiento de los derechos humanos de las ciudadanas

El aborto terapéutico

La mayoría de encuestados conoce la existencia de la guía clínica de aborto terapéutico, sin embargo es evidente que se desconoce el contenido de esta normativa.

En general hay un alto reconocimiento de las causales médicas de aborto terapéutico (riesgo de muerte y complicaciones graves de la salud de la mujer). El embarazo en niñas y el incesto es mencionado por un porcentaje importante como una causal de aborto terapéutico.

Un porcentaje muy alto menciona estar de acuerdo que la ley permita la interrupción del embarazo en caso peligro de la vida de la mujer, en caso de una mal formación congénita severa del feto y en caso de violación a una mujer con discapacidad mental; un número importante estaría de acuerdo en casos de violación a cualquier mujer. Esto implica un reconocimiento de causales más amplias a las consideradas en el COIP, y que estarían orientadas a prevenir y aliviar el sufrimiento de muchas mujeres que sobrellevan una maternidad forzada o de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida; evitar los riesgos derivados de la continuación de un embarazo, como ocurre en diversas patologías en las que el embarazo pone en riesgo la vida y la salud de la mujer.

Si bien hay un reconocimiento de que las causales debieran ser amplias a las establecidas en nuestras leyes, ya frente a la atención de un aborto no punible, alrededor del cincuenta por ciento de las personas evidencio en su respuesta una actitud de facilitar la atención de la mujer bien sea refiriéndola a otro profesional o dándole la atención en ciertos casos. Casi treinta por ciento señaló que no lo haría ni referiría. La principal razón para esta última respuesta fue razones éticas o morales, la segunda causa es el temor a complicaciones médicas, solo un porcentaje pequeño mencionó la objeción de conciencia como razón para no aplicar la Guía clínica de aborto terapéutico. Aun en un caso de discapacidad un porcentaje importante de personas indicó que lo haría y/o que aconsejaría que **no** se realice la interrupción del embarazo.

Estas respuestas reflejan una barrera para la aplicación de la Guía Clínica de Aborto Terapéutico en los servicios públicos a los que acuden fundamentalmente las mujeres más pobres del país y las que enfrentan los riesgos de morir por razones relacionadas con un embarazo, un parto o un aborto.

Los hallazgos de esta encuesta constituyen una muestra de una realidad del país, y plantea desafíos importantes al Ministerio de Salud Pública, a las Instituciones formadoras de recursos humanos como las Universidades, Instituciones que agrupan a profesionales de la salud; para lograr que los servicios de salud promuevan la salud integral de las mujeres, en particular aquellas que enfrentan los riesgos de un embarazo. Un sistema de salud que no las juzgue, que no las deje desamparadas frente a decisiones tan importantes y que generalmente enfrentan solas exponiéndose a riesgos que comprometen su integridad física y emocional, incluso su propia vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial Suplemento n 180, 10 de Febrero 2014. (Art. 179 y 424 (61 y 139)
2. Diagnóstico y tratamiento del Aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013
3. Atención del Terapéutico. Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014
4. Federación Internacional de Gineco Obstetricia. Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología hechas por Comité para el estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer de la FIGO. "Confidencialidad, privacidad y seguridad de la información sobre el tratamiento de los pacientes. FIGO Octubre 2012. (322-325) Disponible en: <https://www.medbox.org/reproductive-health/recomendaciones-spa.pdf>
5. Naciones Unidas Comité para la eliminación de la Discriminación contra la mujer, (CEDAW). Recomendación General N 24 (20o Período de sesiones, 1999) Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de

discriminación contra la mujer- La mujer y la salud. Párrafo 12d. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp-htm#recom24>

6. Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Chile, Párrafo 15. 30/03/1999. CCPR/C/79/Add.104. Párrafo 15. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/CCPR.C.79.Add.104.Sp?Opendocument>
7. Organización Mundial de la salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf
8. Organización Mundial de la Salud, Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para sistemas de salud. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/index.php?option=com_content&view=artic
9. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Nota descriptiva N°352. Diciembre 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**

Dr. Jorge Francisco De León Soto

RESUMEN

La inducción del trabajo de parto se realiza con mucha frecuencia en pacientes con embarazos a término. Este procedimiento se realiza con el fin de reducir la mortalidad perinatal que conlleva los embarazos posttérmino. Se utilizan diversos métodos naturales o artificiales (medicamentos) para mejorar las condiciones del cuello uterino previo a que el trabajo de parto esté establecido.

ABSTRACT

Induction of labor is most often performed in patients with term pregnancies. This procedure is performed to reduce the perinatal mortality associated with post-term pregnancies. Various natural or artificial methods (medications) are used to improve conditions of the cervix prior to labor being established.

Objetivo: Demostrar la efectividad del misoprostol en la inducción del parto en pacientes que acudieron a los servicios de maternidad del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de enero 2012 a junio 2013.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de 42 pacientes en quienes se utilizó misoprostol a dosis de 50 mcg, y se administraron no más de cuatro dosis dependiendo de las características cervicales encontradas durante la evaluación clínica mediante la valoración de la escala de Bishop.

Resultados: Se logró la inducción exitosa en un 95% de los casos según se demostró mediante la evaluación de la escala de Bishop. En 52% de los casos se necesitó una dosis del medicamento y en 43% fue necesario más de una. En un 5% de pacientes no se logró la maduración cervical.

Conclusiones: El misoprostol a dosis bajas ejerce un efecto beneficioso y seguro en la maduración cervical en pacientes con embarazo a término ya que en ninguna de ellas se observaron complicaciones materno fetales o efectos secundarios asociados al uso del medicamento.

Palabras clave: misoprostol, trabajo de parto, inducción, Escala de Bishop

INTRODUCCIÓN

El tercer trimestre de la gestación es sumamente importante ya que no es sólo el período previo al nacimiento sino una

etapa en la cual existen varios riesgos tanto maternos como fetales que pueden terminar el embarazo de forma exitosa o desfavorable si no se toman las medidas adecuadas de atención. Se define como embarazo a término aquel que alcanza los 294 días contados a partir del primer día del último ciclo menstrual. Por los riesgos que implica continuar un embarazo después de este tiempo se han planteado procedimientos que permiten la madurez cervical mediante mecanismos fisiológicos provocados natural o artificialmente que permiten cambiar las características cervicales como consistencia, borramiento, dilatación y posición del cérvix para hacer de este un canal activo a través del cual pueda pasar el producto de la gestación. (4,5)

A pesar de que existen numerosas técnicas disponibles para inducir el trabajo de parto, las prostaglandinas siguen siendo el medio más efectivo. No obstante, éstas son costosas en países en vías de desarrollo como el nuestro en el cual también se tienen pacientes con un alto promedio de paridad. Se ha observado que utilizar un régimen de inducción que utilice solamente oxitocina, sin prostaglandinas, es potencialmente peligroso. (4,5)

El misoprostol es un análogo de las prostaglandinas, es estable a temperatura ambiente y no es costoso, además, sería un agente ideal para la inducción del trabajo de parto, especialmente en aquellos lugares donde es difícil utilizar prostaglandinas debido a limitaciones económicas y carencia de instalaciones adecuadas para su almacenamiento. (4,5)

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento obstétrico frecuente. El estado del cérvix es el factor más importante para el éxito de la misma. El mecanismo de acción para la maduración cervical está basado en la actividad de esta sustancia sobre los componentes del cérvix, el cual está constituido por músculo liso, colágeno y tejido conectivo que constituye la sustancia base donde se forman compuestos importantes del cérvix (glucosaminoglicano).^(1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9)

La mayoría de los estudios que comparan el misoprostol con otras prostaglandinas lo han hecho con la dinoprostona en gel, y hay consenso en aprobar el misoprostol como más efectivo y económico, evidenciándose además un mayor número de partos en menos de 24 horas, menor uso de oxitocina y cesárea con la utilización del misoprostol. (10)

Actualmente en nuestro país no podía recomendarse el uso de rutina del misoprostol para inducir el trabajo de parto mediante la maduración del cérvix por no existir ningún

estudio en este país que pudiera confirmar sus efectos benéficos en la inducción a dosis adecuadas. Es por ello que se consideró la necesidad urgente de contar con un estudio controlado que utilizara un fármaco como el misoprostol, el cual es un excelente madurador cervical, y que al ser administrado vía sublingual a dosis bajas (50 mcg) permite una mejor utilización del mismo sin mayores complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

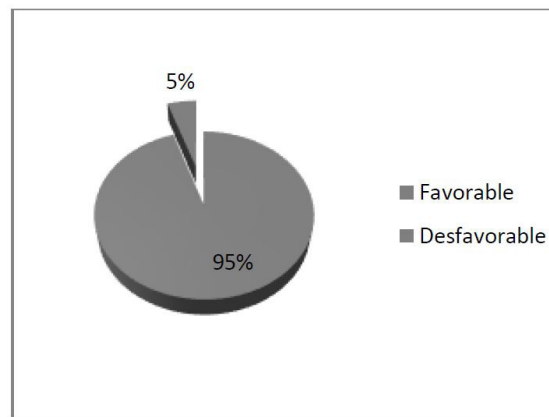
Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de serie de casos tomando como población a toda paciente con embarazo a término independientemente de la edad, sin ningún otro factor de riesgo, con Bishop desfavorable (menor 6 puntos), líquido normal (mediante ultrasonido) y NST reactivo en quienes se utilizó misoprostol para inducción del trabajo de parto. El embarazo debió ser confirmado por ultrasonido temprano o fecha de última regla confiable que correlaciona con hallazgos clínicos que asistieron a la emergencia o consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (HNPB) durante los meses de enero de 2012 a junio de 2013.

Se decidió seleccionar a toda paciente que cumpliera con el total de los criterios de inclusión para que el estudio tuviera significancia estadística.

RESULTADOS

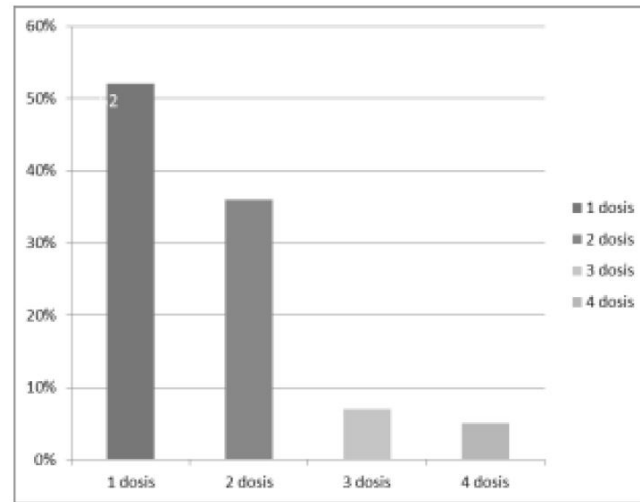
Según el objetivo que pretendía determinar la eficacia de dosis bajas de misoprostol (50 mcg) como madurador cervical en la inducción de trabajo de parto en embarazos a término éste fue eficaz en un 95% de la población estudiada.

Gráfica No. 1
Misoprostol en la Inducción del trabajo de parto
Eficacia del misoprostol a dosis baja para maduración cervical



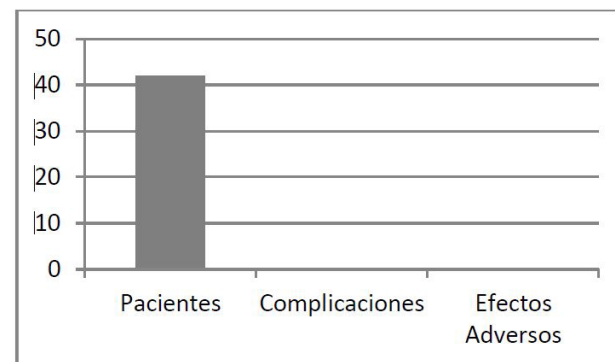
Al identificar el número de dosis necesarias de misoprostol para maduración cervical se presenta la siguiente gráfica de barras.

Gráfica No. 2
Misoprostol en la Inducción del trabajo de parto
Número de dosis de misoprostol para maduración cervical



Al identificar las complicaciones y efectos adversos materno-fetales secundarios al uso de misoprostol se evidenciaron los siguientes resultados.

Gráfica No. 3
Misoprostol en la Inducción del trabajo de parto
Efectos adversos y complicaciones asociados al uso de misoprostol



DISCUSIÓN

En base al objetivo principal del estudio en el que pretendía evaluar la efectividad del misoprostol en la inducción del trabajo de parto en embarazos a término se pudo determinar que de las 42 pacientes sometidas al estudio, según la escala de Bishop el misoprostol demostró ser eficaz como madurador cervical en 95% de las pacientes con un Bishop menor de 6 pts.

Se observó que en el 52 % de las pacientes fue necesaria solamente una dosis de 50 mcg para lograr madurez cervical, un 36% necesitaron dos dosis, un 7% tres dosis y el 5% restante no se logró madurez cervical aún después de 4 dosis administradas.

De las 42 pacientes sometidas al estudio 5% tenían 37 semanas de embarazo, 10% 38 semanas, 26% 39 semanas, 43% tenían 40 semanas, 14% 41 semanas y 2% 42 semanas. De acuerdo a la edad gestacional se observó que en sólo dos pacientes no se logró maduración cervical y éstas estaban dentro del grupo de 40 semanas de gestación.

Al analizar la vía de resolución un 12% requirieron resolución del embarazo vía alta. De éstas, solamente 2 fueron por inducción fallida. De las indicaciones de resolución vía alta en las pacientes estudiadas las secundarias a problemas ajenos a la inducción del trabajo de parto fueron un caso por desaceleración prolongada paciente con dilatación completa, el segundo caso por ascinclitismo posterior persistente y el tercero por detención secundaria del descenso y la dilatación (8 cm). Las otras dos pacientes tuvieron inducción fallida sin ningún efecto secundario o complicación asociada al uso de misoprostol. Es importante mencionar que ninguna de las pacientes sometidas al estudio presentó complicaciones asociadas al uso de misoprostol o efecto secundario a su administración independientemente de la dosis.

Según los resultados obtenidos en este estudio al utilizar el medicamento vía sublingual cada 4 hrs a dosis de 50 mcg, no observamos en ninguna paciente complicaciones o efectos secundarios al uso del medicamento.

En base a los resultados favorables que se obtuvieron en la población estudiada es conveniente realizar nuevos estudios con poblaciones más grandes y en diferentes áreas del país para aumentar la confiabilidad y la aceptación de utilizar el misoprostol para maduración cervical a dosis bajas y así poder crear protocolos que respalden su uso en nuestra población. No sería conveniente utilizar en ningún estudio el misoprostol vía vaginal ya que el estudio de Cochrane demuestra que la vía oral o sublingual es la más segura y con mejores resultados en las pacientes. Valdría la pena solicitar la adquisición de tabletas de 50 mcg ya que actualmente se cuenta con esta presentación a nivel nacional y esto permitiría utilizar la dosis exacta de forma segura para el médico.

REFERENCIAS

- Alfirevic Z. Misoprostol oral para la inducción del trabajo de parto, Biblioteca Cochrane plus, Número 2, 2005. Oxford, update Soft Ware Ltd. Disponible en: www.Update.Software.com
- Casagrandi CD, et.al., 25 µg de Misoprostol vaginal para la maduración del cervix e inducción del trabajo de parto, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2004;30(1).
- Cecil, Prostaglandinas y compuestos relacionados, Tratado de Medicina Interna. 20ava. Ed. Volumen. II Pág. 1367-74 Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hofmeyr GJ, et.al.; Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto, Biblioteca Cochrane plus, Número 2, 2005.
- Oliva JA. Maduración cervical e inducción del parto, Temas de Obstetricia y Ginecología. 2003.
- Ralph L, et.al.; A randomized trial of Misoprostol and Oxytocin for induction of labor, Safety and efficacy. Obstetrics and Gynecology 1997; 2: 3.
- Saggaf A, et.al.; Misoprostol for preinduction cervical ripening and induction of labor: a randomized controlled trial, Saudi Journal Obstetrics and Gynecology 2001;1(2):89-93.
- Sampaio ZS, et.al.; Factores asociados al parto vaginal en gestantes de alto riesgo sometidas a inducción del parto con Misoprostol, Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia 2004;26(1):21-9.
- Valenti E. Guías de manejo para inducción del trabajo de parto, Revista Hospitalaria Materno infantil, Ramón Sardá . 2002; 21(2):75-91.
- Macer JA, MacerCL, Chan LS, Elective induction versus spontaneous labor: A retrospective study of complications and outcome. Am J Obstet Gynecol 1991; 166: 1690-7.

CONSENSO

ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO EN CLIMATERIO

Manuel Nölting, Mónica Ñañez, Belén Pérez Lana, María Alejandra Belgrado, Blanca Campostrini, Alejandra Elizalde Cremonte, Mabel Martino, María Susana Moggia, Carina Ugarteche.

INTRODUCCION

La terapia hormonal (TH), es un tratamiento aprobado para el tratamiento de los síntomas menopáusicos. Estos síntomas, causados por las bajas concentraciones de estrógenos, incluyen los síntomas vasomotores, la atrofia vulvovaginal. La TH también ha sido aprobada para la prevención de osteoporosis. Pueden mejorar otras molestias relacionadas a la menopausia tales como dolores articulares y musculares, cambios del ánimo, depresión, trastornos del sueño y disfunción sexual (incluyendo disminución de la libido). Varios estudios prospectivos han demostrado que la TH aumenta la esperanza y mejora la calidad de vida, se ha estudiado que el riesgo de la mortalidad por diversas causas en usuarias de TH se reduce en un 20 a 50% en comparación con aquellas que no la reciben. Es la primera intervención humana que modifica favorablemente el proceso fisiológico del envejecimiento. Estadios de menopausia natural:

- Perimenopausia o transición a la menopausia, es el tiempo entre el inicio de los síntomas y 1 año luego del último período menstrual
- Menopausia es confirmada 12 meses luego del último período menstrual
- Postmenopausia son todos los años que continúan a la menopausia

TIPOS DE TRATAMIENTO

Hay 2 tipos básicos de TH:

- Terapia estrogenica sola
- Terapia con estrógeno-progesterona: El progestágeno es

Hay 2 vías de administración principales:

- Sistémica: Los productos circulan en sangre por todos los órganos
- Local

Indicaciones:

- El tratamiento de los síntomas vasomotores moderados o severos es la indicación primaria de TH. Los beneficios superan a los riesgos en la mayoría de las mujeres saludables, menores a 60 años y antes de los 10 años de menopausia.
- Hay que usar TH combinada (Estrógeno+Progesterona-E+P), en mujeres con útero.
- Hay que usar TH combinada en mujeres histerectomizadas con endometriosis, carcinoma de

endometrio E1 G1 operado, cistoadenomaendometroide operado, hipertrigliceridemia, OP severa y terapia con anticonvulsivantes.

- Se debería administrar Estrógenostransdérmicos en Litiasis biliar, hipertrigliceridemia, HTA no estabilizada, inmovilidad relativa, postoperatorio, cefalea migrañosa, síndrome de mala absorción y disfunción hepática crónica.
- La terapia hormonal no debe ser indicada para la prevención de enfermedades crónicas (Nivel I)
- Niveles de andrógenos declinan con la edad pero no hay cambios a través de la transición a la menopausia.
- Hay evidencia que indica que el uso de testosterona puede ser útil para mujeres con desorden de interés sexual y sin otra causa demostrable. (Nivel I)
- Cuando se usa testosterona hay que controlar efectos adversos como, acné, cambios en el pelo, lípidos y función hepática. (Nivel II)
- Los riesgos a largo plazo, cardiovascular y sobre la mama, de la terapia con andrógenos son desconocidos.
- No hay evidencia que soporte el uso de DHEA sistémica. (Nivel I)

El balance entre los beneficios y riesgos de cada tipo de tratamiento hace que la elección del mismo sea individualizada, utilizando la menor dosis efectiva y por el menor tiempo posible.

Beneficios y Riesgos del tratamiento hormonal

• Beneficios en Síntomas Vasomotores (SVM)

Todos los tipos de TH son efectivos para reducir los SVM, con una efectividad del 70-90%. Todas las dosis convencional, baja y ultra baja dosis, vías de administración oral o transdérmica y los esquemas de tratamiento hallan este beneficio. La acción de la tibolona sobre la sintomatología es efectiva en dosis habituales (2.5 mg/d), como así también en bajas dosis (1.25 mg/d).

• Beneficios en Osteoporosis

Todos los tratamientos hormonales recuperan DMO, aún los de bajas dosis hormonales.

• Beneficios y riesgos en oncología

a) Mama y TH

El cáncer de mama aumenta su incidencia en la mujer en la etapa de su menopausia, siendo el más frecuente en mujeres

mayores de 60 años. En la progresión entre el tejido mamario normal y neoplásico intervienen factores genéticos, químicos, virus oncogénicos, hormonas con capacidad mitogénica y factores ambientales como radiaciones ionizantes. Estudios de TH y cáncer de mama:

Metaanálisis: Los estudios varían según tipo, dosis y duración del tratamiento. El riesgo aumenta sólo en aquellos estudios donde las mujeres usaron Estrógenos más de 10-12 años.

Aumento del riesgo (R) de cáncer de mama con TH (RR 1.14). Así, por cada mil mujeres que inician la TH a los 50 años y la mantienen durante 10 a 15 años, hay 6 casos más de cáncer de mama sin modificaciones notables en la sobrevida global.

Schainer y col. en un estudio de cohorte de 46.355 mujeres PM, demostró un R mayor de cáncer de mama en las usuarias de terapia combinada (RR:1.4) con respecto a las usuarias de Estrógenos solos (RR:1.2). El RR se incremento en 8% por cada año de TH combinada versus 1% por cada año de estrógenos.

Mortalidad:

- Usuarias: RR: 0.63
- ≥ 10 años: RR: 0.80
- Ex usuarias: RR: 0.78

Con respecto al uso de Progestágenos, la mayoría de los estudios fueron realizados con acetato de medroxiprogesterona. La incidencia del cáncer de mama no aumentó en usuarias de Estrógenos + Progesterona natural micronizada con RR: 1.00 (IC95%: 0.83-1.22); mientras que en las mujeres que usaron estrógenos + otros tipos de progestágenos el R aumentó: RR 1.69 (IC95%: 1.50-1.91).

Densidad mamográfica y riesgo de cáncer de mama

Los datos de los estudios son controversiales, pero muestran un aumento de la densidad mamográfica cuando el progestágeno se asocia a estrógenos; según el tipo de progestágeno ó régimen utilizado. Este aumento de densidad revierte a las dos semanas del cese de la TH.

- Las Progesteronas de mejor perfil de R de cáncer de mama, serían la Progesterona Natural Micronizada y la Dihidrogestona, sobre las sintéticas. No hay estudios concluyentes.
- El R disminuye rápidamente luego del cese de la TH; luego de 5 años el R sería el mismo que las mujeres que nunca tomaron hormonas.

b) TH y Cáncer de ovario

Es un cáncer frecuente en mujeres entre 50-65 años. En la población general el RR es 1.6.

Los estudios observacionales reportaron aumento de R con TH de E solos RR of 1.6 (CI, 1.2–2.0) con 7% de incremento con año de uso y con más de 20 años de uso 3.2 (CI 1.7–5.7) ó asociados a P: RR of 1.1 (CI95%:0.64-1.7).

Meta-análisis: concluyen que las mujeres que realizan menos de 5 años de TH, no incrementaron significativamente el R: RR 1.04 (CI95%:0.91-1.20) comparadas con las de más de 5 años de uso, con RR 1.47 (CI95%:1.12-1.92). El R es mayor para los E solos.

- **La TH está contraindicada en mujeres con mutaciones BRCA 1 o BRCA 2**
- **Mujeres con antecedente de cáncer ovario Estadio I y II sólo pueden recibirlo luego de 2 años de su tratamiento oncológico**

c) TH y Cáncer colorrectal

Se observó disminución sustancial en la probabilidad de presentar cáncer de colon. Los datos globales de los estudios observacionales indican una reducción aproximada del 30% en el R de cáncer de colon y de pólipos colorrectales entre las mujeres tratadas con TH. La protección es mayor con el uso de E solos.

Meta-análisis han reportado una disminución en el riesgo de cáncer colorrectal con el uso de TH, con un beneficio que persiste durante 4 años después de la interrupción de la terapia. RR 0.80 (IC95%:0.74-0.86) para usuarias anteriores y RR 0.66 (IC 95% 0.59-0.74) para usuarias actuales.

La TH reduce la incidencia de cáncer de colon pero no de recto y reduce la aparición de pólipos en un 20-50%. No hay datos sobre el efecto de la TH no-oral sobre el riesgo de cáncer colorrectal.

La TH no debe ser utilizada con el único propósito de prevención de cáncer colorrectal.

d) TH y Cáncer pulmonar

Estudios observacionales han reportado un efecto protector de la anticoncepción hormonal y de la TH postmenopáusica sobre el riesgo de cáncer pulmonar.

e) TH y Endometrio

La terapia con Estrógenos solos se asocia a un aumento de riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial dependiente de la duración y dosis del tratamiento, este aumento de R persiste durante muchos años después del cese de la terapia. Estudios observacionales hallaron un RR 2.3 de cáncer de endometrio en TH con E solos.

El uso de TH combinada E+P se asocia con efecto protector y reduce considerablemente el riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial.

Los esquemas cíclicos son igualmente eficaces que aquellos con dosis bajas en forma continua. El R de Ca de endometrio, en 10 años es 10 veces mayor en las que reciben E que en las no usuarias, reduciéndose el mismo en las que se les agrega P al menos por 14 días al mes.

El estudio PEPI no mostró aumento del riesgo de hiperplasia, ni cáncer de endometrio en los esquemas combinados continuos (CC). Un leve aumento del R de hiperplasia con

el esquema secuencial y aumento de hiperplasias con ECE solos.

En el estudio WHI, se observó un RR de 0.83 (IC 95%:1.00-1.59) en la rama de TH combinada.

Los datos de estudios con tibolona sobre el endometrio sugieren similar protección al de los esquemas CC.

Con el uso de bajas dosis, también se observó protección del endometrio.

En los estudios realizados con ultrabajas dosis de estrógenos y progesterona como el CHOICE, se demostró una buena protección endometrial con alta tasa de amenorrea. En el ULTRA con estrógenos solos durante 2 años no hubo aumento de R de hiperplasia.

- **TH y Riesgo Cardiovascular (RCV)**

Los E tienen mejores efectos sobre los vasos de mujeres jóvenes (50-59 años) que sobre los vasos de mujeres alejadas de su menopausia; entendiendo la importancia del inicio temprano de la TH.

Los efectos beneficiosos vasculares de los E, sólo se manifiestan cuando el endotelio vascular está indemne; pero cuando ya existe injuria endotelial, los E no manifiestan sus efectos vasodilatadores, favorecen la inestabilidad de las placas ateroscleróticas y son pro-trombóticos.

La respuesta vascular al E difiere dependiendo de la edad, tiempo desde la menopausia y estado de la arteria. Los efectos de los Progestagenos sobre los FR CV, dependen del tipo y dosis.

- Sobre lípidos:

– 19 Nor-derivados (Levonorgestrel, acetato de norestisterona (NETA)) tienen efectos adversos ↑lipasa hepática, ↓HDL y ↑LDL; pero tienen efectos beneficiosos ↓TGR y ↓LPa.

– 21 Esteroides (acetato de medroxiprogesterona, Progesterona Natural Micronizada, dehidrogestona, Acetato de Ciproterona); no ejercen efectos antiestrogénicos y no modifican los efectos antioxidantes del E.

- **Sobre metabolismo hidrocarbonado:**

–19 Nor-derivados: tienen efecto negativo.

– P no androgénicos: tienen efecto neutro.

La vía oral tiene efecto negativo y la vía transdérmica tiene poco o ningún efecto.

La tibolona oral tiene un efecto beneficioso sobre los lípidos, ↓CT, ↓LDL, ↓TGR, pero también ↓HDL. Tiene efectos potencialmente favorables: ↓fibrinógeno, ↓ PAI-I, ↓ Factor VII y efectos desfavorables: ↓ Antitrombina y ↑ Productos degradación fibrina.

- ↓ R eventos coronarios >

– RR: 0.66; 95% IC:0.54-0.80 (TH iniciada antes de 10 años de menopausia).

– RR: 0.87; 95% IC:0.60-1.10 (TH iniciada luego de 10 años de menopausia) ns.

- ↑ R ACV isquémico

– RR: 1.45; 95% IC:1.10-1.92 en ♀ con E y P.

–RR ↑ en ♀ con ECE solos.

- **↓RCV en ♀ con inicio de TH temprana en la menopausia.**

- **Efecto no significativo con inicio luego de 10 años de menopausia.**

- **El RCV ↑ con > IMC.**

El aumento del R de ECV ocurre principalmente en mujeres que comenzaron el tratamiento hormonal, muchos años luego del cese menstrual. No se registraron incrementos del R, entre mujeres de 50-59 años ó con menos de 10 años de menopausia, sino un efecto cardioprotector (RR:0.56 (IC95%:0.30- 1.03);es la llamada “ventana terapéutica de la TH”. Es la hipótesis del tiempo de iniciación. Los efectos de la TH son influenciados por el tiempo desde la menopausia al inicio de la terapia.

La HT no debería ser usada para prevención 1º o 2º de ECV

La HT no aumenta el R de ECV en mujeres sanas postmenopáusicas recientes

Considerar la Hipótesis del Tiempo

- **TH y Tromboembolismo**

Todos los estudios mostraron un aumento del R de TEV con el uso de TH, que va desde RR:2 hasta RR:6, según el tiempo y dosis de la TH y FR de trombosis. Es incrementado por la obesidad y la edad. El R es mayor en los primeros tiempos de administrada la TH y luego de discontinuada, el R desaparece, aproximadamente a los 2.5 años.

TH oral RR:4.2 (IC95%:1.5-11.6) de TEV

TH transdérmica RR:0.9 (IC95%:0.4-2.1) de TEV

No hubo asociación entre TEV y progesterona natural micronizada RR:0.7(IC95%:0.3-1.9) ni con los derivados pregnanos RR:0.9 (IC95%:0.4-2.3); pero si con los nor-pregnanos RR:3.9 (IC95%:1.5-10).

Las recomendaciones vigentes establecen evitar el uso de TH en mujeres con antecedente de eventos tromboembólicos y uso cauteloso en aquellas con más R de presentar enfermedad tromboembólica.

- **Diabetes y TH**

La TH en las mujeres postmenopáusicas diabéticas, es controversial.

La TH bajas dosis es más indicada que TH convencional para ♀ con alto RCV como DBT II.

De acuerdo a resultados de estudios, la TH ↓ incidencia de DBT II, mejora el control glicémico y mejora el perfil lipídico, el resultado varía de acuerdo al tipo, la dosis y la vía de administración.El tratamiento cardio-protectivo adjunto (estatinas, AAS) podría ser aconsejado en mujeres diabéticas con FR CV que requieran TH por su sintomatología VM severa.

La sociedad internacional de menopausia (IMS), dice que existe inadecuada evidencia para recomendar la TH como indicador 1º en la prevención de DBT peri ó postmenopáusica.

- **TH y Humor, Memoria, Cognición, Enfermedad de Alzheimer**

La depresión es un síntoma muy común en las mujeres que entran a la etapa de la menopausia, es atribuida a fluctuaciones hormonales de la menopausia y ligada al período llamado “ventana de vulnerabilidad”. Estudios epimedológicos documentaron la declinación cognitiva en mujeres durante la transición a la menopausia. La TH puede ser un efectivo tratamiento para los desórdenes depresivos en mujeres perimenopáusicas. También pueden usarse para mejorar el humor y estado de ánimo en mujeres depresivas, el efecto parece ser mayor en la peri que en la postmenopausia. Habitualmente no es recomendada para reducir el riesgo de demencia en la postmenopausia, ni para retardar la progresión de enfermedad de Alzheimer diagnosticada. Los datos que sugieren beneficios con el uso de la TH para disminuir el riesgo de demencia tardía, son limitados.

En conclusión, no hay suficiente evidencia de que la TH pueda reducir el R de demencia o preservar la función cognitiva.

- **TH en Situaciones Especiales**

Miomas: no se aconseja el uso de TH cuando hay miomas sintomáticos, complicados, en crecimiento, múltiples, submucosos, miomas tratados con Agonistas GnRh o imposibilidad de seguimiento.

Endometriosis: no es contraindicación de TH, es deseable que el esquema sea combinado aún en la mujer histerectomizada, con E en baja dosis y P en dosis habitual. También se puede usar tibolona.

Enfermedades reumáticas y autoinmunes: artritis reumatoidea (AR), túnel carpiano, fibromialgias y lupus eritematoso sistémico (LES).

AR: la TH no está contraindicada en la AR y la asociación con la terapia para AR potencia la mejoría de los síntomas, la TH protege de la osteoporosis inducida por corticoides.

Túnel carpiano: es 5 veces más frecuente en la mujer, se asocia con embarazo y menopausia y mejora con la TH.

Fibromialgias: Se inicia en la transición menopáusica y se relaciona con hipoestrogenismo, la TH mejora los síntomas.

LES: los estrógenos agravan la evolución del LES interactuando con citoquinas y factores de crecimientoEl uso prolongado de E aumenta el riesgo de LES. La TH está contraindicada en mujeres con LES si hay antecedentes de TEV, anticuerpos antifosfolípidos (+), compromiso del estado general. Si los síntomas VM son severos, usar TH bajas dosis y por corto tiempo (no más de 12 meses).

Glaucoma: la TH puede usarse en mujeres con glaucoma de ángulo abierto y es esperable un efecto neutro o beneficioso en la presión intraocular. Se recomienda progestágeno en baja dosis.

Cefaleas: la TH agrava la cefalea cuando hay historia personal de migraña ó baja adaptación al estrés. Es preferible usar vías dérmicas, esquemas continuos y bajas dosis; P naturales, administración nocturna preferentemente.

Las mujeres epilépticas usuarias de TH tienen aumento de las crisis del 30%. Usar siempre esquemas combinados aún en mujeres histerectomizadas, con bajas dosis de E por ser éstos estimulantes del SNC. En epilepsia utilizar cualquier E asociado siempre a P natural.

Asma bronquial: los desniveles bruscos de E y P pueden

desencadenar crisis asmática (asma catamenial). Las usuarias de TH registran un incremento de las crisis del 50% en relación directa a la dosis y tiempo de uso.La mujer con asma bronquial puede hacer TH en esquema continuo, en bajas dosis, por vía dérmica y bajo vigilancia.

- **Complicaciones durante el tratamiento: Manejo del sangrado en la usuaria de TH**

El manejo del sangrado en la mujer con TH depende del esquema de tratamiento.

E solos o con oposición de P cada 2, 3 ó 6 meses: evaluar con ecografía transvaginal (ETV) antes de iniciar la terapia y anualmente. Si la mujer tiene sangrado en cualquier día del tratamiento, hay que realizar EcografíaTV, con endometrio de espesor <4-5 mm y homogéneo, solo controlar ó cambiar el esquema. Si tiene más de 5 mm ó es heterogéneo, hacer biopsia.

Esquemas combinados continuos: si la paciente sangra, esperar 30-60 días y si éste persiste, evaluar con EcografíaTV, con endometrio <5 mm y homogéneo, cambiar de esquema ó ajustar dosis y si continúa el sangrado, tomar la misma actitud que si el endometrio tiene más de 5 mm ó es heterogéneo; hacer biopsia (ambulatoria, legrado o por histeroscopia).

Esquemas cíclicos: si el sangrado se presenta antes del día 11 del P, es poco probable que tenga patología; darle tiempo para que regularice el sangrado esperado. Si no lo hace, proceder a cambiar dosis y/o esquemas y si no remite, hacer biopsia.

No es necesario realizar una evaluación endometrial previa a la TH, a no ser que la paciente tenga factores de riesgo (FR) para cáncer de endometrio, trofismo vaginal aumentado, células endometriales en el PAP, TH sin oposición previa o con Pg cada 3 meses ó prueba de P positiva.

En pacientes con engrosamiento endometrial asintomático y FR para cáncer de endometrio (menarca temprana, nuliparidad, SOP, menopausia tardía, obesidad, uso de estrógenos sin oposición), deben ser evaluadas. La sonohisterografía es de utilidad ante la sospecha de pólipos o miomas submucosos en pacientes con sangrados irregulares. La histeroscopia diagnóstica y operativa es el “goldstandard” para la metrorragia de la postmenopausia, pero el diagnóstico de certeza es el anatomopatológico. Dosis adecuadas de E y P en los primeros años de menopausia, llevan a un R mínimo de hiperplasia y cáncer de endometrio.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

- El tipo de Terapia Hormonal para la menopausia (THM), que se elegirá en cada paciente, deberá ser coherente con los objetivos del tratamiento.

- Se podránconsiderarlaspreferencias de la paciente, perosiempreevaluandolascuestiones de seguridad y la individualizaciónterapéutica.

- El foco esta en las necesidades de cada paciente.

- THM incluyeunaampliagama de productos y vías de administraciónhormonales.

- Tener en cuentaquela evidenciarespecto a

- lasdiferencias en los Riesgos/Beneficios entre los diferentesproductoslimitada.
- Si THM estuvieracontraindicada(o no se deseara), considerar:
- Inhibidoresselectivos de la recaptación de serotonina e inhibidoresselectivos de la recaptación de serotonina-norepinefrina:paroxetina, fluoxetina,escitalopram, venlafaxina y desvenlafaxina, idem : gabapeptina
- En usuarias de Tamoxifeno no debenindicarseParoxetina y fluoxetina: son potentesinhibidores de la en imahepática Cyp2d6.
- Venlafaxina, desvenlafaxina, gabapentina y pregabalina Puedenindicarse en usuarias de Tamoxifeno.
- THM paraprevención de fracturas “iniciadadespués de los 60” años, se considera “terapia de segundalínea” y requierecalcularindividualmente R / B, en comparación con otrosfármacosaprobados.
- Estrógenos locales en dosisbajas, se prefierenparamujerescuyossíntomas se limitan a sequedad vaginal o molestiasasociadas con lasRelacionesSexuales o paraprevención de infeccionesrecurrentes del tractourinario.
- a V atransd rmicaparecetenermenor R. deTromboembolismovenoso (TEV).Sin embargo, existe la necesidad de evaluarEstrógenostransdérmicos en ensayosclínicosaleatori ados.
- Riesgo de TEV esmenos probable en mujerestratadas con Estrógenos solos que conpreparados de EstrógenosmásProgesterona.
- Estróenos transd rricosno aumentarían la síntesis de SHBG.

En algunas mujeres, la terapia estrogénica (TE) oral ocasiona niveles muy elevados de SHBG, lo que conduciría a disminución de la hormona esteroidea “no libre” con lo que habría una pérdida del ad inistrado o de iciencia iatrogénica de testosterona.

ATROFIA UROGENITAL (AUG)

Aunque es probable que los sofocos disminuyan con el tiempo, independientemente del uso o no de tratamiento estrogénico, los síntomas de la ATROFIA UROGENITAL, son progresivos y no tienden a resolverse sin tratamiento.El 50 % aproximadamente tendrá síntomas relacionadas con la AUG, que pueden interferir con sus actividades cotidianas, eventos sociales y repercutir también en la esfera psicosexual.

Trastornos urinarios: Urgencia miccional,Alteración en la frecuencia miccional,Disuria,Infecciones urinarias a repetición, Incontinencia urinaria

Trastornos genitales: Sequedad vaginal, Dispareunia, Disminución de la libido, Prurito vulvo vaginal

A todas las mujeres se les debe pedir información completa sobre los síntomas vulvovaginales y urinarios en cada visita. (Nivel II)

Conducta en atrofia urogenital

- Interrogatorio minucioso
- Examen genital
- Reconocimiento precoz de la atrofia
- Tratamiento preventivo obligatorio!
- Hidratantes: primera línea de tratamiento, evidencia IA
- THLocal (a pesar del TH sistémico) en falta de respuesta

a primera línea y en síntomas moderados a intensos, evidencia IA

- Recomendar LUBRICANTES

El tracto urogenital es muy sensible a bajas concentraciones estrogénicas.

Es posible TRATAR LA ATROFIA UROGENITAL mientras se minimiza el riesgo de proliferación endometrial.

Tratamiento Hormonal Local Ideal debe:

- Proveer estrógenos
- Revertir Atrofia Urogenital
- Aliviar Síntomas
- Evadir Efectos Sistémicos

Estrógenos locales:

- 1) Estrógenos conjugados: crema vaginal
- 2) Estriol: crema vaginal - óvulos
- 3) Promestriene: Crema vaginal – cápsulas vaginales

En la atrofia severa, lo ideal es: aplicar crema y óvulos diariamente 3 semanas y posteriormente 2 veces a la semana por el tiempo que sea necesario, siempre y cuando no existan efectos adversos, los cuales son prácticamente inexistentes con las dosis adecuadas.

-Estriol 50 µg
-Estrógenos conjugados: [0,625 mg de ingrediente activo/g] o 0,3 mg.
-Promestriene: (análogo del E2) capsulas blandas: 10 mg, crema : 1 g/100g.

Anillo vaginal liberador de estrógenos: Es unanillo de silicona flexible que contiene 2 mg de hemihidrato de estradiol. Liberación de 6,5 a 9,5 µg/día durante, al menos 90 días. Es efectivo. Tiene los mismos efectos secundarios que otros tipos de estrógenos locales. Facilidad de su uso. Aprobado para infección urinaria y disuria. No existe en Argentina.

Ospemifeno:

Modulador selectivo del receptor estrogénico (vía oral), la dosis es de 60 mg/día. La Indicación aprobada en Europa, es para el tratamiento de la atrofia vulvo vaginal moderada a severa en posmenopáusicas no candidatas para la TE local. **Estrógenos locales y cáncer de mama u otros cánceres hormonodependientes**

Si bien la terapia con estrógenos es altamente eficaz para tratar la AUG, el manejo es sumamente difícil en pacientes con patología oncológica hormonodependiente. La seguridad de la THL se relaciona con el grado de absorción y repercusión sistémica.

Diferentes estudios han demostrado que los estrógenos conjugados en forma de crema vaginal tienen absorción sistémica, pero estriol y promestriene no.

El síndrome genitourinario de la menopausia (GSM) se ha convertido en un problema principal en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama.

-Las cremas hidratantes o lubricantes vaginales no hormonales son la primera opción pero sólo tienen eficacia limitada a corto plazo.

No se han realizado grandes estudios controlados aleatorios prospectivos que midan la seguridad de la TE vaginal.

Conclusiones y Recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS)

El tratamiento debiera comenzarse tempranamente y previo a los cambios atroficos irrevocables.

- El tratamiento debe ser continuado para mantener los beneficios.
- Todos los preparados estrogénicos locales son eficaces y la preferencia de la paciente generalmente determina el tipo de tratamiento a usar.
- No se requiere indicar una progestina adicional al uso de estrógenos locales en dosis baja, aunque no existen datos sobre tratamientos de largo plazo (más de 1 año).
- Si los estrógenos son inefectivos o no se desea usarlos, los lubricantes e hidratantes vaginales pueden aliviar los síntomas causados por sequedad.

ANTICONCEPCION

- A pesar de la declinación de la función ovárica con la edad, estas mujeres requieren de contracepción efectiva hasta 1 año después del último período menstrual.
- Métodos de larga duración proveen mayor efectividad y altas tasas de continuación.
- Este grupo de mujeres puede tener condiciones médicas que incrementan el riesgo de ciertos métodos.
- Hay beneficios adicionales de anticonceptivos con estrógenos + progestágenos para mujeres perimenopausicas, incluyendo el manejo de los síntomas vasomotores y el sangrado uterino anormal.
- Según NIH, los estrógenos deben utilizarse cuidadosamente en este grupo si la paciente presenta concomitantemente el habito de fumar, obesidad o si tienen otros factores de riesgo cardiovascular. En estos casos, los métodos con progestágenos solos son efectivos y son alternativas seguras (Nivel II).
- SIU puede ser usado como primera línea de tratamiento para el sangrado uterino anormal abundante, y es una alternativa reversible versus a la ablación endometrial y a la histerectomía (Nivel I).
- Anticonceptivos hormonales combinados proveen importantes beneficios no anticonceptivos que incluyen, tratamiento del sangrado uterino irregular, reducción de síntomas vasomotores, disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, y mantenimiento de la densidad mineral ósea (Nivel II).

FALLA OVARICA PREMATURA

Se diagnostica en mujeres menores a 40 años. Presencia de síntomas menopáusicos, incluido la amenorrea secundaria y el dosaje de 2 determinaciones de FSH mayores a 40 UI/l. Todas estas pacientes deben recibir Terapia Hormonal Sustitutiva o un anticonceptivo y continuar el tratamiento hasta la edad de menopausia natural. La dosis de terapia hormonal debe ser la fisiológica a edad. Los riesgos de la TH en mujeres postmenopausicas no se han observado en mujeres con Falla ovárica prematura.

MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA

El manejo de la osteoporosis postmenopáusicas requiere de la evaluación de los factores de riesgo seguido de la aplicación de medidas focalizadas en la reducción de dichos factores a lo largo de la vida, y si estuviera indicado, la terapia farmacológica.

Todas las mujeres postmenopáusicas deberían ser incentivadas a practicar cambios en el estilo de vida que reduzcan el riesgo de pérdida ósea y de fractura osteoporótica: mantenimiento de un peso saludable, dieta balanceada, adecuada ingesta de calcio y vitamina D, ejercicio apropiado, evitar el cigarrillo y el excesivo consumo de alcohol y utilizar medidas para prevenir las caídas.

Es de utilidad la revisión periódica del consumo de calcio y vitamina D y del estilo de vida. Luego de la menopausia el riesgo de caída debería ser evaluado anualmente como los cambios de su status físico y mental.

Un adecuado consumo de calcio y vitamina D es fundamental en el mantenimiento de la salud ósea y es reconocido como un componente importante en el tratamiento farmacológico. El consumo recomendado de calcio en adultos ≥ 50 años es de 1200mg/ día y 800 a 1000 UI/ día de vitamina D (NAMS, NOF).

Las pacientes con un consumo de calcio dietario insuficiente deberían modificar su dieta o recibir suplementos de calcio. Para alcanzar la óptima absorción, la cantidad de calcio administrado no debería exceder 500-600mg/ dosis. En aquellos pacientes que requieran suplementar dosis mayores de 600 mg, esta debería ser dividida.

La suplementación con calcio ha demostrado un leve aumento en la densidad mineral ósea, pero no existe evidencia científica que avale su efecto en la disminución del riesgo de fractura cuando se usa independientemente de la suplementación con vitamina D. En pacientes con antecedentes de nefrolitiasis, las causas de la formación renal de cálculos o de hipercalcemia deberían ser evaluadas previas a la decisión de la suplementación de calcio.

Las personas confinadas a sus hogares con movilidad limitada, pacientes con síndrome de malabsorción, o aquellos que reciben anticonvulsivantes o glucocorticoides por largo plazo, están particularmente en riesgo de deficiencia de vitamina D. En la actualidad, el nivel mínimo aceptado de 25 (OH) D es 30-32ng /ml. El nivel plasmático de 25(OH)D es el mejor marcador de la reserva de vitamina D. El rango deseable es 30-60 ng/ml, aunque valores mayores de 100 ng/ml raramente son tóxicos. Muchas personas necesitan una dosis de 2000UI / día de Vitamina D para alcanzar los valores deseables.

Un razonable límite superior de 25 (OH) vitamina D, basado en los niveles del adulto joven saludable expuesto al sol es 60 ng/ml.

Un meta-análisis de estudios en mujeres post menopáusicas encontró una reducción significativa en fracturas de cadera y

no vertebrales con la suplementación de vitamina D con dosis de 700-800UI / día o mayores.

Además de los efectos esqueléticos de la vitamina D, varios estudios han mostrado su acción en el mejoramiento de la fuerza muscular, equilibrio y riesgo de caída.

El ejercicio regular con carga (por ejemplo, caminar 30-40 minutos por sesión) y los ejercicios de postura y de espalda por algunos minutos durante la mayoría de los días de la semana deberían ser promovidos a lo largo de la vida.

Los estudios que incluyeron mujeres post menopáusicas tempranas mostraron que los ejercicios de fortalecimiento conducen a pequeños pero significativos cambios en la DMO. Un meta-análisis de 16 estudios y 699 sujetos mostró una mejoría del 2% en la DMO lumbar en el grupo que realizaba ejercicio en comparación con el que no.

En pacientes ancianos, estos ejercicios ayudan a disminuir la pérdida ósea atribuida al desuso, mejoran el equilibrio, aumentan la fortaleza muscular y finalmente reducen el riesgo de caída. Estos resultados serían tan importantes, o más importantes aún, que el efecto del ejercicio en la DMO. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico es recomendado en:

- Mujeres postmenopáusicas con fractura vertebral osteoporótica o fractura de cadera.
- Mujeres postmenopáusicas con valores de DMO consistentes con osteoporosis (T-score \leq -2.5) en columna lumbar, cuello femoral o cadera total.
- Mujeres postmenopáusicas con puntaje de T-score de -1 a -2.5 y un riesgo de fractura a 10 años, basado en el calculador FRAX de al menos 20 % para fractura osteoporótica mayor o del 3% para cadera.

Durante el tratamiento, es apropiado reevaluar los objetivos terapéuticos y la elección de la droga, basado en el examen médico periódico y el seguimiento con densitometría.

La medición densitométrica tiene una utilidad limitada en la predicción de la efectividad de las drogas antirresortivas en la reducción del riesgo de fractura. La reducción del riesgo de fractura con el tratamiento ocurre más rápidamente que los cambios densitométricos.

Un intervalo apropiado para repetir la densitometría en mujeres osteoporóticas en tratamiento es 1 a 2 años.

En mujeres postmenopáusicas que no requieren tratamiento, es de poca utilidad, repetir la densitometría antes de 2 a 5 años.

La medición rutinaria de los marcadores bioquímicos de recambio óseo en la práctica clínica, generalmente no está recomendada.

Las fracturas vertebrales deben ser confirmadas mediante radiografías de columna de perfil o con VFA (Vertebral Fracture assessment) cuando se realiza la densitometría.

La fractura vertebral es confirmada cuando se observa una disminución de la altura vertebral anterior, media o posterior mayor del > 20%.

Drogas antirresortivas

1) THM

La THM, incluyendo la tibolona y EEC/ BZA, es efectiva en la prevención de la pérdida de masa ósea en mujeres postmenopáusicas.

La THM ha demostrado que disminuye de manera significativa el riesgo de fractura de cadera (34%), vertebral clínica(34%) y no vertebral (23%) en mujeres postmenopáusicas luego de 5 años de tratamiento.

La THM es el único tratamiento disponible con estudios randomizados controlados que prueban la eficacia en la reducción del riesgo de fractura en mujeres postmenopáusicas no seleccionadas por presentar riesgo de fractura y con T-scores en el rango normal a osteopélico.

La THM, incluyendo la tibolona, puede ser indicada en mujeres postmenopáusicas con riesgo de fractura u osteoporosis menores de 60 años o dentro de los 10 años de la menopausia.

La iniciación de THM después de los 60 años con la indicación de prevención de fractura es considerada una segunda línea terapéutica y requiere el cálculo individual de la relación riesgo/ beneficio, en comparación con las otras drogas aprobadas. Si la THM es elegida, se debería utilizar la menor dosis efectiva.

Cuando la THM es discontinuada, la pérdida ósea puede ser rápida y el uso de otro agente terapéutico debería ser considerado para mantener la DMO.

2) Raloxifeno

Es un SERM aprobado tanto para la prevención como para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas (60 mg/ día vía oral).

Reduce el riesgo de fractura vertebral, \approx 30% en mujeres con fractura vertebral previa y \approx 55% en aquellas sin fractura vertebral previa luego de 3 años de tratamiento. Su eficacia en la reducción de fractura de cadera y no vertebrales no ha sido documentada.

Reduce el riesgo de cáncer de mama invasor en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis.

No reduce el riesgo de enfermedad coronaria.

Aumenta el riesgo de trombosis venosa profunda de manera similar a lo observado con el uso de THM. Puede aumentar los sofocos y producir calambres.

La consideración de los riesgos/ beneficios extraesqueléticos es importante cuando se indica esta droga.

3) Bisfosfonatos

Alendronato

Aprobado para la prevención (5mg/ día vía oral) y el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica (10mg/ día o 70mg/ semana vía oral).

Disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y de cadera \approx 50% en pacientes con fractura vertebral previa o con osteoporosis de cadera luego de 3 años de tratamiento y \approx 48% las fracturas vertebrales en pacientes sin fractura vertebral previa.

Ibandronato

La presentación oral está aprobada para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica (150mg/ mes). La presentación intravenosa (3mg/ 3meses) está aprobada para el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica.

Reduce la incidencia de fractura vertebral \approx 50% luego de 3 años, pero la reducción en el riesgo de fractura no vertebral no ha sido documentada.

Risedronato

Aprobado para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica (5mg/ día, 35mg/ semana, 150mg/ mes vía oral).

Disminuye la incidencia de fractura vertebral \approx 41 a 49% y no vertebral \approx 36% a los 3 años de tratamiento con una significativa disminución del riesgo dentro del año en pacientes con fractura vertebral previa.

Zoledronato

Aprobado para la prevención (5mg/ 2años intravenoso) y el tratamiento (5mg/ año intravenoso) de la osteoporosis postmenopáusica.

También indicado en la prevención de nuevas fracturas clínicas en pacientes que recientemente han tenido una fractura de cadera de bajo impacto.

Disminuye la incidencia de fracturas vertebrales \approx 70% con una significativa reducción al año, fractura de cadera \approx 41% y no vertebrales \approx 25% a los 3 años de tratamiento en pacientes con osteoporosis (fractura vertebral prevalente u osteoporosis en cadera por DMO)

Los efectos adversos son similares para todos los bisfosfonatos orales e incluye alteraciones gastrointestinales como dificultad en la deglución, esofagitis y gastritis.

Todos los bisfosfonatos pueden afectar la función renal y están contraindicados en pacientes con clearance de creatinina < 30-35 ml/ minuto (Zoledronato < 35 ml/ minuto o falla renal aguda).

La inflamación ocular también ha sido reportada.

Se han reportado raros casos de osteonecrosis de mandíbula y fractura atípica de fémur con el uso prolongado de bisfosfonatos. El riesgo parecería aumentar con la duración del tratamiento por más de 5 años.

4) Denosumab

Es un anticuerpo totalmente humanizado contra el RANKL.

Aprobado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas con alto riesgo de fractura (60mg / 6 meses vía subcutánea).

Disminuye la incidencia de fractura vertebral \approx 68%, fractura de cadera \approx 40% y no vertebrales \approx 20% luego de 3 años de tratamiento.

Cuando el denosumab es discontinuado, la pérdida ósea puede ser rápida y el uso de otro agente terapéutico debería ser considerado para mantener la DMO.

Drogas anabólicas

1=Hormona Paratiroidea

La PTH (1-32), teriparatide, ha sido aprobada para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas con alto riesgo de fractura (20 μ g/ día vía subcutánea).

Disminuye el riesgo de fractura vertebral \approx 65% y no vertebrales \approx 53% en pacientes con osteoporosis luego de un uso promedio de 18 meses.

Se recomienda no exceder la administración más de 18-24 meses.

Cuando el tratamiento es discontinuado, la pérdida ósea puede ser rápida y el uso de otro agente terapéutico debería ser considerado para mantener la DMO. Es una práctica frecuente indicar una droga antirresortiva luego de la suspensión de la teriparatide.

Debido a que se ha observado un aumento de la incidencia de osteosarcoma en las ratas, su uso está contraindicado en pacientes con aumento de riesgo de osteosarcoma (Enfermedad de Paget, antecedente de radioterapia), metástasis óseas, hipercalcemia, o antecedente de neoplasia esquelética.

Drogas de acción mixta

Ranelato de estroncio

Aprobado para el tratamiento y la prevención de la osteoporosis postmenopáusica, (2gr/ día vía oral). Debido a los efectos adversos cardiovasculares, su uso está limitado a aquellos pacientes que no pueden utilizar otras drogas aprobadas para el tratamiento de la osteoporosis

Disminuye el riesgo de fractura vertebral \approx 41%, no vertebrales \approx 16% y cadera \approx 36% luego de 3 años de tratamiento.

CONCLUSIONES

Los datos son insuficientes para realizar recomendaciones definitivas acerca del uso combinado o secuencial de terapias anabólicas y antirresortivas.

- El tratamiento de la osteoporosis necesita ser a largo plazo en la mayoría de las mujeres.
- Si un evento adverso relacionado con la droga ocurre, se deberá instituir el tratamiento adecuado, pero si persiste, podría requerir el cambio de agente terapéutico.
- La decisión de discontinuar o suspender el tratamiento se basará en el riesgo de fractura y en la respuesta al mismo. Se requiere un monitoreo cuidadoso, teniendo en cuenta la incertidumbre acerca de la seguridad del tratamiento farmacológico a largo plazo. El riesgo de fractura luego de la discontinuación del tratamiento no ha sido adecuadamente evaluado.

TRATAMIENTO NO HORMONAL

El recurso terapéutico más eficaz para el tratamiento de los sofocos es el uso de estrógenos. Sin embargo, aquellas mujeres que no pueden utilizarlo tienen la posibilidad de otros productos no hormonales.

A continuación se detallan las situaciones en las que se indica o sugiere el tratamiento no hormonal.

- Sofocos leves
 - Contraindicaciones al tratamiento hormonal
 - Falta de respuesta al tratamiento hormonal
 - Intolerancia y/o no deseo de tratamiento hormonal
- Dentro de las estrategias terapéuticas podemos decir que contamos con agentes no hormonales farmacológicos y no farmacológicos

AGENTES NO HORMONALES	
FARMACOLOGICOS	NO FARMACOLOGICOS
B alanina - Oxacepam	Fitoestrogenos
Clonidina	Cimicifugarasemosa
PSICOFÁRMACOS:	
Paroxetina	
Sertralina	
Fluoxetina	
Venlafaxina	
Desvenlafaxina	
Citalopram	
Gabapentin	
Escitalopram	
Pregabalina	

Agentes no hormonales farmacológicos

β-alanina/oxacepam

Esta asociación de un aminoácido (β-alanina) que actúa sobre la vasodilatación periférica y una benzodiazepina (oxacepam) que tiene acción depresora a nivel del sistema nervioso central, en forma de administración oral, preferentemente por la noche y es de elección en mujeres con sofocos y trastornos del sueño. Se recomienda no administrarla por períodos prolongados sin supervisión médica por los potenciales peligros de dependencia física y psíquica de las benzodiazepinas a largo plazo.

Clonidina

Es un agonista α2-adrenérgico que actúa a nivel de sistema nervioso central, por lo que su mecanismo de acción disminuye la secreción de noradrenalina en el espacio sináptico. La dosis es de 150µg. Tiene mejores resultados en premenopáusicas (88%) y perimenopáusicas (60%) que en la posmenopausia (49%). Actualmente no es muy usado. En nuestro país no disponemos de esta droga en las dosis necesarias en terapia no hormonal para los sofocos.

Paroxetina

Pertenece al grupo de los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Se indica en dosis de 10 y 20mg pero su eficacia para los síntomas vasomotores no supera el 50 %.

Sertralina

La sertralina es un inhibidor de la recaptación de la serotonina, se ha utilizado en mujeres con antecedente de cáncer de mama en dosis de 25, 50 y 100 mg pero sus resultados han sido controvertidos.

Venlafaxina/ Desvenlafaxina

Es un fármaco antidepressivo que actúa por inhibición de la recaptación de serotonina (en dosis bajas) y de la norepinefrina (en dosis altas). Las dosis bajas de 37,5-75 mg/día son las que demostraron reducción de los sofocos hasta en un 66% acompañado muchas veces de una mejoría del estado depresivo. Está aprobado por FDA en Estados Unidos para el tratamiento de sofocos en pacientes con antecedentes de cáncer de mama. En nuestra experiencia hemos obtenido hasta un 60% de mejoría en la sintomatología dentro de la primera semana de su uso. Está contraindicado en mujeres con hipertensión lábil.

La desvenlafaxina también se ha utilizado con buena respuesta en mujeres postmenopáusicas en dosis entre 100 y 150 mg

Escitalopram

Es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, con efecto débil en la recaptación de noradrenalina y dopamina. Es un isómero de citalopram. Hay varios trabajos que muestran una eficacia de más del 65% en dosis entre 10 y 20 mg/día, tiene como ventaja una muy buena tolerancia. En nuestro medio hemos utilizado escitalopram en dosis menores, de 5 mg/día con muy buena respuesta, por lo que en este momento la dosis inicial podría ser de 5 mg y luego aumentar a demanda siendo la dosis máxima de 20 mg.

Importante a tener en cuenta, es el uso de antidepressivos en mujeres con antecedente de cáncer de mama.

Aproximadamente el 5 al 10 % de las mujeres son pobres metabolizadoras de la CYP2D6 que es la enzima que convierte al tamoxifeno en su metabolito activo.

Algunos estudios prospectivos y retrospectivos han encontrado que mujeres usuarias de antidepressivos tienen un 2 a 4 % de aumento de riesgo de recurrencia de cáncer de mama. Hasta disponer de más datos, las pacientes que estén tomando tamoxifeno para reducir su riesgo de recidiva por cáncer de mama, deberían evitar el empleo simultáneo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (IRSSs), como fluoxetina, paroxetina y sertralina. Los

antidepressivos más “seguros” desde este punto de vista son el citalopram, el escitalopram y la fluvoxamina.

Gabapentin

Es un anticonvulsivante de estructura similar al GABA cuyo mecanismo de acción no es claro aún, según los estudios logra una reducción de hasta el 70% en frecuencia e intensidad de sofocos. Se recomienda usar en dosis de 300 mg a 900 mg/día. Es una droga segura y efectiva usada en período corto.

Pregabalina

Es un antidepressivo de nueva generación similar al gabapentin, se recomiendan dosis de 150 a 300mg.

Cuadro 2 Resumen de los resultados de los estudios con los psicofármacos que se utilizan para síntomas vasomotores

FARMACO	RESULTADO DE ESTUDIOS
CLONIDINA	REDUCCION DEL NRO Y SEVERIDAD DE SOFOCOS EN UN 20% (VIA TRANSDERMICA) Y 10% (VO)
GABAPENTIN	POB GRAL: REDUCCION DE NRO Y SEVERIDAD EN UN 54% VS 31% PLACEBO (p=0.01) CA MAMA: REDUCCION DE SEVERIDAD EN UN 46% VS 15% PLACEBO (p=0.007)
PREGABALINA	REDUCCION NRO EN UN 65% VS 50.1% PLACEBO (p=0.009)
FLUOXETINA	NO DIFERENCIAS CON PLACEBO
CITALOPRAM	NO DIFERENCIAS CON PLACEBO
ESCITALOPRAM	REDUCCION NRO 47% VS 33% PLACEBO REDUCCION SEVERIDAD 24% VS 14% PLACEBO
SERTRALINA	POB GRAL: NO DIFERENCIAS CON PLACEBO CA MAMA: REDUCCION 50% VS 27% PLACEBO
PAROXETINA	POB GENERAL: REDUCCION 40% VS 13% PLACEBO CA MAMA: REDUCCION 62% VS 37% PLACEBO
VENLAFAXINA	REDUCCION DE SINTOMAS DEL 33 AL 66%

Agentes no hormonales no farmacológicos

Fitoestrógenos

Los fitoestrógenos son compuestos no esteroides derivados de las plantas que poseen una acción estrogénica débil. El grupo más estudiado son las isoflavonas, principalmente derivadas de la soja: genisteína y dadzeína.

Se consideran suplementos dietarios y son de venta libre. Si bien han demostrado respuestas favorables en un grupo de mujeres, su eficacia no supera el 30% al 40%. Estructuralmente son similares al estradiol (E2). Circulan mayormente como forma conjugada (inactiva), lo que hace que su acción sea 100 a 500 veces menor que la de los E naturales.

También se incluye en este grupo a la cimicifugaracemosa, hierba perenne proveniente de la familia Ranunculaceae, utilizada por nativos americanos para el alivio del dolor menstrual y durante el parto por sus propiedades sedantes. Los extractos de cimicifuga contienen glicósidos de triterpenos y ácidos fenólicos. El extracto seco de rizoma de cimicifuga, comenzó a ser fabricado en Alemania a mediados de los años 50 y utilizado para el alivio de los síntomas climatericos como alternativa a la terapia de reemplazo. Su mecanismo de acción no está claramente definido, y si bien no se le conoce interacciones medicamentosas, no está recomendado su uso concomitante con TRH.

Un dato importante a tener en cuenta es que tanto los fitoestrógenos (cualquiera de ellos) como la cimicifugaracemosa están contraindicados en mujeres con antecedentes de cáncer de mama

CONCLUSIÓN

- El abordaje del tratamiento del climaterio comprende un amplio espectro de posibilidades terapéuticas desde la elección del TH hasta medidas generales de prevención y cambio de estilo de vida. Siempre se puede hacer algo al respecto y el ginecólogo tiene la oportunidad única de poder contribuir para mantener y/o

mejorar la calidad de vida de la mujer que transita esta etapa crucial de la vida.

- La elección del tratamiento, si fuese necesario, deberá adecuarse al perfil individual de la mujer y su problemática, y su continuidad o interrupción dependerá del mantenimiento de los beneficios, de la aparición de efectos adversos y/o de la preferencia de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. EMAS position statement: Non-hormonal management of menopausal vasomotor symptoms. 2. Mintzioti G, Lambrinoukaki I, Goulis DG, Ceausu I, Depypere H, Erel CT, Pérez-López FR, Schenck-Gustafsson K, Simoncini T, Tremolieres F, Rees M. Maturitas. 2015 Jul;81(3):410-3.
3. Position Statement. Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. 2015 Nov;22(11):1155-72
4. IMS RECOMMENDATIONS ON WOMENS MIDLIFE HEALTH AND MENOPAUSE HORMONE THERAPY. Climacteric 2016;19:109-150
5. Francine Grodstein, ScD; JoAnn E. Manson, MD; and Meir J. Stampfer, MD. Postmenopausal Hormone Use and Secondary Prevention of Coronary Events in the Nurses' Health Study. Ann Intern Med 2001;135:1-8.
6. The writing group for the PEPI trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart risk factors in postmenopausal women. The postmenopausal estrogen/progestin intervention (PEPI) trial. JAMA. 1995;273:199-208.
7. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA 1998; 280: 605-13.
8. Grady D, Herrington D, Bittner V, et al. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS II). JAMA 2002;288:49-57.
9. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA, July, 2002; 288:321-33.
10. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk cardiovascular disease by age and years since menopause. JAMA 2007;297:1465-77.
11. Vickers MR, MacLennan AH, Lawton B, et al. Main morbidities recorded in Women's International Study of long Duration Oestrogen after Menopause (WISDOM): a randomized controlled trial of hormone replacement therapy in postmenopausal women. BMJ 2007;335:239.
12. Schierbeck LL, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomized trial. BMJ 2012;345:e6409
13. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women. Impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER Study. Circulation 2007;115:840-5.
14. McKenzie et al. Metabolic, Inflammatory and Haemostatic Effects of a Low-Dose Continuous Combined HRT in Women Diabetes: Potentially Safer with respect to Vascular Risk? Clin Endocrinol. 2003;59(6)
15. Meta-analysis: effect of hormone-replacement therapy on components of the metabolic syndrome in postmenopausal women Diabetes Obes Metab 2006; 8(5): 538-54
16. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, et al (WHIMS Investigators). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study; a randomized controlled trial. JAMA. 2003;289:2651-2662.
17. MacLennan AH, Henderson VW, Paine BJ, et al. Hormone therapy, timing of initiation, and cognition in women aged older than 60 years: the REMEMBER pilot study. Menopause 2006;13:28-36.

18. Kenemans P et al. Safety of tibolone in the treatment of vasomotor symptoms in breast cancer patients design and baseline data 'LIBERATE' trial. *Breast* 2007 Dec;16Suppl 2:S182-9.
19. Kenemans P et al. LIBERATE Study Group. Safety and efficacy of tibolone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2009 Feb;10(2):135-46.
20. Hulley, S; Furberg, C; Baret Connor, E et al. Noncardiovascular Disease Outcomes During 6.8 Years of Hormone Therapy. Heart and Estrogen-Progestin Replacement Study Follow-up (HERS II). *JAMA* 2002 July 3; 288:58-66
21. Sturdee DW, Ulrich LG, Barlow DH, Wells M, Campbell MJ, Vessey MP, et al. The endometrial response to sequential and continuous combined oestrogen/progestogen replacement therapy. *Br J ObstetGynecol* 2000;107:1392-1400.
22. Wells, M; Ulrich, LG; Sturdee, DW et al. Effect on the endometrium of long term treatment with continuous estrogen-progestogen replacement therapy. *Br J Med* 2002, 325:239
23. Holmberg L, Iversen OE, Rudenstam CM, Hammar M, Kumpulainen E, Jaskiewicz J, et al; HABITS Study Group. Increased risk of recurrence after hormone replacement therapy in breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:475-82.
24. Traczek C, Oger E, De Jonage-Canonico M, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, et al, for the Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. *Circulation*. 2005;112:3495-500.
25. North American Menopause Society (NAMS). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2010;17:242-255
26. Endocrine Society. Santen RJ et al. Postmenopausal Hormone Therapy: An Endocrine Society Scientific Statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95:S1:S1-S66
27. International Menopause Society (IMS). Sturdee W et al. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2011;14:302-320
28. European Menopause and Andropause Society (EMAS). Tremolieres et al. EMAS position statement: Managing menopausal women with a personal or family history of VTE. *Maturitas* 69 (2011) 190-193
29. Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. T. J. de Villiers, M. L. S. Gass, C. J. Haines, J. E. Hall, R. A. Lobo, D. D. Pierroz and M. Rees. *CLIMACTERIC* 2013;16:203-204
30. Shifren JL, Gass ML, et al. NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women. *Menopause* 2014;21, No. 10 e pub
31. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, Kellogg-Spadt S, Simon JA, Goldstein JA, Kingsberg SA. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of survey symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health*. 2013 Jul 29;5:437-47.
32. Pastore LM, Carter RA, Hulka BS, Wells E. Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas* 2004;49:292-303.
33. D. W. Sturdee y N. Panay*, en nombre del Grupo de Redacción de la Sociedad Internacional de Menopausia. Recomendaciones para el manejo de la atrofia vaginal postmenopáusica. 1 de octubre, 2010.
34. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013 Sep; 20(9):888-902.
35. Bruyniks N, Nappi RE, Castelo-Branco C, de Villiers TJ, Simon J. Effect of ospemifene on moderate or severe symptoms of vulvar and vaginal atrophy. *Climacteric*. 2016;19(1):60-5.
36. Watts N, Bilezikian J y cols American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for The Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis. *Endocrine Practice*. 2010; 16(3) : 1-37
37. Cosman F, de Beur S J, LeBoff M S, Lewiecki E M, Tanner B, Randall S, Lindsay R. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int* 2014; 25:2359-2381
38. Papaioannou A, Morin S, Cheung A M, Atkinson S, Brown J P, Feldman S, Hanley D A, Hodsman A, Jamal S A, Josse R G, Kaiser S M, Kvern B, Siminoski K, Leslie W D; for the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada: Background and Technical Report. 2010
39. Kanis J A, McCloskey E V, Johansson H, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y, on behalf of the Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) and the Committee of Scientific Advisors of the International Osteoporosis Foundation (IOF). *Osteoporos Int* 2012
40. de Villiers T J, Hall J E, Pinkerton J V, Cerdas Pérez S, Rees M, Yang C, Pierroz D D. Revised Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. *Climacteric* 2016; 19 (4): 313-315
41. Schurman L, Bagur A, Claus-Hermberg H, Messina O, Negri A L, Sánchez A, González C, Diehl M, Rey P, Gamba J, Chiarpello J, Moggia M S, Mastaglia S. Guías 2012 para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis. *Medicina (Buenos Aires)* 2013; 73: 55-74.
42. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2010;17 (1) :25-54

NORMAS PARA LOS AUTORES

Todo manuscrito se debe enviar a: **revcog@intelnet.net.gt** en documentos de Word versión 97-2003 ó 2007, tamaño carta en doble espacio con letra Arial número 12. Adjuntando al artículo una carta firmada por el autor en el que certifica que el artículo no ha sido publicado total o parcialmente en otra revista, periódico, libro o publicación similar y cediendo todos los derechos a REVCOG.

Escritura y terminología.

Todo manuscrito debe estar escrito en español. Números del uno al diez debe escribirse en letras; para más de diez personas, objetos, días, meses, etc. se usaran números arábigos. Se prefiere "mujer" en vez de "paciente" al reportar en obstetricia. El autor debe utilizar el nombre genérico de las drogas a menos que el comercial sea directamente relevante. Cualquier equipo especializado, producto químico o farmacéutico citado en el texto debe estar acompañado por el nombre, ciudad y país del fabricante.

Presentación del manuscrito

El texto de **artículos originales, técnicas quirúrgicas, presentación de casos y revisiones sistemáticas**, debe estar ordenado secuencialmente así: 1. Título; 2. Resumen y Abstract con palabras clave y key words; 3. texto principal; 4. Agradecimiento; 5. Manifestación de conflicto de interés; 6. Referencias; 7. Tablas / Figuras.

1. Título.

Hoja de presentación que debe incluir:

- Título completo del artículo (el título debe incluir la metodología al final antecedido de dos puntos, e.j. Evaluación del feto de madre diabética: revisión sistemática)
- Nombre del autor principal, con su dirección electrónica, teléfono, puesto administrativo, departamento/división (máximo dos puestos) y país.
- Nombre de todos los coautores, con su puesto administrativo departamento/división (máximo un puesto por autor).
- Título corto de no más de 60 caracteres para los encabezados de página.

2. Resumen y Abstract y Palabras Clave

No más de 250 palabras para artículos originales y revisiones sistemáticas.

No más de 100 palabras para presentación de casos, técnicas quirúrgicas y revisiones no sistemáticas.

Cartas del lector, comentarios y minicomentarios no necesitan resumen/abstract.

3. Texto principal

Para **artículos originales y revisiones sistemáticas**, se debe subdividir así Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. **Presentación de casos y técnicas quirúrgicas:** Introducción, presentación de caso o técnica y discusión. Cualquier abreviatura o acrónimo utilizado se definirá en la primera aparición que tenga en el texto principal del artículo.

4. Agradecimientos

Incluyen instituciones o particulares que financiaron el total o parte del estudio. También contribuyentes que califican como autores, en cuyo caso su contribución debe ser descrita.

5. Manifestación de conflicto de interés

Incluye financiamiento o interés directo para alguno de los autores (por ej. Propiedad de la patente, de acciones, ser consultante o

conferencista, etc), intereses personales, políticos, intelectuales o religiosos. El tener conflicto de interés no impide que alguien pueda ser autor.

6. Referencias

Se presentarán en base a sistema de referencia de la convención de Vancouver. Las referencias serán numeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto. Se deben identificar en superíndice. Información de artículos aun no publicados serán citados como observaciones no publicadas. Artículos de hasta seis autores deben incluir todos los autores. Si el artículo tiene mas de seis autores, solo seis serán colocados seguido de "et.al"

7. Tablas / Figuras.

Todas las tablas, figuras y gráficas deben estar citas y debidamente identificada entre paréntesis en el artículo. Cualquier tabla, figura o gráfica no cita en el artículo será descartada, sin responsabilidad por parte de los editores. Todas las tablas deben ir en blanco y negro. Las gráficas y figuras serán publicadas a color. Todas las tablas, figuras y gráficas estarán incluidas en el formato de Word. Las figuras deben estar en formato JPEG.

Artículos originales (de investigación)

Texto con máximo de 5000 palabras. Deben incluir la carta de autorización ética de la institución donde se realizó el estudio.

Técnicas quirúrgicas

Son descripciones de técnicas nuevas o innovadoras. Pueden tener más de diez ilustraciones, acompañadas de texto informativo de hasta 1800 palabras.

Comentarios

Comentarios en aspectos controversiales o de interés general. No deben tener más de 1800 palabras con 10 a 12 referencias. La manifestación de conflicto de interés **debe** ser incluida después del cuerpo principal y antes de las referencias. Se permiten como máximo dos graficas/tablas o figuras.

Presentación de casos

Texto con máximo de 1800 palabras. Deben ser casos que por su

Minicomentarios

Únicamente por invitación del editor. Se relacionan específicamente aun artículo en especial. No más de 500 palabras, con referencias integradas. **Debe** tener manifestación de conflicto de interés al final.

Cartas al editor

No más de 500 palabras. No deben de contener más de cuatro referencias. La carta debe incluir el nombre de la(s) persona(s) que aparecerán como signatarios con sus cargos, departamento/división y país. Se debe incluir el Título de la carta.

Los editores se reservan el derecho de realizar cambios de redacción, gramática y estilo, manteniendo la exactitud científica del reporte. A los autores se les puede solicitar que realicen cambios en ortografía, estilo y gramática, así como revisar por inconsistencias en el texto o las referencias.

Los autores son los únicos responsables del contenido del artículo y de su exactitud así como de la veracidad de lo que en ellos se publica. REVCOG bajo ninguna circunstancia se hace responsable por el contenido de los artículos.