

Revista del Hospital Materno Infantil RAMÓN SARDÁ

"Publicar es sinónimo de trabajo, de esfuerzo, de estudio, de sabiduría"



Año 2009
Volumen 28
Número 3

Editor Responsable

Asociación de Profesionales del
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Director Publicaciones

Dr. Carlos Grandi^a

Sub-Director

Publicaciones

Dr. Eduardo Valenti^a

Secretaría:

Gabriela Tielas

Consejo Asesor

Dr. Miguel Larguía

Comité de Redacción

Dra. Liliana Botto^a

Dra. Graciela Briozzo^a

Dra. Susana Der Parsehian^a

Dr. Víctor Feld^a

Lic. María Aurelia González^a

Dra. Celia Lomuto^a

Dra. Iris Schapira^a

Dr. Oscar Torres^a

Dra. Mónica Waisman^a

Dr. José L. Tapia^b

Dr. Lucas Otaño^c

Dr. Gonzalo Mariani^c

a. HMI "Ramón Sardá".

b. Pontificia Universidad Católica, Chile.

c. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Secretaría

Esteban de Luca 2151

(1246) Buenos Aires • Argentina

Telefax: 4943-7779 • website: www.sarda.org.ar

E-mail: asociacionsarda@yahoo.com.ar

Comisión Directiva de la Asociación de

Profesionales del Hospital M.I. Ramón Sardá

Presidente:

Dr. Víctor Feld

Vicepresidente:

Dr. Rubén Almada

Secretario General:

Dra. Cristina Celesia

Secretaría Actas:

Dra. María Salomé Outles

Tesorera:

Dra. Blanca Ruiz

Vocales:

Lic. Gabriela Dolinsky

Dra. Odelza Vega

Obs. Alicia Pécora

Obs. Beatriz Ferrari

Dra. Rosario Angelini

Dra. Silvana Naddeo

Dra. Elsa Andina

Dra. Liliana Botto

Dra. María Sánchez

Dra. Ana Aspres

Incorporado al Índice **LILACS**

(Literatura Latinoamericana para las Ciencias de la Salud). OMS/OPS

Indizada en **IMBIOMED**. <http://www.imbiomed.com>

Indizada en **REDALYC**. <http://www.redalyc.vaemex.mx>

Suscripciones anuales: \$ 20 / Precio por número: \$ 5

Producción gráfica:

IDEOGRAFICA
DISEÑO • FOTOGRAFÍA • GRAFÍA

☎ 4327-1172

ideografica@interlink.com.ar

SUMARIO

EDITORIAL

98 Con la inequidad todos pierden

Horacio Lejarraga

ARTÍCULOS ORIGINALES

100 Programación de la cesárea electiva repetida

a término y desenlaces clínicos neonatales

Alan T.N. Tita, Mark B. Landon, Catherine Y. Spong, et al.

Traducción: *Mariana Rial*

Corrector: *Oscar Torres*

110 Salud mental en perinatología: intervenciones
en obstetricia

María R. Ramírez

114 Motivos de solicitud de la ligadura tubaria. Estudio ex-
ploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran
múltiparas que asisten a un Hospital Público de la
Ciudad de Buenos Aires

Romina G. Moschella, Jorge T. Charalambopoulos,

María P. Pawlowicz, Silvana Naddeo y Patricia Rodríguez

121 Enfermedad periodontal materna y riesgo de parto
prematuro: un estudio caso-control

Carlos Grandi, Mariano Trungadi y Javier Meritano

ACTUALIZACIÓN

129 Embarazo molar

Ross Berkowitz y Donald Goldstein

Traducción: *Carla Otero*

ARTÍCULO ESPECIAL

135 Situación de la salud perinatal.

República Argentina 2007

Celia Lomuto

SITUACIÓN DE LA SALUD PERINATAL. REPÚBLICA ARGENTINA 2007

Dra. Celia C. Lomuto^a

Resumen

Objetivo: Difundir indicadores globales de Salud Perinatal de Argentina del año 2007.

Material y Métodos: Análisis de Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación.

Resultados: La tasa de natalidad fue de 17,8‰ y el promedio de hijos por mujer son 2,2. Las madres adolescentes representaron el 15,8%, las analfabetas funcionales el 9,5% y las no asociada a sistemas de salud el 47,4%.

99,2% de los 700.929 niños nacieron en partos institucionales, de los cuales 57,9% pertenecían al sector público. El bajo peso al nacer (<2.500 g) fue el 7,2% y los prematuros el 8%. Las principales causas de muerte en mujeres en edad fértil fueron accidentes, cáncer de mama, suicidios, cáncer de cuello uterino, SIDA y causas maternas. La mortalidad materna ascendió al 44 por cien mil (306 mujeres) asociadas al aborto (24%), infecciones (15%), hipertensión (14%) y hemorragias (8%). La Mortalidad Infantil fue del 13,3‰, con sus componentes Neonatal 8,5‰ y Postneonatal 4,8‰. Casi la mitad de la mortalidad infantil se produjo en la primera semana de vida. Los recién nacidos de bajo peso contribuyen al 50% de la mortalidad infantil por lo que la prematuridad es la primera causa de muerte en la infancia. Las causas perinatales y las malformaciones congénitas producen las 2/3 partes de la mortalidad infantil. El uso de surfactante ha disminuido en un 31% la mortalidad por Enfermedad de Membrana Hialina y la fortificación de harinas con ácido fólico mostró una disminución de las malformaciones congénitas. La mortalidad fetal mostró un descenso muy leve.

Palabras clave: estadísticas, Argentina, salud perinatal.

Introducción

Lograr una óptima salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y la de su hijo durante su vida fetal, en el momento del nacimiento y el primer mes de vida constituye el objetivo de la Perinatología.

Durante todo ese período, madre e hijo son altamente vulnerables y sus posibilidades de enfermar, e incluso de morir, son mucho mayores que en otros

momentos de sus vidas.

Conocer los indicadores globales de Salud Perinatal de mujeres y recién nacidos de nuestro país, permite al Equipo de Salud que se dedica a su cuidado tener una visión más amplia que la que brinda la sola asistencia de los casos individuales. También les posibilita comparar los resultados obtenidos en las instituciones donde se desempeñan con los indicadores nacionales.

El objetivo del presente estudio es presentar las cifras estadísticas más importantes de Salud Perinatal de Argentina, que provee información muy confiable y valiosa.

Material y métodos

Se analizaron las Estadísticas Vitales del año 2007, publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación¹ que surgen de los Informes Estadísticos de los Certificados de Nacimiento y Defunción. En base a esos datos se construyeron Tablas y Figuras para facilitar su comprensión. En algunos indicadores se agregaron series históricas para conocer su evolución.

Resultados

1. Aspectos generales

La tasa de natalidad fue de 17,8‰, o sea que se produjeron 17,8 nacimientos cada mil habitantes por lo que las mujeres que tuvieron un hijo en el año 2007 fueron el 1,7% de la población. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la que tiene la tasa de natalidad más baja del país (14,6‰) y la Provincia de Santa Cruz la más alta (23,8‰). Esta tasa viene disminuyendo, aunque muy lentamente, en los últimos años (2006: 17,9‰).

El promedio de hijos por mujer fue de 2,2 (2006: 2,3).

Las madres adolescentes (≤ 19 años) representaron el 15,8% del total (CABA 7,2%; Chaco 24,4%). Esta proporción se mantiene estable en los últimos 15 años (*Figura 1*).

Las madres analfabetas funcionales (analfabetas y con educación primaria incompleta) fueron el 9,5%. Los valores más bajos se registran en

a. Médica Pediatra Neonatóloga.
clomuto44@yahoo.com.ar

Tierra del Fuego (2,1%) y el más alto en Misiones, donde un poco más de la mitad de las mujeres (50,4%) que tuvieron hijos tienen deficiencias en su educación.

Las madres no asociadas a sistemas de salud son casi la mitad (47,4%), aunque la quinta parte en Tierra del Fuego (21,2%) y las dos terceras partes (74,3%) en Santiago del Estero.

2. Control prenatal

Aún no se cuenta con los resultados del Sistema Informático Perinatal del año 2007, que permite evaluar las características del Control Prenatal. Los datos del año 2006 fueron publicados en esta misma Revista² y están disponibles en la página del Ministerio de Salud de la Nación.³

3. Atención del parto

En el año 2007 nacieron vivos 700.792 niños. Esta cifra se mantiene con mínimos cambios desde hace 10 años (1998: 683.301).

Los partos institucionales fueron casi universales: 99,3%.

Fueron atendidos por médicos o parteras el 99,4%.

Los partos del Sector Público representaron el 57,9% (405.000), con una leve disminución respecto al año 2006 (61%; 430.000).

4. Recién Nacidos

El bajo peso al nacer (<2.500g) se mantiene en el 7,2% como hace varios años (Figura 2). Es muy bajo el porcentaje de peso al nacer no especificado en los certificados de nacimiento (1,1%) lo que asegura la confiabilidad del dato anterior.

Los recién nacidos prematuros (<37 semanas de edad gestacional) fueron el 8%. El muy bajo peso al

Figura 1: Proporción de nacidos vivos de madres adolescentes, 1994-2007

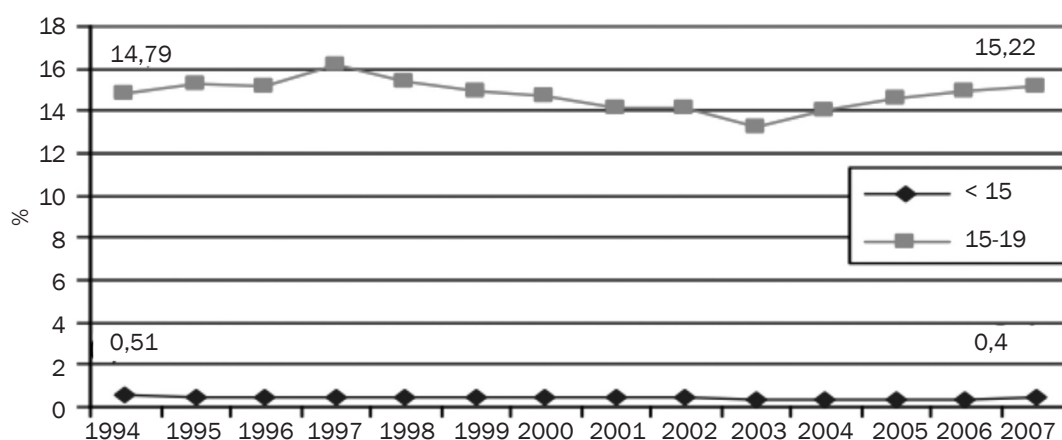
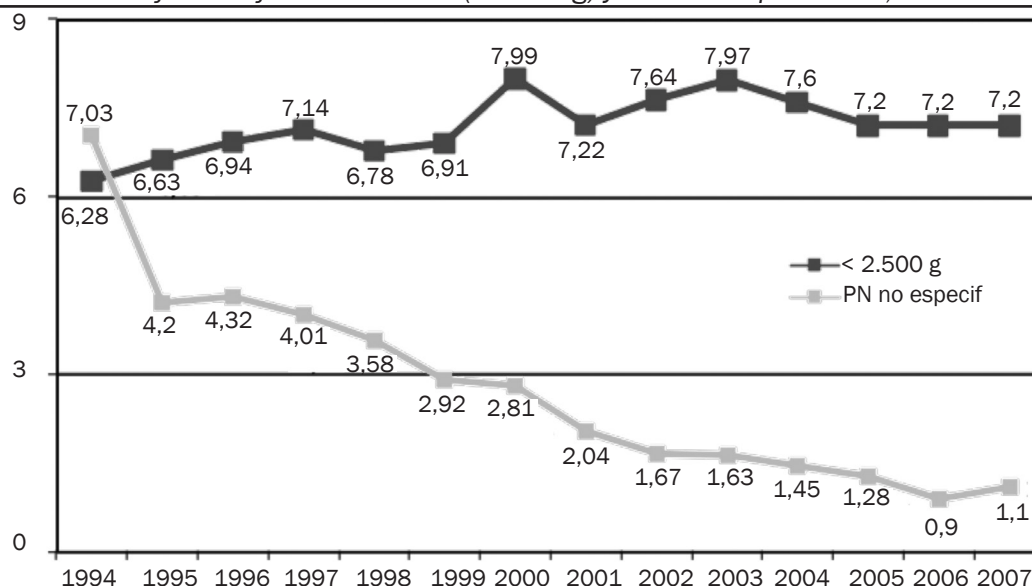


Figura 2. Porcentaje de Bajo Peso al nacer (<2.500 g) y Peso no especificado, 1994-2007



nacer (< 1.500g) se mantiene en el 1,2%.

5. Mortalidad de mujeres en edad fértil

Según la OMS, las mujeres en edad fértil son aquellas entre 10 y 49 años.

En este grupo fallecieron 10.466 mujeres en el año 2007, siendo la primera causa los accidentes (n= 1.039; 9,92%) (Tabla 1). Pero se destacan en 3er. lugar el tumor maligno de mama, en el 6º el tumor maligno de cuello de útero, en el 7º el SIDA y en 8º lugar las causas maternas. Son preocupantes también los suicidios (5º lugar) y las agresiones (10º lugar).

Pero estas causas de muerte se distribuyen de diferentes maneras si se analizan según grupos etarios (Figura 3).

En las adolescentes de 10 a 19 años predominan francamente los accidentes, que producen casi la cuarta parte de las muertes, seguidos por los suicidios, responsables del 10%. Comienzan a aparecer las causas maternas y no hay casos de tumores malignos de mama o cuello uterino ni de HIV/SIDA.

En las mujeres de 20 a 29 años, momento en que

se produce el pico más alto de fertilidad, se mantienen los accidentes en primer lugar (aunque descienden) y son seguidos por las causas maternas y los suicidios en igual proporción. Aparecen los tumores malignos como causantes de muerte, aunque en muy baja proporción y el HIV/SIDA cobra importancia.

Entre los 30 y 39 años continúan los accidentes en primer lugar aunque con mucha menos frecuencia, el 2º lugar lo ocupan el VIH/SIDA y el tumor maligno de mama, luego las causas maternas. En la 4ta. década de la vida, el tumor maligno de mama ocupa el primer lugar, el segundo se comparte con el tumor maligno de cuello de útero y accidentes y las demás causas disminuyen francamente.

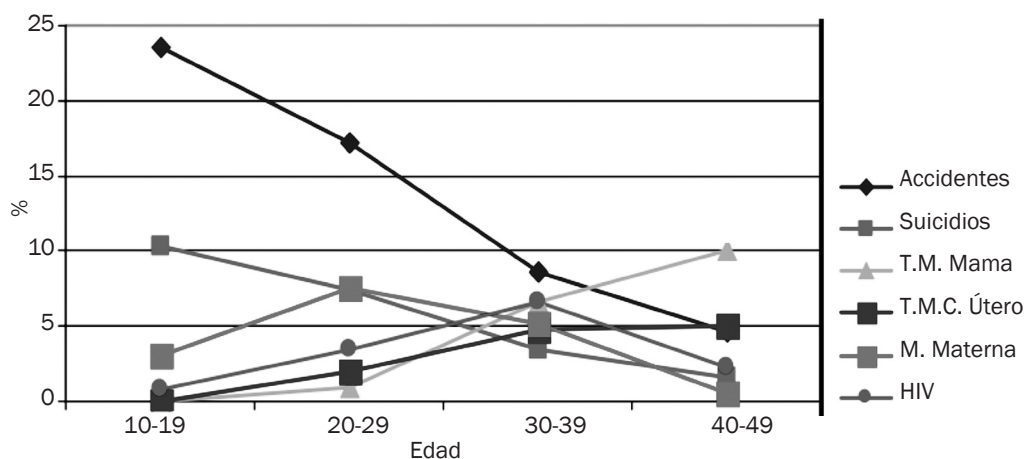
6. Mortalidad materna

La razón de Mortalidad Materna (mujeres fallecidas a causa de un embarazo, parto o puerperio/nacidos vivos x 100.000) se mantiene en valores similares desde hace 20 años (Figura 4). En el año 2007 fue de 44 por cien mil lo que significa la muerte de

Tabla 1. Principales causas de muerte en mujeres en edad fértil (10- 49 años) 2007

Orden	Causas	n	%
1º	Accidentes	1.039	9,92
2º	Cardiovasculares	768	7,33
3º	Tumor maligno de mama	682	6,51
4º	Cerebrovasculares	496	4,73
5º	Suicidios	422	4,03
6º	Tumor maligno de cuello de útero	403	3,85
7º	SIDA	351	3,35
8º	Causa materna	306	3,18
9º	Septicemias	266	2,54
10º	Agresiones	158	1,50
	Todas las otras causas	5.548	53,00
	TOTAL	10.466	100

Figura 3. Distribución de las principales causas de muerte en mujeres en edad fértil según grupos etáreos, 2007



306 mujeres. Es de destacar la disparidad enorme entre las distintas jurisdicciones del país (Figura 5). Mientras en Tierra del Fuego no falleció ninguna mujer, en Formosa la razón mencionada triplica el promedio nacional (133 por cien mil).

Los países desarrollados presentan una Mortalidad Materna de 8 por cien mil aunque en el África llega hasta 1000 por cien mil.

Las causas de estas muertes en nuestro país (Figura 6) son en primer lugar el aborto (24%), luego las infecciones (15%), hipertensión (14%) y hemorragias (8%), especialmente las postparto.

7. Mortalidad Infantil y Neonatal

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI, 0-364 d) fue de

13,3‰, la Mortalidad Neonatal (TMN, 0-27d) de 8,5‰ y la Post Neonatal de 4,8‰ (TMPN, 28-364d) (Figura 7).

La TMI y la TMPN aumentaron levemente en el año 2007 respecto al 2006 y la TMN se mantuvo igual. A diferencia de la Mortalidad Materna, todos estos indicadores han descendido a la mitad en los últimos 20 años y la disparidad en las jurisdicciones del país no es tan marcada (Figura 8).

Cuando se analizan las muertes infantiles (Figura 9), se observa que fallecieron 9.300 niños menores de un año, de los cuales las 2/3 partes se produjeron durante el primer mes (5.964) y el tercio restante (3.326) del 2º mes hasta cumplir el año. A su vez, las muertes neonatales se produjeron prioritariamente en la 1ª semana de vida (4.236) y el resto

Figura 4. Razón de Mortalidad Materna por cien mil, 1980-2007

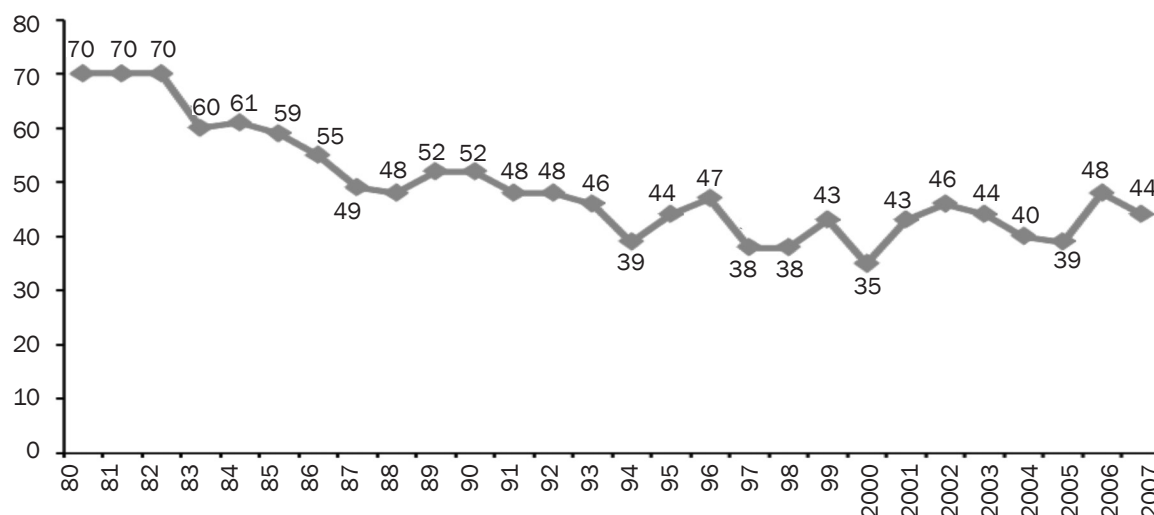


Figura 5. Mortalidad Materna según jurisdicciones. Tasa por cien mil, 2007

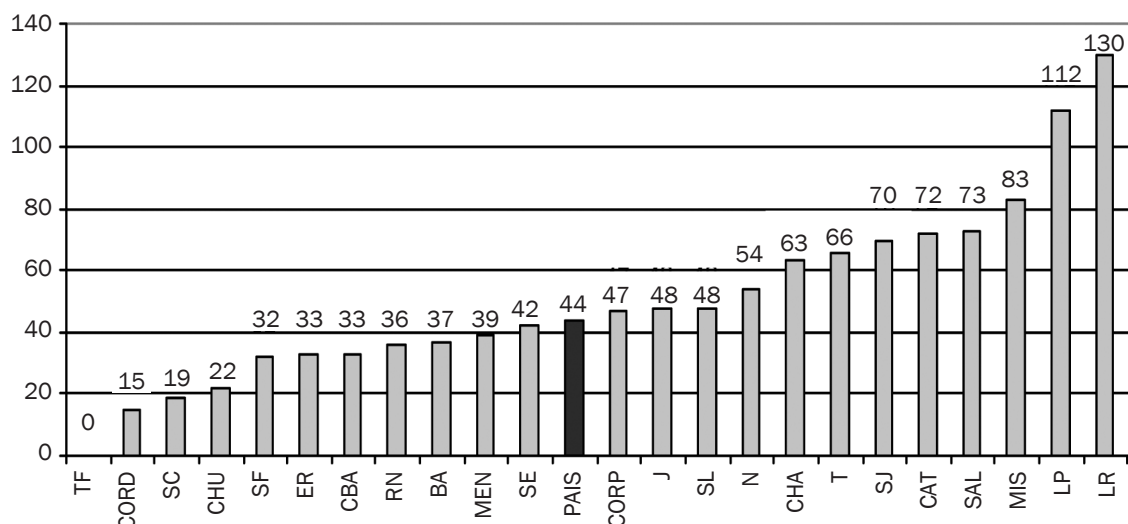


Figura 6. Causas de Muertes Maternas. República Argentina, 2007

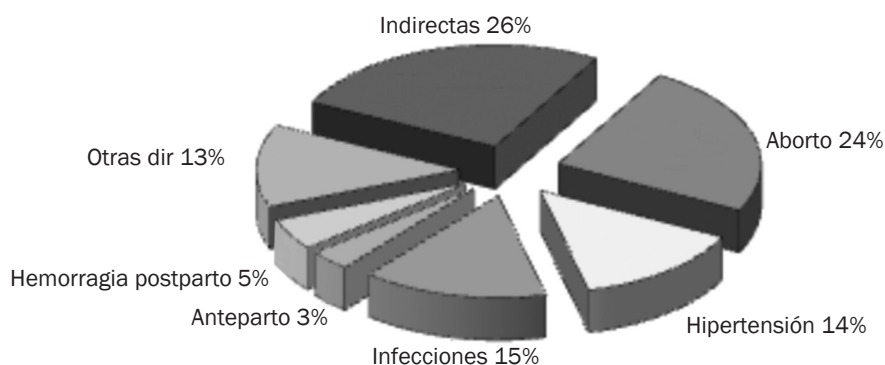


Figura 7. Mortalidad Infantil ‰ y sus componentes. República Argentina, 1980-2007

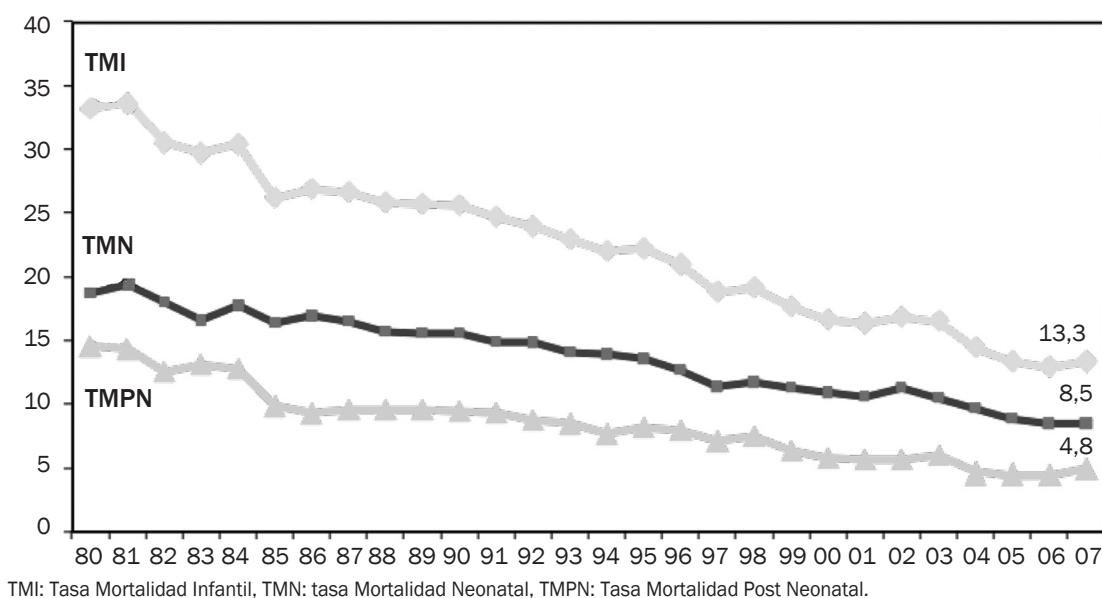
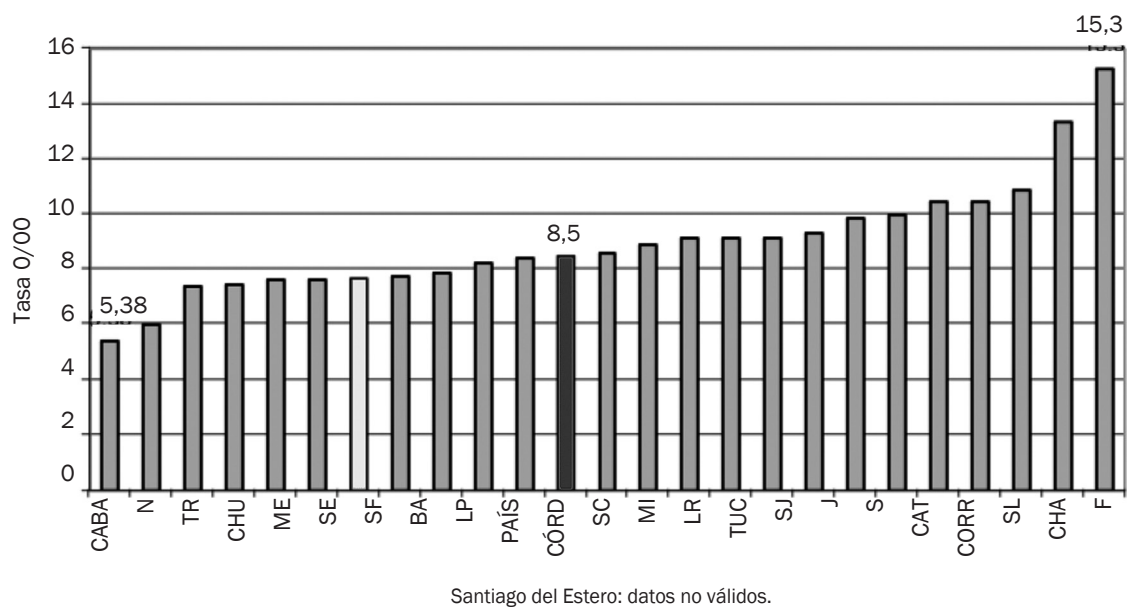


Figura 8. Mortalidad Neonatal según jurisdicciones. Tasa por mil. República Argentina, 2007



(1.728) en las 3 semanas siguientes. De esta manera se evidencia que casi la mitad de la mortalidad infantil se produjo en la primera semana de vida.

Los recién nacidos de bajo peso al nacer (<2.500 g) que representan el 7,2%, contribuyen al 50% de la Mortalidad Infantil (*Figura 10*), pero los de muy bajo peso al nacer (<1.500g), que representan sólo el 1,2% del total de RN vivos, se asocian al 33% de dicha mortalidad. Claramente la prematuridad es la primera causa de muerte en la infancia, responsable de la mitad de la misma.

Al evaluar la tasa de Mortalidad Infantil por peso al nacer (*Figura 11*) se observa que los menores de 1.500 g tienen una tasa de mortalidad de 402,3‰, o sea que sobrevive el 60%. A partir de ese peso cae drásticamente la mortalidad, de allí la importancia que los embarazos con amenaza de parto prematuro puedan prolongarse, de ser posible, hasta que el feto sobrepase

los 1.500 g, pues su sobrevivencia aumenta al 93%.

En los últimos 8 años, la mortalidad de los menores de 1.500 g ha descendido un 21% (*Figura 12*), la del grupo de 1.500-1.999 g fue la de mayor descenso (32%) (*Figura 13*), los de 2.000-2.499 g y 2.500-3.000 g descendieron un 26% y en cambio en los niños mayores de 3.000 g sólo el 7% (*Figura 14*).

Uno de los motivos de la disminución de la mortalidad en los niños prematuros ha sido el uso de surfactante, que se generalizó en el país a partir del año 2004, cuando el Ministerio de Salud de la Nación inicia la compra y distribución en todo el país. En la *Figura 15* se observa la disminución del 31% de la mortalidad infantil causada por Enfermedad de Membrana Hialina, lo que significó 400 muertes menos comparando el año 2007 con el 2000.

El análisis de las cinco primeras causas de la mortalidad infantil (*Figura 16*) muestra que la

Figura 9. Mortalidad Infantil y sus componentes, 2007. (RN nacidos vivos: 700.792)

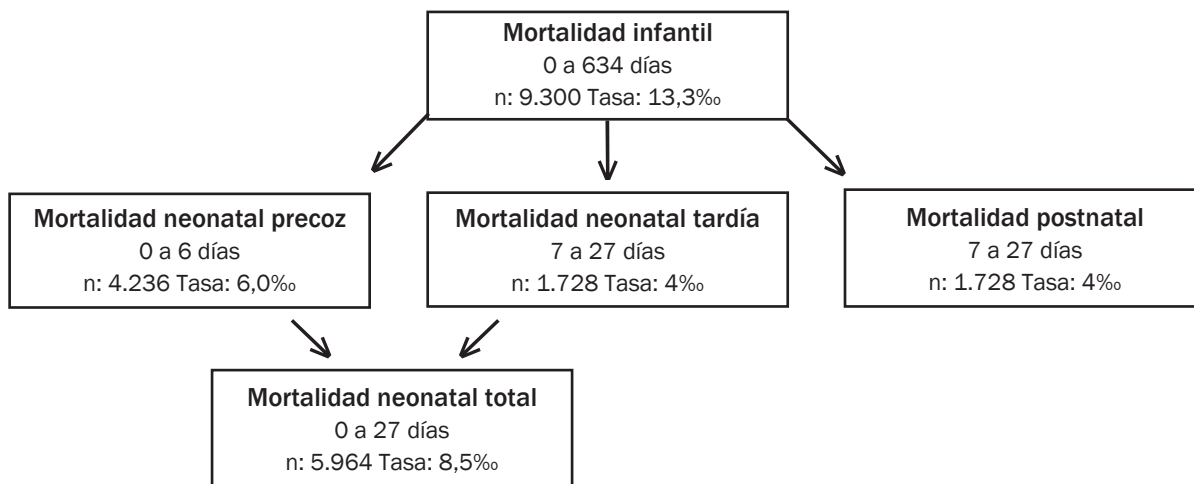


Figura 10. Distribución (%) del Peso al nacer en RN vivos y Muertes Infantiles, 2007

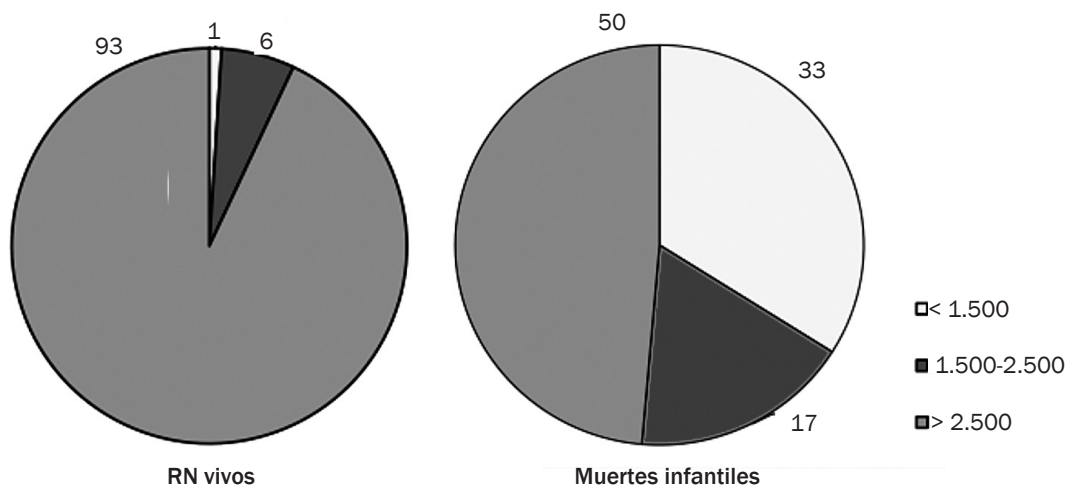


Figura 11. Mortalidad Infantil según peso al nacer. Tasa específica por mil, 2007

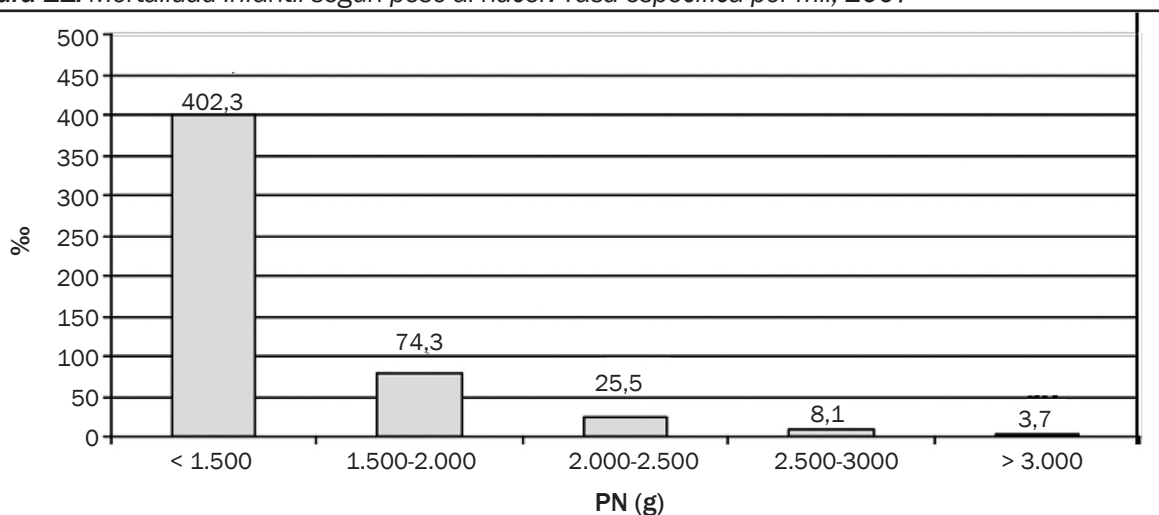


Figura 12. Evolución de la Mortalidad Neonatal específica de menores de 1.500 g de peso al nacer (Tasa por mil), 2000-2007

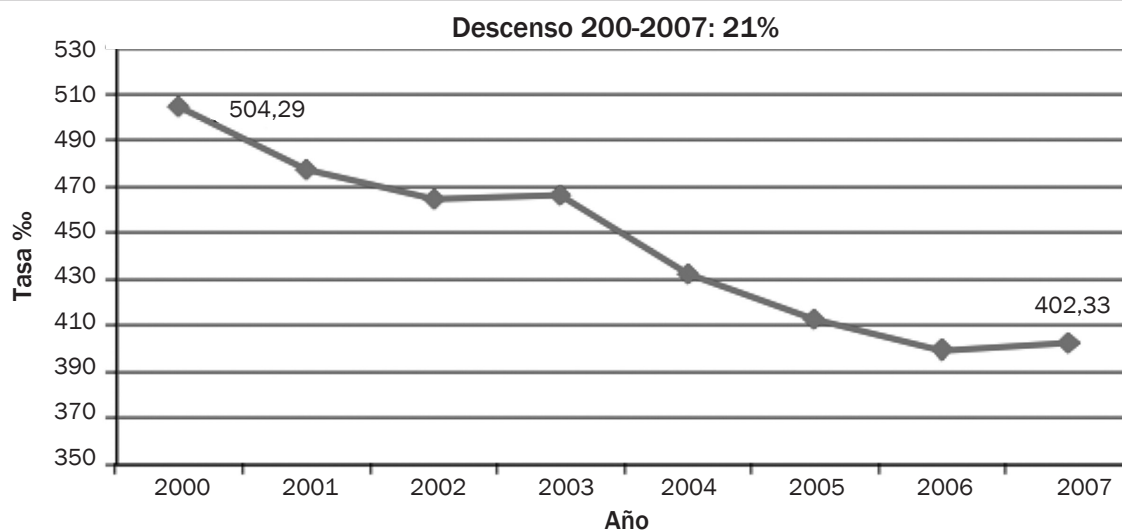


Figura 13. Evolución de la Mortalidad Neonatal específica de niños entre 1500 y 1999 g de peso al nacer (Tasa por mil), 2000-2007

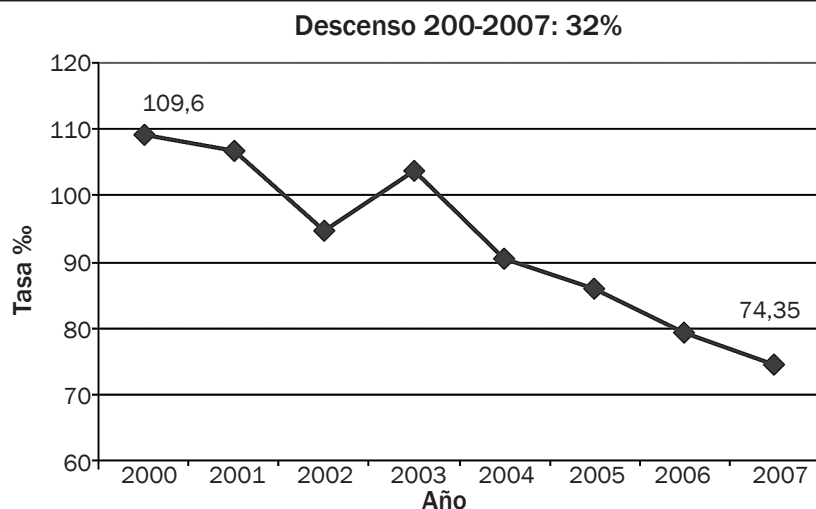


Figura 14. Evolución de la Mortalidad Neonatal específica en niños de más de 3.000 g de peso al nacer (Tasa por mil), 2000-2007

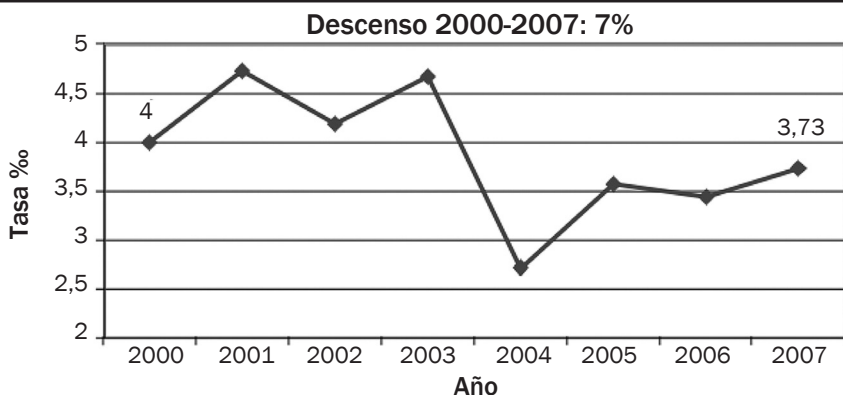


Figura 15. Tasa específica (x 1.000) de Mortalidad Infantil por Enfermedad de membrana hialina, 2000-2007: Descenso 31%

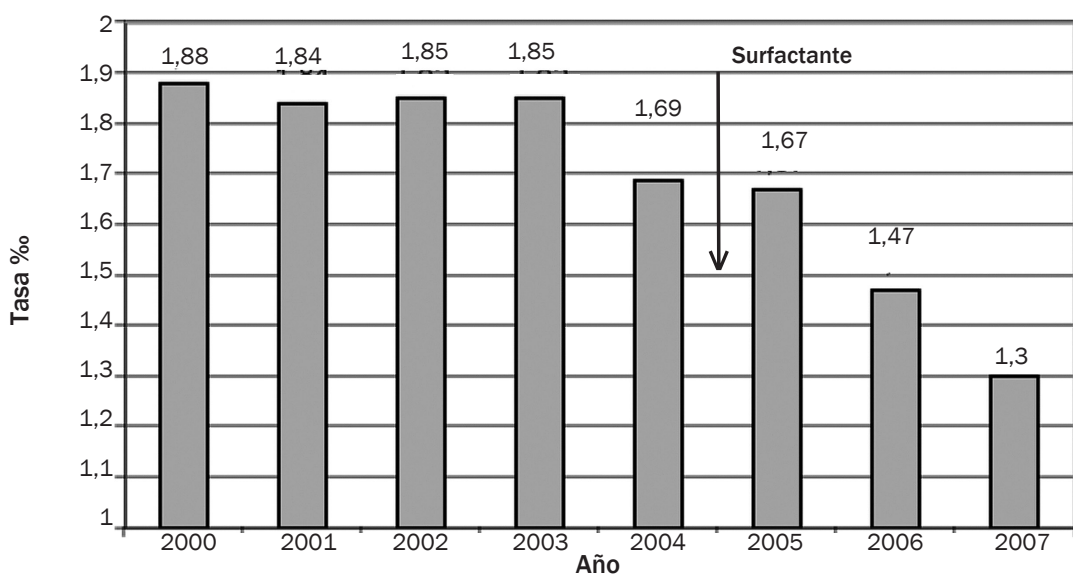
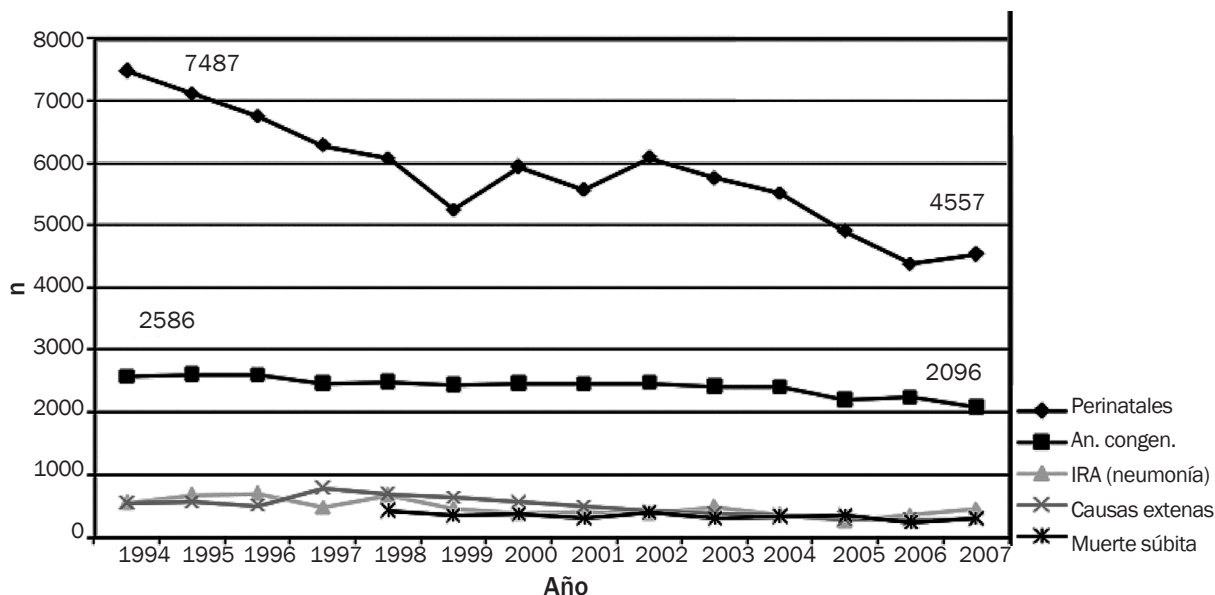


Figura 16. Cinco primeras causas de Mortalidad Infantil, 1994-2007



primera son las causas perinatales, responsables de 4.557 fallecimientos, o sea casi la mitad de la mortalidad infantil. Estas causas han tenido un descenso del 40% en los últimos 14 años, aunque han presentado un leve aumento en el año 2007.

Le siguen las malformaciones congénitas con 2.096 fallecidos. Han disminuido un 19% desde 1994, pero más marcadamente en los cuatro últimos años, lo que podría atribuirse a la fortificación de harinas de trigo con ácido fólico desde el año 2003 y la consecuente disminución de malformaciones de cierre del tubo neural.⁴

Las infecciones respiratorias agudas son la tercera causa de muerte y su aumento en el año 2007 se explicaría por el ascenso de la mortalidad infantil global y de su componente postneonatal. Los accidentes y la muerte súbita ocupan el 4º y 5º lugar con 318 y 307 casos respectivamente.

La mortalidad neonatal se asocia en el 70% a causas perinatales, 25% a malformaciones congénitas y 5% a otras causas. Dentro de las causas perinatales (*Figura 17*) sobresale prioritariamente la prematuridad. Es bajo el porcentaje de muerte por asfixia.

8. Mortalidad perinatal

La Tasa de Mortalidad Perinatal es la sumatoria de las muertes fetales tardías (28 semanas de edad gestacional al nacimiento) y las muertes neonatales precoces (< de 7 días) sobre el número de muertes fetales tardías más el número de nacidos vivos x 1.000. En el año 2007 fue de 12,9‰, en disminución en los últimos 10 años (1998: 18,6‰) (*Tabla 2*). Esta disminución se produjo especialmente por la reducción del componente neonatal precoz y en menor proporción por la mortalidad fetal tardía.

Discusión

Argentina tiene una tasa de natalidad relativamente baja, comparada con los países de Latino América, aunque el doble que los de Europa. La asistencia de los partos es universalmente institucional y a cargo de profesionales, con predominio del Sector Público.

A pesar de ello, la Mortalidad Materna es cinco veces más elevada que en el mundo desarrollado y sin cambios en muchos años, lo que indica que

Figura 17. Distribución de los principales componentes de la Mortalidad Neonatal. República Argentina, 2007

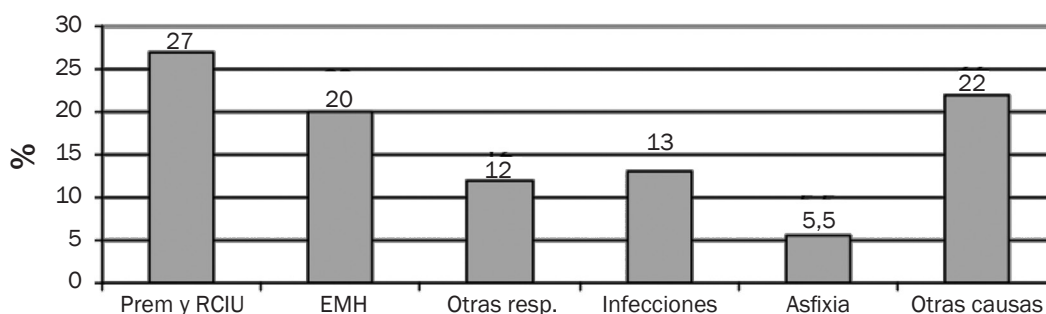


Tabla 2. Evolución de los Componentes de la Mortalidad Perinatal. Argentina, 1998-2007

Año	RN vivos	TMFT ‰	TMNP ‰	TMP ‰
1998	683.301	8,7	8,9	18,6
1999	686.740	9,4	8,6	18,0
2000	701.878	9,1	8,3	17,3
2001	683.495	8,9	8,0	16,8
2002	694.684	9,4	8,4	17,3
2003	697.952	8,4	7,8	16,2
2004	736.261	8,9	7,2	16,0
2005	712.220	7,7	6,5	13,5
2006	696.451	8,7	6,2	13,3
2007	700.792	8,3	6,0	12,9

TMFT: Tasa de Mortalidad Fetal Tardía; TMNP: Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz, TMP: Tasa de Mortalidad Perinatal.

existen aspectos socioeconómicos y culturales de la población que deben mejorar así como servicios de salud que están disponibles, a los que las mujeres acceden, pero que deben perfeccionar la calidad de la atención.

La Mortalidad Infantil y Neonatal, en cambio, es el doble que en países con los mejores indicadores y muestra descensos a los largo de los años, aunque hubo un aumento leve en el año 2007.

La proporción de los recién nacidos prematuros es similar a algunos países desarrollados y se asocia a la mitad de la Mortalidad Infantil. Las dos terceras partes de esta Mortalidad se produce por causas perinatales y malformaciones congénitas por lo que el cuidado de la salud perinatal es el factor que más impactaría en su descenso.

Finalmente, es preocupante que la mortalidad fetal, componente de la mortalidad perinatal, muestre sólo un levísimo descenso en los últimos años.

Algunas acciones como la distribución de surfactante y la fortificación de harinas con ácido fólico

co están mostrando un alto impacto en la salud perinatal. Otras, como el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva parecen haberse estancado y no demuestran impacto en disminuir mortalidad materna por aborto o embarazo adolescente.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales 2007. <http://www.deis.gov.ar>
2. Lomuto CC. Situación de la salud perinatal. República Argentina 2006. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2008;27(3):128-133.
3. García O, Sanz C, y col. Sistema Informático perinatal de la República Argentina. Anuario 2006 de resultados perinatales. <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/Anuario2006EDITADOFINAL.pdf>
4. Calvo EB, Biglieri A. Impacto de la fortificación con ácido fólico sobre el estado nutricional en mujeres y la prevalencia de defectos del tubo neural. Arch Argent Pediatr 2008;106(6):492-498.

"Una visita a un museo proporciona placer y exige esfuerzo, como la lectura de un libro".

Nicholas Penny
Director National Gallery, Londres

EMBARAZO MOLAR

Ross Berkowitz^a y Donald Goldstein^a

Traducción: **Dra. Carla C. Otero^b**

Publicado en *N Engl J Med* 2009;360:1639-1645.

El siguiente artículo comienza con un caso clínico. Se presenta la evidencia que sustenta el manejo y las estrategias, seguida de una revisión de las guías. Este artículo finaliza con recomendaciones clínicas de los autores.

Caso clínico

Embarazada de 37 años, cursando la 10 semana de gestación, que consulta por sangrado vaginal. El examen físico demuestra altura uterina correspondiente a la edad gestacional con niveles de sub-beta HCG de 22.000 mIU/ml. Por ecografía no se comprueban latidos fetales. Luego de recibir un diagnóstico de aborto incompleto, la paciente es sometida a una evacuación uterina; el examen anatomopatológico indica mola completa. ¿Cómo debe ser manejado este caso?

El problema clínico

El embarazo molar comprende dos entidades distintas, mola parcial y mola completa, que pueden ser diferenciadas por la morfología y el examen histopatológico de acuerdo al patrón cromosómico. La **mola completa** no presenta tejido embrionario o fetal. Clásicamente la vellosidades coriales presentan hiperplasia trofoblástica difusa y marcada atipía del trofoblasto del sitio de implantación. La mola completa usualmente tiene cariotipo 46 XX, y los cromosomas molares son de origen paterno completamente. La mayoría de las molas completas son homocigotas y derivan de un ovocito anucleado, fertilizado por espermatozoides haploide (23X) que se replica dentro del ovocito. A pesar que las molas completas tienen un origen paterno, el ADN mitocondrial es de origen materno.

En oposición a la mola completa, la **mola parcial** se caracteriza por vellosidades coriales que varían de tamaño, con hiperplasia trofoblástica focal, atipía focal del trofoblasto del sitio de implantación, prominentes inclusiones estromales trofoblásticas y tejido fetal o embrionario. La mola parcial usualmente tiene cariotipo triploide que deriva de la fertilización de un aparente óvulo normal por dos espermatozoides. Cuando se identifica un feto en la mola parcial, éste usualmente tiene anomalías congénitas asociadas a triploidias como sindactilia, labio leporino o paladar hendido.

Las molas completas generalmente se diagnostican en el segundo trimestre, y algunos signos y síntomas son comunes al momento de la presentación, incluyendo altura uterina mayor a la correspondiente por amenorrea, anemia, toxemia, hiperemesis, hipertiroidismo y falla respiratoria. No obstante, la presentación clínica y las características patológicas de una mola completa han cambiado en las últimas dos décadas. En una serie de casos de embarazadas entre 1965 y 1975 del *New England Trophoblastic Disease Center* la edad promedio de diagnóstico fue de 16,5 semanas, la frecuencia de altura uterina aumentada para la edad gestacional fue de 51%, anemia 54%, toxemia 27%, hiperemesis 26%, hipertiroidismo 7% y falla respiratoria del 2%.

Con la disponibilidad de test sensibles para la detección de **sub-beta HCG** y el uso de la ecografía precoz, el diagnóstico ahora es usualmente realizado en el primer trimestre, antes del desarrollo de los signos y síntomas. Por ejemplo, en una serie de casos diagnosticados entre 1988 y 1993, la edad gestacional al diagnóstico fue de 11,8 semanas, la altura uterina mayor que la esperada por la amenorrea, anemia, toxemia e hiperemesis se detectaron solo en un 28%, 5%, 1% y 8% de las embarazadas respectivamente, y no se detectó hipertiroidismo o falla respiratoria. La incidencia de sangrado vaginal como síntoma de presentación también disminuyó de un 97% a un 84% en la última serie de casos.

a.Division of Gynecologic Oncology, Department Of Obstetrics and Gynecology, Brigham and Women's Hospital.

b.Médica, Jefe de Residentes de Tocoginecología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Las embarazadas con una mola parcial usualmente se presentan como síntomas de un aborto incompleto, incluyendo genitorragia, altura uterina menor o igual a la correspondiente por amenorrea, en oposición a las características de una mola completa. Los síntomas y la edad de diagnóstico de una mola parcial no han cambiado a través del tiempo.

Estrategias y evidencias

Diagnóstico

Ecografía

Debido a que la **mola completa** presenta vellosidades coriales hidrópicas, el hallazgo ultrasonográfico de un patrón vesicular es altamente sugestivo de dicho diagnóstico. Comparado con las molas completas que se diagnostican más tardíamente, la mola completa diagnosticada en el primer trimestre presenta menor cavitación y vellosidades más pequeñas. A pesar de esto, la ecografía puede detectar la mayoría de estos casos. Los hallazgos ecográficos que no incluyen las características de un embarazo molar usualmente son presumidos como abortos incompletos (*Figura 1*). Un nivel de sub beta HCG elevado al momento de la ecografía ayuda a realizar el diagnóstico diferencial entre mola completa y aborto incompleto. Sin embargo, el diagnóstico definitivo requiere de la confirmación del análisis anatomopatológico.

El diagnóstico definitivo requiere de la confirmación del análisis anatomopatológico.

La **mola parcial** también se caracteriza por hallazgos ecográficos tales como imágenes quísticas focales en la placenta y una razón entre el diámetro transversal sobre el anteroposterior del saco gestacional mayor a 1,5; esto último se relaciona con triploidia (*Figura 2*). En un estudio donde se encontraron ambos hallazgos el valor predictivo positivo de mola parcial fue de 87%, aunque esto no ha sido validado.

Medición de sub beta HCG

Debido a que las células trofoblásticas (que producen HCG) presentan hiperplasia en un embarazo molar, la presencia de una mola completa se relaciona con altos valores de HCG. En cambio, la mola parcial presenta hiperplasia trofoblástica menos evidente; por lo tanto, se relacionan en menor medida con elevados niveles de HCG.

Desafíos en el diagnóstico anatomopatológico

La detección más temprana y la evacuación de las molas completas han hecho que el diagnóstico patológico sea imprescindible. La mola completa temprana presenta aspectos morfológicos tan sutiles que pueden llevar a que sean mal clasificados como mola parcial o abortos no molares.

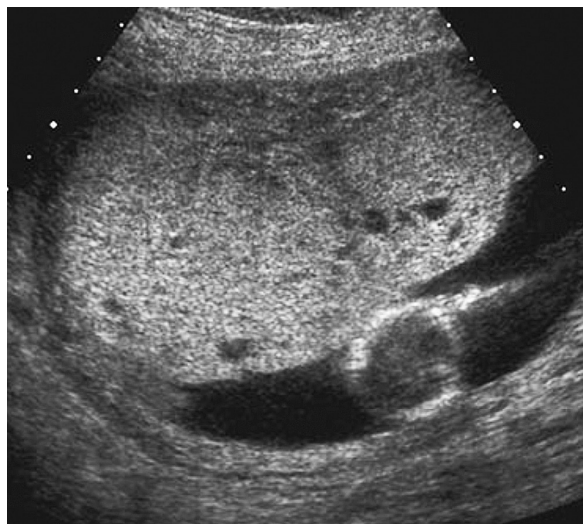
El adecuado diagnóstico anatomopatológico puede ser facilitado con citometría de flujo para

Figura 1. Ultrasonografía de una paciente con embarazo molar completo del primer trimestre



Se observan cambios vesiculares difusos y la ausencia de saco gestacional. (Cortesía de Carol B. Benson, M.D., Dept. of Radiology, Brigham and Women's Hospital, Boston).

Figura 2. Ultrasonografía de una paciente con embarazo molar parcial del primer trimestre



Se observan cambios vesiculares focales en la placenta y un feto con saco gestacional (abajo). (Cortesía de Carol B. Benson, M.D., Dept. of Radiology, Brigham and Women's Hospital, Boston).

determinar la ploidía y a través de biomarcadores maternos o paternos para la expresión de genes. Las mola completas y los abortos incompletos son generalmente diploides y las molas parciales son generalmente triploides. Debido a que las molas completas no presentan cromosomas maternos algunos genes producidos por estos mismos van a estar ausentes, como por ejemplo el p57 y PHLDA2. Por lo tanto una mola completa es diploide con p57 y PHLDA2 negativos, un aborto es diploide con p57 y PHLDA2 positivos y una mola parcial es triploide con p57 y PHLDA2 positivo.

Las embarazadas que reciben el diagnóstico de embarazo molar deben ser estudiadas para descartar complicaciones como la anemia, toxemia e hipertiroidismo.

de sangrado, infección y de tejido molar retenido comparado con ocitocina o prostaglandinas. Debido que el antígeno Rh se expresa en el trofoblasto, las embarazadas Rh negativas deben recibir la profilaxis con inmunoglobulinas al momento de la evacuación. Las embarazadas que tienen paridad completa o no desean tener más hijos pueden ser sometidas a histerectomía. A pesar que la histerectomía previene la evolución de la enfermedad local, no elimina la enfermedad sistémica metastásica.

Luego debe realizarse un cuidadoso monitoreo de los niveles de HCG para confirmar que no se haya desarrollado una enfermedad persistente.

Hallazgos histopatológicos y cromosómicos en mola completa y parcial

Características	Mola completa	Mola parcial
Cariotipo	Diploide 46(XX) usualmente 46 (XY)	Triploide
Expresión de genes maternos p57 y PHLDA2	Negativo	Positivo
Tejido fetal o embrionario	Ausente	Presente
Vellosidades coriales hidrópicas	Difusa	Focal
Hiperplasia trofoblástica	Difusa	Focal
Inclusiones estromales trofoblásticas	Ausente	Presente
Trofoblasto en el sitio de implantación	Atipía marcada	Atipía media

Conducta médica

Las embarazadas que reciben el diagnóstico de embarazo molar deben ser estudiadas para descartar complicaciones como la anemia, toxemia e hipertiroidismo.

Todas las embarazadas deben ser sometidas a un examen físico y estudios de laboratorio, incluyendo grupo y factor sanguíneo, hematocrito, evaluación de hormonas tiroideas, hepatograma y función renal.

Luego se debe evaluar el modo de evacuación uterina. El aspirado-legrado uterino es el método óptimo para la evacuación a pesar del tamaño uterino, en embarazadas que desean mantener su función reproductiva, ya que acarrea un muy bajo riesgo

Neoplasia persistente luego de un embarazo molar

La neoplasia trofoblástica gestacional metastásica o no metastásica puede desarrollarse de una mola parcial o completa. La **neoplasia no metastásica** se genera cuando el tejido molar o coriocarcinoma invade la pared uterina y no existe evidencia de enfermedad más allá del útero, mientras que la **enfermedad metastásica** se disemina más allá del mismo. En el 2002, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología estableció un nuevo criterio para el diagnóstico de neoplasia persistente luego de un embarazo molar. Este criterio incluye niveles de sub-beta HCG que no regresan a la normalidad luego de la evacuación, evidencia de metástasis, diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma; cualquiera de ellos establece el diagnóstico de enfermedad persistente.

La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional luego de una mola completa en los EE.UU. fue reportada del 18 al 29% y no fue afectada por el diagnóstico y tratamiento precoz. En nuestro centro, luego de la evacuación de una mola completa, la invasión local uterina fue diagnosticada en el 15% de las embarazadas y las metástasis fueron diagnosticadas en el 4%. La quimioterapia demostró ser altamente efectiva en el tratamiento de ambas enfermedades, metastásica o no metastásica, con una tasa de curación del 80 al 100% dependiendo de la extensión de la enfermedad.

Ciertas características clínicas son sugestivas de tumores luego de un embarazo molar. Dentro de 858 embarazadas con mola completa que fueron seguidas en nuestro centro, la presencia de tumor persistente luego de la evacuación fue significativamente mayor en aquellas embarazadas que

presentaban signos de marcada proliferación trofoblástica, niveles de HCG mayores a 100.000 mUI/ml, tamaño uterino mayor que el correspondiente a edad gestacional o quistes tecaluteínicos mayores a 6 cm de diámetro, que entre las embarazadas que no presentaban estos hallazgos clínicos. La tasa de invasión uterina posterior dentro de las embarazadas con signos de proliferación trofoblástica fue del 31%, comparado con un 3,4% entre las embarazadas sin estos signos y la tasa de metástasis fue del 8,8% comparado con un 0,6%. Por lo tanto, las embarazadas con mola completa que presentan marcada elevación de sub-beta HCG y tamaño uterino anormal antes de la evacuación son categorizadas como embarazadas de alto riesgo para neoplasia trofoblástica gestacional.

El riesgo reportado para el desarrollo de neoplasia trofoblástica gestacional luego de una mola parcial es del 0 al 11%. La neoplasia trofoblástica gestacional fue reportada en 73 de 7.155 embarazadas con mola parcial en 10 centros (1%) y 22 de 390 embarazadas en nuestro centro (5,6%); en nuestra serie de casos, los síntomas clínicos de presentación no se diferencian de embarazadas de alto riesgo para tumor persistente de aquellas que no presentan riesgo.

Monitoreo de HCG luego de la evacuación de la mola

Luego de la evacuación los niveles de sub-beta HCG seriados deben ser monitorizados en embarazadas con mola completa o parcial para facilitar el diagnóstico temprano de una neoplasia trofoblástica persistente. Para asegurar que las embarazadas tengan una remisión completa, los tests de HCG deben realizarse semanalmente hasta que los niveles de sub-beta HCG sean indetectables por tres semanas, luego mensualmente hasta ser negativos por 6 meses. Reportes de múltiples centros indican que una vez que los niveles son indetectables, la elevación recurrente de la HCG ocurre en menos de un 1% de los casos. El tiempo de recaída no fue específicamente indicado en la mayoría de las embarazadas. En una serie que involucra 4.754 embarazadas con mola, 27 de ellas (0,6%) recayeron luego de al menos un test negativo de sub-beta HCG. En 8 series clínicas desde 2004, solo 2 de más de 2.000 embarazadas con mola presentaron tumor persistente luego de una sub-beta HCG indetectable. Esto sugiere que se podría acortar el lapso de segui-

miento de los niveles de HCG luego de la evacuación sin mayor compromiso para la paciente.

Debido a que un nuevo embarazo puede comprometer el curso clínico del seguimiento de los niveles de sub-beta HCG, las embarazadas con mola deben ser aconsejadas sobre anticoncepción. El DIU no debe ser colocado antes de la remisión de la HCG por el riesgo de perforación si el tumor está presente. Se debe recomendar métodos de barrera o anticoncepción hormonal.

Aunque existe limitada información que sugiera el uso de anticoncepción hormonal antes de la remisión de gonadotropinas, pue-

de asociarse con un aumento 2 a 3 veces mayor de la frecuencia de tumor luego de un embarazo molar. Un estudio randomizado reciente no muestra riesgo de aumento de neoplasia trofoblástica luego de un embarazo molar. Además otros tipos de estudios observacionales no reportaron asociación significativa entre anticonceptivos hormonales y tumor persistente.

Embarazo futuro

Luego de un embarazo molar la paciente y su pareja se preocupan sobre el riesgo de un posible embarazo molar en el futuro. Serie de casos indican que la mayoría de las embarazadas con un embarazo molar que se embarazan posteriormente, pueden presentar embarazo molar, pero no existe un riesgo aumentado de otra enfermedad molar; el riesgo absoluto es del 1% luego de un único embarazo molar y del 15-18% luego de dos embarazos molares anteriores. Por este riesgo aumentado, es aconsejable realizar ecografía en el primer trimestre para confirmar un embarazo normal. Se considera adecuado que las embarazadas inicien la búsqueda de su embarazo luego que hayan completado los exámenes de sub-beta HCG.

Áreas de incertidumbre

El período de seguimiento luego de la evacuación de una mola es incierto.

El uso de quimioterapia profiláctica al momento de la evacuación también es incierto. En dos estudios realizados, la quimioterapia en embarazadas con alto riesgo de mola completa resultó en una reducción significativa en la incidencia de neoplasia molar persistente. El uso de quimioterapia está considerado en embarazadas con alto riesgo en las

Las embarazadas con mola completa que presentan marcada elevación de sub-beta HCG y tamaño uterino anormal antes de la evacuación son categorizadas como embarazadas de alto riesgo para neoplasia trofoblástica gestacional.

cuales el seguimiento con HCG no está disponible o por falta de adherencia de la paciente.

Guía

La ACOG recomienda testear HCG cada una o dos semanas luego de la evacuación uterina en toda paciente con niveles elevados, y luego mensualmente por 6 meses una vez que los niveles han sido indetectables.

La FIGO estableció la siguiente guía de diagnóstico de enfermedad persistente: 4 o más determinaciones de HCG que muestren una meseta en un período mayor a 3 semanas, un aumento de los niveles de HCG del 10% o más en tres o más determinaciones en por lo menos dos semanas, la presencia de coriocarcinoma al examen histopatológico y la persistencia de niveles de HCG luego de 6 meses de la evacuación.

Conclusiones y recomendaciones

La mujer descripta en la introducción presenta signos y síntomas de aborto incompleto. No presentó las características clásicas de enfermedad molar (útero de mayor tamaño que el correspondiente a la amenorrea, aumento marcada de sub-beta HCG ni características ecográficas de mola). Esta ausencia de hallazgos es común en la mayoría de las molas diagnosticadas en el primer trimestre. En casos en los que los hallazgos histopatológicos no son diagnósticos, el uso de la citometría de flujo para determinar ploidia y las determinaciones de productos génicos maternos pueden facilitar el diagnóstico. El aspirado-legrado es recomendado para la evacuación, luego se debe testear los niveles de sub-beta HCG en todas las embarazadas hasta que se negativicen, lo que es indicativo de remisión.

La ACOG recomienda tests de HCG hasta 6 meses después que los niveles de la hormona hayan sido indetectables, aunque el riesgo de recurrencia una vez que los niveles han sido negativos es del 1%; por lo tanto sería posible abreviar el período de seguimiento. Las mujeres deben tener anticoncepción durante todo el período de seguimiento de sub-beta HCG, mientras que es recomendado el uso de anticoncepción hormonal. Las embarazadas deben ser asesoradas de que a pesar que el riesgo de un futuro embarazo molar es ligeramente mayor luego de un solo antecedente de embarazo molar, en la mayoría de los casos el futuro embarazo será normal.

Bibliografía

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Chorionic tumors. *N Engl J Med* 1996;335:1740-8.
2. Szulman AE, Surti U. The syndromes of hydatidiform

- mole. II. Morphologic evolution of the complete and partial mole. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132:20-7.
3. Idem. The syndromes of hydatidiform mole. I. Cytogenetic and morphologic correlations. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:665-71.
4. Montes M, Roberts D, Berkowitz RS, Genest DR. Prevalence and significance of implantation site trophoblast atypia in hydatidiform moles and in spontaneous abortions. *Am J Clin Pathol* 1996;105:411-6.
5. Kajii T, Ohama K. Androgenetic origin of hydatidiform mole. *Nature* 1977;268:633-4.
6. Yamashita K, Wake N, Araki T, Ichinoe R, Makoto K. Human lymphocyte antigen expression in hydatidiform mole: androgenesis following fertilization by a haploid sperm. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:597-600.
7. Azuma C, Saji F, Tokugawa Y, et al. Application of gene amplification by polymerase chain reaction to genetic analysis of molar mitochondrial DNA: the detection of anuclear empty ovum as the cause of complete mole. *Gynecol Oncol* 1991;40:29-33.
8. The diagnosis and management of molar pregnancy. In: Goldstein DP, Berkowitz RS. *Gestational trophoblastic neoplasms: clinical principles of diagnosis and management*. Philadelphia: Saunders, 1982:143-75.
9. Berkowitz RS, Goldstein DP. Presentation and management of molar pregnancy. In: Hancock BW, Newlands ES, Berkowitz RS, eds. *Gestational trophoblastic disease*. London: Chapman & Hall, 1997:127-42.
10. Curry SL, Hammond CB, Tyrey L, Creasman WT, Parker RT. Hydatidiform mole: diagnosis, management and longterm follow-up of 347 patients. *Obstet Gynecol* 1975;45:1-8.
11. Kohorn EI. Molar pregnancy: presentation and diagnosis. *Clin Obstet Gynecol* 1984;27:181-91.
12. Soto-Wright V, Bernstein MR, Goldstein DP, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;86:775-9.
13. Felemban AA, Bakri YN, Alkharif HA, Altuwaijri SM, Shalhoub J, Berkowitz RS. Complete molar pregnancy: clinical trends at King Fahad Hospital, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. *J Reprod Med* 1998;43:11-3.
14. Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Natural history of partial molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66:677-81.
15. Czernobilsky B, Barash A, Lancet M. Partial moles: a clinicopathologic study of 25 cases. *Obstet Gynecol* 1982;59:75-7.
16. Szulman AE, Surti U. The clinicopathological profile of the partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1982;59:597-602.
17. Feltmate CM, Growdon WB, Wolfberg AJ, et al. Clinical characteristics of persistent gestational trophoblastic neoplasia after partial hydatidiform molar pregnancy. *J Reprod Med* 2006;51:902-6.
18. Mosher R, Goldstein DP, Berkowitz RS, Bernstein MR, Genest DR. Complete hydatidiform mole: comparison of clinicopathologic features, current and past. *J Reprod Med* 1998;43:21-7.
19. Benson CB, Genest DR, Bernstein MR, Soto-Wright V, Goldstein DP, Berkowitz RS. Sonographic appearance of first trimester complete hydatidiform moles. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:188-91.
20. Romero R, Horgan JG, Kohorn EI, Kadar N, Taylor KJW, Hobbins JC. New criteria for the diagnosis of gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 1985;66:553-8.

21. Fine C, Bundy AL, Berkowitz RS, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1989;73:414-8.
22. Naumoff P, Szulman AE, Weinstein B, Mazer J, Surti U. Ultrasonography of partial hydatidiform mole. *Radiology* 1981;140:467-70.
23. Menczer J, Modan M, Serr DM. Prospective follow-up of patients with hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1980;55:346-9.
24. Genest DR, Laborde O, Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR, Lage J. A clinicopathologic study of 153 cases of complete hydatidiform mole (1980-1990): histologic grade lacks prognostic significance. *Obstet Gynecol* 1991;78:402-9.
25. Sebire NJ, Fisher RA, Rees HC. Histopathological diagnosis of partial and complete hydatidiform mole in the first trimester of pregnancy. *Pediatr Dev Pathol* 2003;6:69-77.
26. Fukunaga M. Immunohistochemical characterization of p57 (KIP2) expression in early hydatidiform moles. *Hum Pathol* 2002;33:1188-92.
27. Genest DR, Dorfman DM, Castrillon DH. Ploidy and imprinting in hydatidiform moles: complementary use of flow cytometry and immunohistochemistry of the imprinted gene product p57KIP2 to assist molar classification. *J Reprod Med* 2002;47:342-6.
28. Thaker HM, Berlin A, Tycko B, et al. Immunohistochemistry for the imprinted gene product IPL/PHLDA2 for facilitating the differential diagnosis of complete hydatidiform mole. *J Reprod Med* 2004;49:630-6.
29. Tidy JA. Current management of molar pregnancy. *J Reprod Med* 2002;47:347-54.
30. Berkowitz RS, Goldstein DP, Bernstein MR. Evolving concepts of molar pregnancy. *J Reprod Med* 1991;36:40-4.
31. Kohorn EI. Negotiating a staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic neoplasia: a progress report. *J Reprod Med* 2002;47:445-50.
32. Idem. Hydatidiform mole and gestational trophoblastic disease in Southern Connecticut. *Obstet Gynecol* 1982;59:78-84.
33. Lurain JR, Brewer JJ, Torok EE, Halpern B. Natural history of hydatidiform mole after primary evacuation. *Am J Obstet Gynecol* 1983;145:591-5.
34. Morrow CP, Kletzky OA, DiSaia PJ, Townsend DE, Mishell DR, Nakamura RM. Clinical and laboratory correlates of molar pregnancy and trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1977;128:424-30.
35. Paradinas FJ, Browne P, Fisher RA, Foskett M, Bagshawe KD, Newlands E. A clinical, histopathologic and flow cytometric study of 149 complete moles, 146 partial moles and 107 non-molar hydropic abortions. *Histopathology* 1996;28:101-10.
36. Morrow CP. Postmolar trophoblastic disease: diagnosis, management, and prognosis. *Clin Obstet Gynecol* 1984;27:211-20.
37. Hancock BW, Nazir K, Everard JE. Persistent gestational trophoblastic neoplasia after partial hydatidiform mole: incidence and outcome. *J Reprod Med* 2006;51:764-6.
38. Feltmate CM, Batorfi J, Fulop V, Goldstein DP, Doszpod J, Berkowitz RS. Human chorionic gonadotropin follow-up in patients with molar pregnancy: a time for reevaluation. *Obstet Gynecol* 2003;101:732-6.
39. Kerkmeijer LGW, Wielsma S, Massuger LFAG, Sweep FCGJ, Thomas CMG. Recurrent gestational trophoblastic disease after hCG normalization following hydatidiform mole in The Netherlands. *Gynecol Oncol* 2007;106:142-6.
40. Kerkmeijer L, Wielsma S, Bekkers R, Pyman J, Tan J, Quinn M. Guidelines following hydatidiform mole: a reappraisal. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46:112-8.
41. Pisal N, Tidy J, Hancock B. Gestational trophoblastic disease: is intensive follow up essential in all women? *BJOG* 2004;111:1449-51.
42. Wielsma S, Kerkmeijer L, Bekkers R, Pyman J, Tan J, Quinn M. Persistent trophoblastic disease following partial molar pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46:119-23.
43. Batorfi J, Vegh G, Szepesi J, Szigetvari I, Doszpod J, Fulop V. How long should patients be followed after molar pregnancy? Analysis of serum hCG follow-up data. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;112:95-7.
44. Wolfberg AJ, Feltmate C, Goldstein DP, Berkowitz RS, Lieberman E. Low risk of relapse after achieving undetectable hCG levels in women with complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004;104:551-4.
45. Wolfberg AJ, Growdon WB, Feltmate CM, et al. Low risk of relapse after achieving undetectable hCG levels in women with partial molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006;108:393-6.
46. Lavie I, Rao GG, Castrillon DH, Miller DS, Schorge JO. Duration of human chorionic gonadotropin surveillance for partial hydatidiform moles. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1362-4.
47. Bagshawe KD, Dent J, Webb J. Hydatidiform mole in England and Wales 1973-1983. *Lancet* 1986;2:673-7.
48. Stone M, Bagshawe KD. An analysis of the influences of maternal age, gestational age, contraceptive method, and the mode of primary treatment of patients with hydatidiform moles on the incidence of subsequent chemotherapy. *Br J Obstet Gynaecol* 1979;86:782-92.
49. Curry SL, Schlareth JB, Kohorn EI, et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group study). *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:805-11.
50. Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR, Bernstein M. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 1981;58:474-7.
51. Costa HLFF, Doyle P. Influence of oral contraceptives in the development of postmolar trophoblastic neoplasia—a systematic review. *Gynecol Oncol* 2006;100:579-85.
52. Wenzel L, Berkowitz R, Robinson S, Bernstein MR, Goldstein D. The psychological, social, and sexual consequences of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol* 1992;46:74-81.
53. Garrett LA, Garner EI, Feltmate CM, Goldstein DP, Berkowitz RS. Subsequent pregnancy outcomes in patients with molar pregnancy and persistent gestational trophoblastic neoplasia. *J Reprod Med* 2008;53:481-6.
54. Kim DS, Moon H, Kim KT, Moon YJ, Hwang YY. Effects of prophylactic chemotherapy for persistent trophoblastic disease mole. *Obstet Gynecol* 1986;67:690-4.
55. Limpongsanurak S. Prophylactic actinomycin D for high-risk complete hydatidiform mole. *J Reprod Med* 2001;46:110-6.
56. Soper JT, Mutch DG, Schink JC. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53. *Gynecol Oncol* 2004;93:575-85.

ENFERMEDAD PERIODONTAL MATERNA Y RIESGO DE PARTO PREMATURO: UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Dr. Carlos Grandi^a, Mariano Trungadi^b y Javier Meritano^c

Resumen

Introducción: La enfermedad periodontal (EPO) en mujeres en edad fértil puede inducir respuestas inflamatorias sistémicas que aumentan el riesgo de parto prematuro (PP). El objetivo de este estudio es establecer si la EPO es un factor de riesgo para el PP y evaluar su asociación con la edad gestacional.

Población, material y métodos: Diseño caso control; cincuenta y tres puérperas de embarazo unígeto de la Maternidad Sardá de Buenos Aires menor a 37 semanas de gestación (casos, prematuros) y 79 de término (≥ 37 semanas, controles) fueron comparadas entre abril de 2007 y mayo de 2008. Dentro de las 72 horas posparto se evaluaron parámetros clínicos periodontales de toda la dentición.

Resultados: La prevalencia de la EPO fue 41% (54/132). Los casos mostraron una proporción significativamente mayor de sangrado (86,7% vs. 68%, $P=0,026$) y una mayor profundidad máxima de la bolsa periodontal al sondaje ($3,9 \pm 1,6$ vs. $3,2 \pm 1$ mm, $P=0,043$). No se detectaron diferencias en el antecedente de EPO, pérdida de la inserción y porcentaje de cuadrantes afectados por EPO. El análisis de regresión logística reveló que el PP se asoció fuertemente con el índice de sangrado (odds ratio ajustado 4,19; IC 95%: 1,28-13,7, $p=0,018$) y la profundidad de la bolsa periodontal (5,14; IC 95%: 1,5-17,6, $p=0,009$). Se observó una tendencia creciente del riesgo de PP asociado a EPO a medida que disminuía la edad gestacional. El riesgo atribuible de la población fue del 16%.

Conclusiones: El índice de sangrado y la profundidad de la bolsa periodontal fueron significativos factores de riesgo

para el PP en mujeres gestantes, y el riesgo aumentó con el incremento de la prematuridad.

Palabras clave: enfermedad periodontal, parto prematuro, embarazo, factor de riesgo.

Summary

Objective: Periodontal disease, as a source of subclinical and persistent infection, may induce systemic inflammatory responses that increase the risk of preterm birth. The goal of this study was to establish whether or not periodontal disease is a risk factor for preterm birth and to evaluate the potential for an association with gestational age.

Method: This is a case-control study; fifty-three post partum women with singleton gestation giving birth before the 37th week (cases) and seventy-nine term deliveries (controls) were compared. Clinical periodontal parameters on a full mouth basis were determined within 72 hours after delivery.

Results: Prevalence of periodontal disease was 41% (54/132). Cases showed a significantly higher proportion of bleeding (86.7% vs. 68, $P=0.026$) and a greater maximum periodontal pocket depth on probing (3.9 ± 1.6 vs. 3.2 ± 1 mm, $P=0.043$). No differences in previous periodontal disease, attachment loss, and the percentage of periodontal disease were detected between study groups. Logistic regression revealed that preterm birth was associated with the bleeding index (adjusted odds ratio 4.19; 95% CI: 1.28-13.69, $P=0.018$) and the periodontal pocket depth (5.14; 95% CI: 1.50-17.6, $P=0.009$). A trend towards less risk of preterm birth associated with periodontal disease as gestational age increased was observed. In addition, the population attributable risk was 16%, and higher with decreasing gestational age.

Conclusions: In this population only bleeding index and periodontal pocket depth are risk factors for preterm birth in pregnant women, and the risk rose with the increase in prematurity.

Key words: periodontal disease, premature birth, pregnancy, risk factors.

a. Investigador Independiente, Consejo de Investigación en Salud, Maternidad Sardá, Buenos Aires.

b. Odontólogo, Maternidad Sardá, Buenos Aires.

c. Médico Neonatólogo, Maternidad Sardá, Buenos Aires.

Correo electrónico: cgrandi@intramed.net

Financiamiento: este estudio fue subvencionado por una Beca de Investigación de la SACyT, Ministerio de Salud y Medio Ambiente, República Argentina, 2007

Introducción

Tanto en los países desarrollados así como en vías de desarrollo el parto prematuro (PP) es actualmente uno de los mayores desafíos de la salud pública, asociándose entre el 40 y el 60% de todas las muertes perinatales, y a más del 50% de todas las secuelas neurológicas alejadas.^{1,3}

A pesar de los adelantos logrados en el cuidado obstétrico, especialmente en los países desarrollados, las tasas de parto prematuro no han descendido durante los últimos 40 años y han mostrado, de hecho, un ligero incremento en la mayoría de los países.⁴

La incidencia del PP oscila en el 11% en los Estados Unidos y entre 5 y 7% en Europa.⁴ En la Argentina no existen cifras precisas, pero datos locales, como los de la Maternidad Sardá, representativos de dos tercios de la población de Buenos Aires y de los cordones del conurbano, todos de bajo nivel socioeconómico, arrojan una tasa de prematuridad del 9%.⁵

Existen evidencias crecientes que apoyan la etiología multifactorial del parto prematuro,^{6,7} y las estrategias empleadas no deberían focalizarse solamente en la prevención del inicio del parto prematuro o en inhibirlo una vez iniciado, sino además detectar los factores de riesgo asociados a los diferentes subgrupos de parto prematuro, por ejemplo, debido a la ruptura prematura de las membranas, interrupción del embarazo por razones médicas (inducido) o de etiología desconocida (idiopático).⁸

El rol etiológico de las infecciones maternas en el parto prematuro, ya sea del tracto genitourinario o de otro sitio, es motivo de controversias, pero puede ser una consecuencia indirecta de la producción de elevados niveles de mediadores inflamatorios (como citoquinas, principalmente interleukina 1 beta e interleukina 6, prostaglandina E2 y factor de necrosis tumoral alfa) que acortan la gestación.^{9,10}

La hipótesis de que una infección alejada de la unidad feto placentaria puede influir el parto prematuro ha llevado a un acrecentado conocimiento del potencial rol de infecciones bacterianas crónicas localizadas en cualquier parte del cuerpo. La enfermedad periodontal (EPO) es una de las enfermedades crónicas de origen infeccioso más conocidas en humanos, con una prevalencia que varía entre 10 y 60% en adultos, dependiendo del criterio diagnóstico.¹¹ Es causada principalmente por bacterias Gram negativas, anaerobios y microaerófilos que colonizan el área subgingival y producen significativas cantidades de citoquinas proinflamatorias que pueden ejercer efectos sistémicos en el huésped.

De este modo, la EPO podría tener el potencial de provocar el parto prematuro a través de un mecanismo indirecto que incluyen mediadores

inflamatorios o a través de una colonización bacteriana directa del amnios.^{12,13} A la fecha, solamente un estudio sobre este tema se ha desarrollado en mujeres embarazadas de Argentina.¹⁴

El objetivo del presente estudio es establecer si la enfermedad periodontal se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro en una población atendida en la maternidad pública más grande de Buenos Aires y evaluar su asociación con la edad gestacional.

Población, Material y Métodos

Entre mayo de 2007 y abril de 2008, mujeres portadoras de embarazo único fueron seleccionadas en la sala de partos o dentro de los tres días del puerperio en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires (HMIRS) y enroladas en un estudio caso-control después de firmar el consentimiento informado.

El HMIRS es un nosocomio de nivel terciario asociado a la facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y atiende una extensa población de bajo nivel socioeconómico.

El libro de partos fue examinado diariamente por uno de los miembros del equipo de investigación para identificar los casos, definidos como aquellas madres que hubieran dado a luz un recién nacido (RN) vivo antes de completar la 37ª semana de gestación (prematuro), y el siguiente RN entre la 37ª y 41ª semanas (término, control). La edad gestacional, en semanas completas, fue estimada desde el primer día de la última menstruación y usualmente confirmada por ultrasonografía al comienzo del segundo trimestre.

Los criterios de exclusión fueron el embarazo gemelar, anomalías congénitas y aquellas madres que habían recibido tratamiento antibiótico hasta siete días antes del parto.

Un neonatólogo administró a las madres un cuestionario estructurado antes del examen dental para pesquisar factores de riesgo asociados al parto prematuro y la enfermedad periodontal.¹⁵

Se revisaron las historias clínicas maternas para registrar la historia obstétrica y datos clínicos de cada madre. Además se verificaron los detalles del cuestionario administrado usando la historia clínica, que incluían infecciones pasadas, medicación recibida, control prenatal y consumo de tabaco y alcohol.

Las siguientes variables maternas fueron incluidas: edad, educación, paridad, antecedentes de feto muerto, RN de bajo peso (<2.500 g) y prematuro, y enfermedad periodontal previa (periodontitis crónica: progresión de la enfermedad en el tiempo sin tratamiento).¹⁶

En el presente embarazo las variables fueron: control prenatal, ganancia de peso gestacional, ta-

baquismo, anemia, diabetes, hipertensión arterial, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de las membranas y endometritis.

Las siguientes características neonatales fueron registradas: sexo, edad gestacional (EG, semanas), peso al nacer (PN), pequeño para la edad gestacional (PEG, PN < percentilo 10 del estándar local),¹⁷ puntaje de Apgar al 5º minuto e internación en la Unidad de Cuidado Intensivo).

El mismo odontólogo (MP), previamente entrenado y calibrado antes del comienzo del estudio, realizó todos los exámenes periodontales en su consultorio de la maternidad dentro de los tres días postparto y desconociendo el estado de caso o control. Ninguna mujer fue excluida debido a insuficiente número de piezas dentarias (menos de 20). Se utilizó una sonda descartable para cada paciente (Hu-friedy PCP-UNC15, Chicago, IL, USA).

Las mediciones clínicas de los parámetros periodontales incluyeron el nivel de inflamación de los tejidos periodontales (empleando el índice de sangrado entre 0-3), máxima profundidad de la bolsa periodontal (PBP, mm) y severidad (estimando clínicamente la pérdida de inserción, PIC, mm), registrando el promedio de seis sitios de cada pieza dental.¹² Finalmente, la EPO actual se definió de acuerdo con la Clasificación de Enfermedad Periodontal de la Academia Americana de Periodontología,¹⁶ considerando la presencia de periodontitis crónica localizada o generalizada (PIC > 1 mm y > 30% de sitios afectados).

Estos criterios se adoptaron primero por la experiencia de su empleo a diario en la clínica odontológica de la Maternidad; en segundo lugar, debido a que no existen criterios universalmente adoptados como estándar para el diagnóstico de enfermedad periodontal y, por último, para evitar errores en pacientes que positivamente eran portadores de EPO.¹⁰

La principal medida de resultado fue el parto prematuro, definido por la OMS como aquel que ocurre entre la 20ª y 36ª semanas o antes de los 259 días, contados a partir del último período menstrual.¹

Asumiendo una prevalencia de EPO del 20% en madres entre 16 y 44 años calculamos que, con una muestra de 120 mujeres puérperas (62 por grupo) y con una relación caso: control de 1:1, existiría una probabilidad del 80% de observarse una diferencia significativa entre los dos grupos con un error tipo I de 0.05, en una prueba de una cola, si el riesgo de parto prematuro fuera más del doble en presencia de indicadores clínicos de enfermedad periodontal.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Maternidad Sardá.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana o proporciones); para comparar medias y proporciones se emplearon el test t de Student y la prueba de chi cuadrado, respectivamente. El riesgo a través de las categorías del parto prematuro se examinó mediante el test de chi cuadrado para tendencia lineal.

El riesgo bivariado entre parámetros clínicos de enfermedad periodontal maternos (factores de riesgo) y el parto prematuro (desenlace) se calculó mediante el odds ratio crudo (OR) y su correspondiente intervalo de confianza (IC) al 95%. Finalmente, una aproximación al riesgo atribuible poblacional (RAP), o sea la proporción de todos los casos de un daño a la salud que ocurren en una población determinada y que pueden atribuirse a la exposición al factor de riesgo, se calculó de acuerdo a Benichou.¹⁸

El riesgo de parto prematuro asociado a parámetros clínicos de enfermedad periodontal maternos, ajustado para reconocidos factores “confusores” (EPO previa, edad materna, educación materna, controles prenatales e hipertensión arterial), se estimó mediante modelos de regresión logística múltiple (OR ajustado [ORa] con su IC 95%).

Para la modelización, la profundidad de la bolsa periodontal y la pérdida de la inserción se dicotomizó (≥ 1 mm= Sí). La bondad del ajuste se estimó mediante el Likelihood Test.

Todos los análisis se realizaron utilizando los programas Statistica 6.0 (Statsoft, Tulsa, OK) y Epidat 2.0 (PAHO/WHO y Xunta de Galicia). El nivel de significación se fijó en $p < 0.05$ (una cola).

Resultados

Para el estudio se reclutaron 53 casos y 79 controles (relación 1:1.5). Las características maternas y obstétricas se muestran en la *Tabla 1*.

La mayoría de las madres tenían entre 20 y 34 años de edad (65,1%), siendo los casos ligeramente mayores que los controles, primíparas y sin educación terciaria. Como era de esperar, en las madres de los casos se observó una mayor proporción de reconocidos factores de riesgo para parto prematuro, como son el antecedente de feto muerto, bajo peso (< 2.500 g) y prematuro y un menor porcentaje de visitas prenatales y ganancia de peso gestacional.

Las patologías más fuertemente asociadas con el parto prematuro fueron la hipertensión gestacional, restricción del crecimiento fetal y ruptura prematura de las membranas, todas mostrando diferencias estadísticamente significativas en comparación con las madres del grupo control.

Los recién nacidos (RN) prematuros, en comparación con los de término, mostraron menor edad gestacional, peso de nacimiento, sexo masculino y puntaje de Apgar a los 5 minutos, pero mayor proporción de pequeños para la edad gestacional e ingresos a las Unidades Cuidado Intensivo ($p < 0.001$, datos no presentados).

Globalmente la prevalencia de enfermedad periodontal fue frecuente: en esta muestra ascendió a 41% (54/132), 47,1% en pretérminos (IC 95% 34,4 a 60,3) y 36,7% en embarazadas de término (IC 95% 27 a 47). No se observaron evidencias de asociación entre la EPO previa y los grupos de estudio. Los casos presentaron una significativa mayor proporción de sangrado (1-3) y máxima profundidad de la bolsa periodontal, lo que sugiere mayor grado de inflamación de los tejidos periodontales.

Cuando se investigaron evidencias de EPO severa, comparando los grupos de estudio para proporción de PBP ≥ 4 mm y PIC ≥ 3 , no se hallaron diferencias significativas (PBP ≥ 4 : 26,4% vs. 27,8%, $p = 0,985$; PIC ≥ 3 : 24,5% vs. 11,3%, $p = 0,087$, para embarazos de pretérmino y término respectivamente).

Aunque estadísticamente no significativos, otros indicadores como la media de la pérdida de la inserción así como la proporción de EPO fue mayor en los casos que en los controles (Tabla 2).

Para una mujer, el riesgo crudo de parto prematuro asociado a enfermedad periodontal fue de 1,50 (IC 95% 0,75-2,99, $p = 0,264$). En comparación con los embarazos a término, se observó un riesgo creciente de parto prematuro a medida que disminuía la edad gestacional (≤ 32 semanas, OR 2,90 (IC 95% CI 1,26-6,64); 33-34 semanas, OR= 1,46 (0,44-4,81)

Tabla 1. Características maternas y obstétricas

	Término n= 79	Pretérmino n= 53	p
Características maternas:			
Edad materna (años) ^a	25,3 $\pm$ 6,8	27,3 $\pm$ 7,5	0,428 ^b
≤ 19 (n, %)	17 (21,5)	8 (15)	0,486 ^c
≥ 35 (n, %)	10 (12,6)	11 (20)	0,315 ^c
Educación materna (años) ^a	9,8 $\pm$ 2,8	9,3 $\pm$ 3,6	0,338 ^b
Gestas previas, n ^a	0,6 $\pm$ 0,5	0,7 $\pm$ 0,4	0,197 ^b
Antec. fetos muertos, n (%)	10 (12,6)	8 (15)	0,887 ^c
Antec. bajo peso, n (%)	2 (2,5)	6 (11,3)	0,019 ^c
Antec. pretérminos, n (%)	3 (3,8)	7 (13,2)	0,023 ^c
Embarazo actual:			
EG al 1er control (semanas) ^a	15 $\pm$ 6	16 $\pm$ 4	0,140 ^b
Nº controles prenatales (n) ^a	6,5 $\pm$ 2,4	5 $\pm$ 1,8	< 0,001 ^b
Ganancia peso gestacional (kg) ^a	12,5 $\pm$ 5	8,3 $\pm$ 4	< 0,001 ^b
Tabaquismo, n (%)	1 (1,2)	2 (3,7)	0,724 ^c
Anemia, n (%)	16 (20)	10 (19)	0,978 ^c
Diabetes, n (%)	1 (1,2)	1 (1,9)	0,659 ^c
Hipertensión, n (%)	4 (5,0)	10 (18,8)	0,025 ^c
RCF, n (%)	1 (1,2)	8 (15)	0,006 ^c
ROP, n (%)	1 (1,2)	12 (22,6)	<0,001 ^c
Endometritis, n (%)	1 (1,2)	1 (1,9)	0,659 ^c

a. Media $\pm$ DS. Para diferencias entre grupos: b. Test t de Student. c. Test Chi cuadrado.

EG, edad gestacional; RCF, restricción crecimiento fetal; ROP, ruptura prematura de las membranas.

Tabla 2. Características periodontales

	Término n= 79	Pretérmino n= 53	p
EPO previa, n (%)	22 (27,8)	13 (24)	0,824 ^b
Índice sangrado (1- 3) n (%)	54 (68)	46 (86,7)	0,026 ^b
Máxima PBP (mm) ^a	3,2 $\pm$ 1	3,9 $\pm$ 1,6	0,043 ^c
PIC (median, mm)	2,1 $\pm$ 0,8	2,3 $\pm$ 1,1	0,475 ^c
EPO actual n (%)	29 (36,7)	25 (47)	0,308 ^b

a. Media $\pm$ DS. Para diferencias entre grupos: b. Test Chi cuadrado. c. Test t de Student.

EPO, enfermedad periodontal; PBP, profundidad de la bolsa periodontal; PIC, pérdida de inserción clínica.

y 35-36 semanas, OR= 0,24 (0,02-2,06), aunque la tendencia no fue estadísticamente significativa (Chi cuadrado para tendencias, $p=0,202$) (Figura 1).

Además, el riesgo atribuible poblacional fue mayor a menor edad gestacional, 41% antes de la 33ª semana, 14,7% a las 33ª-34ª semanas y 25% entre la 35ª y 36ª semanas.

En la Tabla 3 se presentan el OR crudo, OR ajustado y el riesgo atribuible poblacional de parto prematuro asociado con indicadores clínicos de enfermedad periodontal maternas. En el análisis bivariado, las madres que presentaron una profundidad de bolsa periodontal ≥ 1 mm y un índice de sangrado ≥ 1 se asoció con más del doble de riesgo de parto prematuro, todas estadísticamente significativas. No se halló ninguna relación entre las otras variables analizadas (pérdida de la inserción y EPO) y el parto prematuro.

Controlando los efectos de aquellas variables consideradas a priori como potenciales confusores (EPO previa, edad materna, educación materna, visitas prenatales e hipertensión gestacional), mostró

la persistencia de la asociación significativa hallada en el análisis bivariado; más aun, se observó un aumento del riesgo. La inclusión en el modelo de regresión logística del antecedente de bajo peso y/o prematuro anterior no modificó los parámetros. El modelo logístico mostró un satisfactorio ajuste (Likelihood test= 37,87; $p < 0,001$).

En el presente estudio el riesgo atribuible de finalizar un embarazo antes de la 37ª semana (prematurez), calculado mediante varios criterios clínicos de EPO materna, fue elevado (mayor de 10%), probablemente atribuible a la elevada prevalencia de estos factores (Tabla 2).

Discusión

En el presente estudio respondemos parcialmente a la pregunta si una embarazada portadora de enfermedad periodontal está expuesta a mayor riesgo de parto prematuro. El aumento significativo del riesgo se observó solamente en los porcentajes de sangrado y la profundidad máxima de la bolsa periodontal. Es de destacar que en la mayoría de

Figura 1: Riesgo crudo para parto prematuro asociado a enfermedad periodontal según la edad gestacional

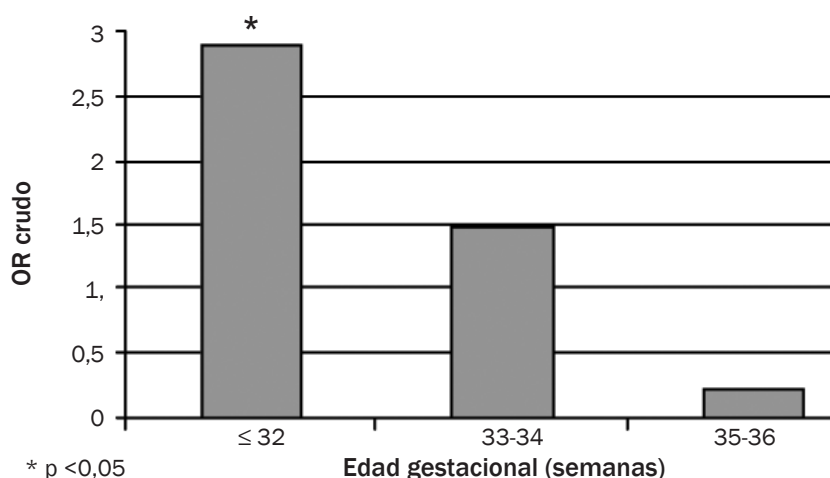


Tabla 3. Riesgo crudo (OR) y ajustado (ORa) de parto prematuro y Riesgo atribuible poblacional (RAP) asociado con indicadores clínicos de enfermedad periodontal materna

	OR (IC 95%)	ORa (IC 95%) ^a	RAP (%)	p ^b
EPO (presente)	1,53 (0,75-3,12)	1,60 (0,92-2,27)	16,7	0,171
Índice sangrado ^c	3,04 (1,22-7,50)	4,19 (1,28-13,69)	58	0,018
PBP ^d	2,69 (1,31-5,52)	5,14 (1,50-17,6)	39	0,009
Pérdida inserción ^d	1,83 (0,90-3,70)	1,97 (0,55-7,10)	24	0,296

a. Ajustado para EPO previa, edad materna, educación materna, controles prenatales e hipertensión arterial.

b. Para Odds Ratios (OR) ajustados.

c. ≥ 1 = Sí. d. ≥ 1 mm = Sí.

EPO, enfermedad periodontal; RAP, Riesgo atribuible poblacional; PBP, profundidad de la bolsa periodontal.

los estudios publicados que examinan la asociación entre EPO y parto prematuro/bajo peso, solamente aquellos que emplearon la profundidad de la bolsa periodontal como definición de exposición alcanzaron significación estadística.¹⁹

En un análisis estratificado no encontramos riesgo incrementado de parto prematuro asociado con aumento de la pérdida de la inserción o profundidad de la bolsa (datos no presentados).

Nuestros hallazgos de elevadas proporciones de edad materna avanzada, menor nivel de educación, hipertensión gestacional, restricción del crecimiento fetal y ruptura prematura de las membranas en el grupo prematuro está de acuerdo con otras comunicaciones. Efectivamente, todas estas variables son reconocidos factores de riesgo sociodemográficos y clínicos para parto prematuro.²⁰

La prevalencia del 41% de la EPO observada en mujeres gestantes está de acuerdo con previos hallazgos comunicados por varios autores.^{11,13,21,22}

De destacar es que el riesgo se incrementaba con mayor severidad de la prematurez; en otras palabras, la asociación de EPO con la edad gestacional fue más robusta a menor edad gestacional (*Figura 1*). Además, antes de la 33ª semana, el riesgo fue casi 3 veces mayor comparado con embarazos a término y estadísticamente significativo. Esto concuerda con dos estudios de diferentes poblaciones.^{23,24} El hecho de que la tendencia no alcanzara significación estadística puede atribuirse al pequeño tamaño muestral.

Ajustando para potenciales variables confusoras se demostró un independiente como elevado riesgo de parto prematuro asociado tanto al sangrado como con la profundidad de la bolsa periodontal. Esto puede ser más la resultante de una progresiva destrucción tisular durante la vida que un riesgo relacionado con mayor susceptibilidad periodontal durante el embarazo,²⁵ y también con el nivel socioeconómico, que históricamente ha sido relacionado con mayor riesgo de gingivitis y deficiente higiene bucal. Más aun, el embarazo incrementa la probabilidad del comienzo de una nueva enfermedad periodontal²¹ o, por otro lado, una EPO preexistente se puede “activar” durante el embarazo, hecho atribuible a un aumento de la concentración de progesterona en el tercer trimestre.¹⁴

Debido a que el riesgo atribuible poblacional es una función del OR y la prevalencia de la exposición de la población al factor de riesgo, factores de riesgo habituales presentan mayor RAP que aquellos menos frecuentes. En consecuencia y dado que la prevalencia de diversos indicadores clínicos de EPO materna y los OR eran relativamente elevados, el RAP era alto. Esto concuerda con otros

estudios,^{11,12,19} pero además implica que el 16% de los aproximadamente 70.000 partos prematuros que ocurren anualmente en Argentina podrían atribuirse a la enfermedad periodontal materna. Teóricamente, la eliminación de la infección periodontal en embarazadas (especialmente a comienzos del tercer trimestre) podría resultar en una reducción de aproximadamente 11.200 prematuros por año, con la concomitante disminución de los costos en cuidados intensivos.

Los estudios que intentaron vincular la EPO con resultados perinatales adversos comenzaron en 1996, cuando Offenbacher et al,¹² afirmaron haber observado una fuerte asociación entre los dos. Desde entonces, varios estudios y dos exhaustivas revisiones se han publicado sobre la relación entre la EPO y resultados perinatales adversos.^{11,26}

En la *Tabla 4* presentamos, con el propósito de comparación con nuestro estudio, solamente aquellos estudios caso-control que exploraron la relación entre la enfermedad periodontal como exposición y el parto prematuro como la medida de resultado principal. Solamente la mitad de los estudios^{12,23,28} en los cuales las variables de exposición eran periodontitis, índice de sangrado, profundidad de la bolsa periodontal y pérdida de la inserción clínica, y otros que utilizaron el parto prematuro de bajo peso como resultado, sugieren que la EPO es un factor de riesgo para parto prematuro (con OR ajustados entre 2,75 y 7,5, uno no informado). Por contrapartida, los restantes no hallaron una significativa asociación.^{14,22,27}

Estos hallazgos tienen varias implicancias. Primero, la debilidad de los estudios retrospectivos (sesgo de información). Segundo, las limitaciones metodológicas plantean serias dudas respecto a la validez como a las conclusiones. Se observó considerable variación en la calidad metodológica, donde virtualmente todos los estudios mostraron serios defectos, incluyendo tamaño muestral reducido, número limitado de análisis estadísticos, control inadecuado para potenciales confusores e inadecuada estimación de la edad gestacional y medición de la EPO. Finalmente, y a pesar de que algunos estudios ajustaron para importantes variables de confusión, es posible que persistiera algún grado de efecto confusor residual.

Una dificultad en el análisis combinado de estudios epidemiológicos es la diversidad de métodos empleados para medir la EPO y la falta de consenso en la definición y clasificación de la enfermedad periodontal. Estas diferencias metodológicas podrían explicar la falta de consistencia entre los estudios. Una medida robusta de la EPO debería emplear la profundidad de la bolsa y la pérdida de la inserción.²⁶

Este estudio muestra algunas fortalezas. El sesgo de observación es poco probable ya que solamente un experimentado odontólogo recolectó la información y se empleó un riguroso criterio de selección para casos y controles. Además, se emplearon varios indicadores de enfermedad periodontal.

Deben considerarse varias limitaciones. Primero no se alcanzó el tamaño muestral requerido para los casos debido a limitaciones en la internación de embarazos con amenaza del parto prematuro. Sin embargo, recalculando la potencia del análisis con el actual tamaño muestral arrojó 78%, una mínima diferencia con la originalmente planeada. Por consiguiente la posibilidad de que los resultados presentados se debieran al azar queda descartada.

Reconocemos que el presente estudio se limita al análisis de datos provenientes de una institución. Aunque las participantes desconocían la hipótesis a investigar, podría haberse presentado el sesgo de recordatorio ya que las mujeres cuyo embarazo finalizó en parto prematuro podrían recordar con más exactitud previas exposiciones en comparación con las del grupo control.^{29,30}

Por otro lado, cuando una enfermedad es frecuente como la EPO, y varios factores de riesgo para PP son bien conocidos, se torna dificultoso identificar uno nuevo.²⁹

Además, las mujeres que finalizan su embarazo precozmente muestran un elevado riesgo de malas condiciones odontológicas en comparación con las de término, lo que conduce a sangrado de las encías y bolsas más profundas a consecuencia de una transitoria gingivitis.²⁷

Este es el segundo estudio en embarazadas en la Argentina; en el primero se emplearon diferentes medidas de resultados de la EPO, pero el diseño fue similar.¹⁴

Sin embargo, no se halló una significativa asociación entre EPO y parto prematuro (OR Mantel-Haenzel estratificado 1,06, IC 95% 0,70-1,50).

Mientras es trascendente en el cuidado de la salud perinatal la promoción de una adecuada salud bucal, nuestros resultados sugieren un estímulo específico para mejorar la salud periodontal en mujeres embarazadas como medio de optimizar los resultados perinatales. No obstante, no queda claro si la enfermedad periodontal juega un rol causal en los resultados perinatales adversos.

Se requerirán más estudios longitudinales, epidemiológicos y con intervenciones (por ejemplo, con claras y consistentes definiciones de EPO y resultados perinatales adversos, suficientemente amplios tamaños muestrales y control para los principales confusores) para validar esta asociación y poder determinar si es causal.

Tabla 4. Enfermedad periodontal y parto prematuro: estudios caso-control

Estudio	Año	Tamaño muestral	Control de confusores	OR (IC 95%) o valor p	Conclusiones
Offenbacher et al. USA ¹²	1996	Casos: 93, Controles: 31	Sí	ORa = 7,5 (1,95-28,8)	EPO es factor de riesgo para PBP
Fraser et al. Canadá	Observ. no publicadas	Casos: 147, Controles: 303	Sí	ORa = 2,54 (0,65-9,89)	EPO no es factor riesgo significativo para PP
Hasegawa et al. USA ²³	2003	88	Sí	p ≤ 0,05	Factores de riesgo significativos para PP: PBP media, % PIC ≥ 3 mm
Goepfert et al. USA ²²	2004	Casos: 59, Controles: 44	Sí	ORa = 2,5 (0,9-7,4)	EPO severa no se asoció con PP espontáneo precoz
Moore et al. UK ²⁷	2005	Casos: 61, Controles: 93	No	p = 0,016	Ninguna asociación entre severidad de EPO y PP
Jarjoura et al. USA ²⁸	2005	Casos: 83, Controles: 120	Sí	ORa = 2,75 (1,01-7,54)	Periodontitis se asoció independientemente con PP precoz
Castaldi et al. Argentina ¹⁴	2006	Casos: 274, Controles: 753	Sí	ORa = 1,40 (0,90-2,17)	EPO severa no se asoció con PP
Grandi et al. Argentina	2008	Casos: 53, Controles: 79	Sí	ORa = 1,60 (0,92-2,27)	Factores de riesgo significativos para PP: Índice sangrado y PIC

EPO, enfermedad periodontal; PBP, prematuro de bajo peso; PP, parto prematuro; ORa, OR ajustado para potenciales confusores; PBP, profundidad de la bolsa periodontal; PIC, pérdida de inserción clínica.

Bibliografía

- World Health Organization. Report of a Scientific Group on Health Statistics Methodology Related to Perinatal Events. Editor: World Health Organization. Geneva, 1974; Document No. ICD/PE/74.4: pp.1-32.
- McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med* 1985;312:82-90.
- Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Argentina: Estadísticas Vitales. Información Básica - 2006. <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro50>. Access: 21/10/2008.
- Goldenberg R. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002;100:1020-1037.
- Lattera C, Luchtenberg G, Grandi C, Pensotti A. Estadísticas 2006 del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2007;26:182-187.
- Savitz D, Blackmore C, Thorp J. Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:467-471.
- Romero R, Sepulveda W, Baumann P. The preterm labour syndrome: biochemical, cytologic, immunologic, pathologic, microbiologic and clinical evidence that preterm labor is a heterogeneous disease. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:288 (Abstract).
- Meis P, Goldenberg R, Mercer B. The preterm prediction study: Risk factors for indicated preterm births. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:562-567.
- Brocklehurst P. Infection and preterm delivery. *Br Med J* 1999;318:548-549.
- López N, Smith P, Gutiérrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res* 2002;81:58-63.
- Xiong X, Buekens P, Fraser W, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG* 2006;113:135-143.
- Offenbacher S, Katz V, Fertik G, et al. Periodontal Infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67:1103-1113.
- Davenport E, Williams C, Sterne J, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis M. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. *J Dent Res* 2002;81:313-318.
- Castaldi J, Bertin M, Jiménez F, Lede R. Periodontal disease: Is it a risk factor for premature labor, low birth weight or preeclampsia? *Rev Panam Salud Publica* 2006;19:253-258.
- Williams C, Davenport E, Sterne J, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis M. Mechanism of risk in preterm low birthweight infants. *Periodontol* 2000;23:142-150.
- Wiebe C, Putnins E. The Periodontal Disease Classification System of the American Academy of Periodontology-An Update. *Can Dent Assoc* 2000;66:594-597.
- San Pedro M, Grandi C, Largaña M, Solana C. Estándar de Peso para la Edad Gestacional en 55.706 recién nacidos sanos de una Maternidad pública de Buenos Aires. *Medicina (Buenos Aires)* 2001;61:15-22.
- Benichou J. A review of adjusted estimators of attributable risk. *Stat Methods Med Res* 2001;10:195-216.
- Boggess K, Edelstein B. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J* 2006;10(Suppl 5):169-74.
- Hartikainen-Sorri A, Sorri M. Occupational and socio-medical factors in preterm birth. *Obstet Gynecol* 1989;74:13-16.
- Offenbacher S, Boggess K, Murtha A, et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2006;107:29-36.
- Goepfert A, Jeffcoat M, Andrews W, et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol* 2004;104:777-783.
- Hasegawa K, Furuichi Y, Shimotsu A, et al. Associations between systemic status, periodontal status, serum cytokine levels, and delivery outcomes in pregnant women with a diagnosis of threatened premature labor. *J Periodontol* 2003;74:1764-1770.
- Jeffcoat M, Geurs N, Reddy M, Cliver S, Goldenberg R, Hauth J. Periodontal infection and preterm birth. Results of a prospective study. *J Am Dent Assoc* 2001;132:875-880.
- Douglass C. Risk assessment and management of periodontal disease. *J Am Dent Assoc* 2006;137:27S-32S.
- Vettore M, Lamarca G, Leão A, Thomaz F, Sheiham A, Leal M. Periodontal infection and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of epidemiological studies. *Cad Saúde Pública* 2006;22:2041-2053.
- Moore S, Randhawa M, Ide M. A case-control study to investigate an association between adverse pregnancy outcomes and periodontal disease. *J Clin Periodont* 2005;32:1-5.
- Jarjoura K, Devine P, Perez-Delboy A, Herrera-Abreu M, D'Alton M, Papanou P. Markers of periodontal infection and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:513-519.
- Rothman K, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
- Grandi C, Tapia J, Marshall G, Grupo Colaborativo NEOCOSUR. Severity, proportionality and risk of neonatal mortality of very low birth weight infants with fetal growth restriction. A multicentric South American analysis (see Editorial). *J Pediatr (Rio J)* 2005;81:198-204.

MOTIVOS DE SOLICITUD DE LIGADURA TUBARIA. ESTUDIO EXPLORATORIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS USUARIAS GRAN MULTÍPARAS QUE ASISTEN A UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Lic. Romina G. Moschella^a; Dr. Jorge T. Charalambopoulos^b; MS. María Pía Pawlowicz^c; Lic. Silvana J. Naddeo^a; Dra. Patricia G. Rodríguez^b.

RESUMEN

En la Argentina, desde agosto de 2006 está vigente la Ley Nacional N° 26.130 que garantiza el derecho a las mujeres mayores de edad, que no desean tener más hijos, a acceder en forma gratuita a la ligadura tubaria.

Objetivo: Describir los motivos que explicitan las mujeres gran multíparas para solicitar la ligadura tubaria.

Material y métodos: El diseño fue exploratorio-descriptivo y la metodología cualitativa. Se realizaron entrevistas en profundidad a una muestra intencional de 30 usuarias gran multíparas (≥ 5 partos) que solicitaron la anticoncepción quirúrgica en el Área de Salud Sexual y Reproductiva del HMI Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y a 10 profesionales de la salud, considerados informantes clave.

Resultados: La mitad de las mujeres entrevistadas había solicitado la ligadura tubaria previamente y 22 de 26 mujeres (84,6%) que estaban embarazadas al momento de solicitar la práctica, señalaron que su embarazo no era deseado. Entre algunos resultados, la mayoría era argentina y la edad promedio fue de 34,6 años.

El temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo y la situación de un embarazo inesperado, aparecen como motivos determinantes para la solicitud de la práctica.

Conclusiones: Si bien la sanción de la ley es muy reciente y su implementación está sujeta a diversas barreras, depende de la voluntad de los actores sociales para que dichos obstáculos sean visibilizados, a fin de optimizar la calidad de atención de las beneficiarias de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina.

Palabras clave: ligadura tubaria, género, anticoncepción, multiparidad.

SUMMARY

In Argentina, a National Law 26.130 was passed in August, 2006. This law gives the right to women over 21 years old who do not want to have more children to ask for the tubal sterilization without having to pay for the practice.

Objective: Describe the reasons that grand multiparous women give to petition for a tubal sterilization.

Material and methods: The design was descriptive exploratory and the methodology was qualitative. Interviews in depth were conducted to an intentional sample of thirty grand multiparous women (>5 partos) who arrive to the Reproductive and Sexual Health Area of the Ramón Sardá Hospital in the City of Buenos Aires asking for tubal sterilization, plus ten professionals in the health field, considered key informants.

Results: Half of the women interviewed had already asked for the practice previously, and 22 of 26 women (84,6%) that were pregnant talked that this pregnancy was unwanted. Some results establishes that most of them were argentinians and the average age was 34,6 years old.

Conclusions: The fear of suffering health complications in the case of a new pregnancy or a new unwanted pregnancy appear to be the most important reasons to ask for the tubal

a. Psicólogas del Servicio de Salud Mental, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

b. Médicos Tocoginecólogos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

c. MS. en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO-CEDES). Docente e investigadora. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" a nivel de Servicios de Salud, Categoría Iniciación, otorgada en 2008 por el Ministerio de Salud de la Argentina, a través de la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología. Becaria: Lic. Romina G. Moschella. Director: Dr. Jorge T. Charalambopoulos. Co-Directora: MS. María Pía Pawlowicz. email: rominamoschella@yahoo.com.ar

sterilization. The visualization of the obstacles mentioned before depends on the willingness of the social actors. They will optimize the quality of the service offered to the patients of the Reproductive and Sexual Health Program of Argentina.

Key words: sterilization tubal, gender, contraception, multiparity.

INTRODUCCIÓN

La problemática de la salud reproductiva en la Argentina ha recorrido diversos trayectos, desde políticas demográficas y enfoques de planificación de la familia, hasta el avance significativo en el desarrollo de políticas públicas que garantizan el acceso universal a la anticoncepción, a partir del reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos.¹

En octubre de 2002, se sancionó la Ley Nacional N° 25.673² que originó la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En este marco, se plantea la transformación del modelo de atención desde un enfoque intersectorial, y se reconoce como derecho el tener acceso a la información, educación y prestación de servicios, con el fin de adoptar decisiones informadas, libres de discriminación, coacciones o violencia, en materia de salud sexual y reproductiva (SSyR). En agosto de 2006, se suma la sanción de la Ley Nacional N° 26.130 que garantiza el derecho a las mujeres capaces y mayores de edad que no desean tener más hijos, a acceder en forma gratuita a la anticoncepción quirúrgica femenina (AQF), también denominada ligadura tubaria (LT). La AQF consiste en la obstrucción mecánica de las trompas de Falopio, impide que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, evitando la fertilización del mismo. Se realiza mediante un procedimiento quirúrgico y es habitualmente irreversible.^{3,4}

El estudio de los motivos de solicitud de un método que limita la fertilidad es un proceso que es de suma importancia conocer y analizar. Se relaciona con la historia reproductiva de las mujeres, con el conocimiento y uso apropiado y correcto de métodos anticonceptivos (MAC), y con los factores que facilitan o limitan el acceso a la anticoncepción. No sólo es importante para repensar estrategias que permitan garantizar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en forma autónoma e informada a las usuarias del sector salud, sino también para contar con evidencia científica que sirva de insumo a los gestores de políticas públicas para que sus decisiones favorezcan la igualdad social en el acceso oportuno a la SSyR.

Diversos estudios⁵⁻⁶⁻⁷ sobre mujeres de estratos sociales bajos evidencian que el acceso a la información apropiada, al asesoramiento y al seguimiento médico es limitado y resulta dificultoso. Estas dificultades

afectan el comportamiento anticonceptivo, caracterizado por la irregularidad e ineficiencia en el uso de MAC, dando como resultado habitual embarazos no deseados. Según Ana Langer,⁸ el embarazo no deseado generalmente ocurre en un momento inoportuno o se produce en una mujer que ya no desea tener más hijos. Entre las consecuencias, existe mayor probabilidad que la mujer recurra a un aborto inseguro, que inicie el control prenatal tarde, que tenga un cuidado prenatal inadecuado o que el bebé nazca con bajo peso o pretérmino, entre otros. En casos extremos, podría suceder que la mujer recurra a un suicidio o sea víctima de violencia o de un homicidio.

En el intento de avanzar con el conocimiento de estas problemáticas, el objetivo principal fue describir los motivos que explicitaron las mujeres gran multíparas para solicitar la práctica en el Área de Salud Sexual y Reproductiva (ASSR) del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS). Y como objetivos secundarios: a) clasificar dichos motivos según factores de riesgo reproductivo⁹; b) relevar el conocimiento, la accesibilidad y el uso de MAC; c) examinar el grado de conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y las representaciones sobre LT y las prácticas en salud relacionadas y d) indagar la existencia de obstáculos vinculados a la construcción social de los géneros.

El material presentado sintetiza algunos de los aspectos relevantes que se han desarrollado en la investigación realizada con usuarias y profesionales del HMIRS. Se trata de un hospital especializado en salud materno-infantil, de nivel terciario de complejidad, que realiza aproximadamente 7.000 partos por año y 100.000 consultas en atención ambulatoria en los consultorios externos de Obstetricia y Ginecología. La población usuaria es de clase media baja, el 60% reside en el suburbio conocido como conurbano bonaerense, a pesar de que la institución se ubica en el Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y el 38% de la demanda es de mujeres extranjeras migrantes.¹⁰ Cabe destacar, que el ASSR del HMIRS, fue uno de los centros piloto del Programa de Procreación Responsable de la CABA en el año 1987. Entre los objetivos del Área se destacan: asistir a la población con riesgo general y reproductivo; brindar información, educación y asistencia; y desarrollar tareas de capacitación; entre otros.¹¹

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de investigación fue observacional, exploratorio-descriptivo, cualitativo y prospectivo.

Población

Se entrevistaron 30 usuarias gran multíparas

(≥5 partos),^{12,13} que solicitaron la LT en el ASSR del HMIRS durante el período julio-diciembre de 2008 y a 10 profesionales de la salud que estuvieron involucrados en las prácticas médicas relativas a la LT, calificados como informantes clave.¹⁴ La evidencia sobre las problemáticas de la alta paridad y su relación directa con posibles complicaciones en la salud física de la mujer,¹⁵ justificó la elección de este universo. Respecto a los profesionales, se ha comprobado el rol fundamental que tienen estos actores sociales como fuente de información, y el modo en que sus representaciones influyen en las decisiones de las usuarias de los servicios de salud, pudiendo actuar como facilitadores u obstaculizadores.¹⁶ El muestreo fue no probabilístico e intencional.

Instrumentos

Se emplearon dos técnicas de recolección de los datos: Cuestionario Sociodemográfico, realizado en base al modelo de Historia Clínica propuesto por el Programa de SSyR de la CABA y Entrevista en Profundidad. Previamente, se solicitó a los entrevistados la firma del consentimiento informado y se garantizó el uso confidencial de la información. Se realizó una prueba piloto para testear las preguntas en función de los contenidos, la organización, la formulación y su comprensión.

Procesamiento y análisis de los datos

El tratamiento del material se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.¹⁷ Se implementó la triangulación metodológica¹⁸ mediante la combinación de los instrumentos de recolección de datos empleados y las fuentes de información. Se utilizó el procesador de texto Atlas/ Ti para profundizar el análisis, se codificaron frases y párrafos de las entrevistas, y se agrupó el material de acuerdo a códigos y categorías elaborados a partir de los objetivos del estudio. Para complementar, se realizaron dos matrices de datos relativos a: características sociodemográficas, historia obstétrica, conocimiento, uso y falla de MAC, factores de riesgo reproductivo y motivos de solicitud de LT, entre otros; y una segunda matriz con datos de la muestra de profesionales relativos a: edad, sexo, formación profesional y cargo jerárquico en la institución.

Recorrido de solicitud de LT según el contexto institucional

El procedimiento de solicitud de LT se desarrolla en el HMIRS mediante tres entrevistas. En primer lugar, la usuaria tiene una entrevista con un profesional especializado en Tocoginecología u Obstetricia. Se le hace entrega de un Formulario

informativo de evaluación clínica elaborado por el Programa de SSyR de la CABA, se le informa sobre las características de la intervención quirúrgica, sobre el índice de falla y sobre el texto de la Ley N° 26.130, entre otros. Se brinda la posibilidad a la usuaria de leer y evaluar detenidamente el material y de escribir un consentimiento, en el que explicita los motivos de solicitud de LT y destaque que no desea tener más hijos. La segunda entrevista se realiza en el ASSR, se informa sobre las ventajas y desventajas, sobre los riesgos y beneficios, se pregunta por el conocimiento y el uso de MAC, se informa sobre métodos reversibles y vasectomía, y además se consignan los factores de riesgo reproductivo en caso de existir. Y la tercera entrevista, se realiza con una psicóloga en el Servicio de Salud Mental, se consigna si la usuaria es capaz de solicitar la LT, y si es consciente o no de la probable irreversibilidad y de la posible falla del método. Desde mayo de 2003 hasta que la Ley N° 26.130 fue sancionada, las solicitudes de LT en el HMIRS eran analizadas caso por caso, como una opción excepcional, de acuerdo a la presencia de factores de riesgo de vida, según el marco de la Resolución 874/03 establecida por la Secretaría de Salud de la CABA. Esta resolución tuvo como finalidad que las mujeres que solicitaban la LT no presentaran recursos de amparo ante la Defensoría del Pueblo de la CABA.¹⁹

RESULTADOS

Perfil de las usuarias y de los profesionales entrevistados

El perfil sociodemográfico de las 30 entrevistadas fue el siguiente: distribución por edad entre 23 y 44 años, el promedio fue de 34,6 años. Respecto a la nacionalidad, la mayoría (26) era argentina, y 4 extranjeras, específicamente de Paraguay, Bolivia y Uruguay. En cuanto al estado civil, casi la mitad (14) era casada, y 16 convivían con pareja estable. Respecto al lugar de residencia, la mayoría (25) vivía en el conurbano bonaerense, mientras que sólo 5 residían en la CABA donde se sitúa el hospital. En relación al nivel escolar alcanzado, 9 tenían escolaridad primaria completa y 8 incompleta; 2 tenían escolaridad secundaria completa y 9 incompleta; y en dos casos iniciaron una carrera técnica. En su totalidad se definieron como amas de casa, un tercio (10) expresó que realizaba actividades fuera de la casa tales como cuidado de ancianos, servicio doméstico, trabajos de costura y de gastronomía, venta ambulante en feria; y 2 manifestaron que desarrollaban actividades comunitarias como charlas en instituciones religiosas, atención de comedores y organización de roperos barriales. Los relatos

dan cuenta que las parejas realizaban trabajos con inestabilidad laboral u oficios de baja remuneración como ayudantes de albañil, empleados en ferias, obreros, choferes y chatarreros; en 4 casos los definieron como cuentapropistas.

Respecto a la cantidad de miembros de la familia de origen de las entrevistadas, casi un tercio (7) provenía de familias con menos de 4 hijos, y dos tercios (21) de familias con más de 5 hijos. El promedio de embarazos fue de 6,9 gestas, con una distribución de 5 a 13 gestas. Respecto al embarazo y maternidad adolescente, dos tercios (20) tuvo su primer embarazo durante la adolescencia, la edad promedio fue de 18,16 años.

La muestra de profesionales de la salud, estuvo conformada por 10 profesionales, cuya edad promedio fue de 50,7 años; 6 eran de sexo femenino y 4 de sexo masculino. Todos tenían varios años de experiencia en el hospital y la antigüedad en la institución osciló entre 7 y 34 años, siendo el promedio de 22,8 años. Se desempeñaban en las áreas de Obstetricia, Psicología, Enfermería y Tocoginecología.

Motivos de solicitud explicitados por las mujeres

Según la frecuencia con la que aparecieron los motivos para solicitar la LT en los relatos de las mujeres, se decidió agruparlos de la siguiente forma:

- Motivos relacionados con la salud: temor a sufrir complicaciones por cesárea iterativa, edad materna y otros problemas de salud asociados con el embarazo como diabetes gestacional e hipertensión arterial.
- Motivos socioeconómicos: las dificultades sociales y económicas que restringen la calidad de vida del grupo familiar, afectan el desarrollo social de las mujeres y limitan su salida laboral.
- Motivos relacionados con los hijos: número de hijos vivos y problemas asociados a la salud tales como, prematuros, discapacidad, síndrome de down, y retraso madurativo.

Tabla 1: Motivos de solicitud de Ligadura Tubaria (n= 30)

Motivo	n	%
Temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo	22	73,3
Razones socio- económicas	21	70,0
Cantidad de hijos vivos	16	53,3
Edad materna ≥ 35 años	10	33,3
Riesgo vinculado a cesáreas anteriores	6	20,0
Problemas de salud de los hijos	4	13,3
Eficacia atribuida a la LT	4	13,3

- Motivos subjetivos: eficacia atribuida a la LT y falla de MAC.

El motivo mencionado en primer lugar fue el temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo, dos tercios (21) mencionó tener dificultades socio económicas, y la mitad (16) dijo que estaba satisfecha con el número de hijos vivos. En este último, se observó un rango de 3 a 10 hijos vivos y un promedio de 5,33 (Tabla 1).

Factores de riesgo reproductivo

La presencia de factores relevantes de riesgo reproductivo fue confirmada por el equipo tratante al momento de realizar la consulta para la LT. Se categorizaron según los criterios médicos de elegibilidad para el uso de MAC de la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁹ respecto de la AQF. El factor de riesgo que caracterizó a la muestra fue la presencia de alta paridad, seguido por edad materna >35 años, y cesárea anterior, con un rango de 2 a 6 cesáreas. (Tabla 2)

El riesgo reproductivo comprende: riesgo preconcepcional, riesgo obstétrico, riesgo perinatal y riesgo infantil. Puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental.²⁰

Conocimiento, accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos

Al examinar el grado de conocimiento sobre la diversidad de MAC, se observa que todas las entrevistadas tenían información sobre diferentes métodos y sobre la gratuidad en el acceso en los servicios de salud. Respecto al uso, 23 emplearon anti-

Tabla 2: Factores de riesgo reproductivo (n= 30)

Factor de riesgo	n	%
Gran multiparidad: ≥ 5 partos	30	100
Edad materna: ≥ 35 años	15	50
Cesárea anterior: > 1	11	36,6
Obesidad: Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ²	9	30
Hipertensión arterial	7	23,3
Tabaquismo: >15 cigarrillos/día	6	20
Prematuro anterior	6	20
Diabetes	4	13,3
Hijo con muerte neonatal (0 a 28 días)	4	13,3
Embarazo gemelar	3	10,0
Feto muerto anterior	2	6,6
Trastorno valvular cardíaco	2	6,6
Enfermedad de Chagas	2	6,6
Infección por HIV	1	3,3
Hipertiroidismo	1	3,3
Rh (-) sensibilizada	1	3,3

conceptivos hormonales orales (ACO) y 11 inyectables, y 6 usaron DIU, entre otros; 24 señalaron que sus parejas usaron condón masculino, 10 lo usaron en forma incorrecta, y 14 también implementaron el coito interrumpido; 2 entrevistadas manifestaron no haber usado ningún MAC, y 6 expresaron que sus parejas no usaron condón masculino ni tampoco el coito interrumpido. De los 28 casos de mujeres que usaron MAC, 5 registraron fallas en el uso de ACO y el método del calendario, 4 casos en el uso de DIU; y en 4 casos el coito interrumpido falló.

Representaciones sobre la LT según la muestra de profesionales y de usuarias

En la muestra de profesionales se expresó la preocupación sobre la posibilidad que exista arrepentimiento posterior a la LT en mujeres jóvenes. Sin embargo, las representaciones sobre LT de las usuarias estuvieron asociadas a temores y expectativas en relación al dolor atribuido a la intervención quirúrgica, a posibles efectos secundarios y a la probable falla del método. En los relatos, las preocupaciones giraron en torno a inquietudes sobre: dolor de cabeza, aumento de peso, variaciones en el estado de ánimo, alteraciones del ciclo menstrual, pérdida del deseo sexual, cáncer, quistes y miedo a enloquecer. También se observó la homologación de la LT con la histerectomía. Se mencionaron expectativas sobre la salud psíquica, física y sexual, y en algunos casos las usuarias expresaron el deseo de tener proyectos de vida diferentes a la maternidad. En cuanto a la vasectomía, en todos los casos las entrevistadas expresaron que los hombres no consideraban esa alternativa anticonceptiva.

Problemas de salud pública asociados: embarazo no deseado y aborto

De 30 casos, 26 mujeres estaban embarazadas al momento de solicitar la LT, 22 expresaron que estaban cursando un embarazo inesperado²¹ y 3 manifestaron haber pensado en recurrir a un aborto inseguro al anoticiarse del mismo. Diversos estudios^{8,22} evidencian el grado de vinculación entre el embarazo no deseado o inesperado y el aborto. De las 30 usuarias, 17 expresaron que no se practicarían un aborto, 3 manifestaron no tener una postura al respecto y 9 justificaron el aborto en los casos que el embarazo sea resultado de una violación o se trate de un embarazo durante la adolescencia. De este subgrupo, la mayoría hizo referencia a la desesperación por la llegada de un hijo más al cual hay que criar y alimentar, y a la falta de trabajo estable, como motivos por los cuales las mujeres recurren a un aborto inseguro.

Fuentes de información y acceso al procedimiento de ligadura tubaria

La mayoría (24) manifestó que la fuente de información principal sobre LT era la televisión. Además de este medio, se enteraron por redes informales: 22 por otras mujeres de la familia o del barrio, 8 por usuarias de la institución, 2 por líderes comunitarias y 13 se informaron por profesionales de la salud.

Se pudo constatar que la mitad del total ya había solicitado la LT previamente, 4 de ellas realizaron el pedido en otras instituciones en forma posterior a la sanción de la Ley 26.130. Las entrevistadas hicieron referencia a la existencia de cambios que facilitaron el acceso a la solicitud de LT, desde que la ley fue sancionada. No obstante, explicitaron por experiencias propias y de otras mujeres que en algunas instituciones del sector salud del conurbano bonaerense y de la CABA, diversos profesionales informaron erróneamente que la ley sólo era para la Capital, para mujeres con muchos hijos o con problemas de salud.

Al finalizar la investigación, a más de la mitad (17) se le realizó la LT que habían solicitado, 13 fueron intraceseárea y 4 fuera de la situación de parto por vía laparoscópica. De los 13 casos restantes, 12 finalizaron sus embarazos en partos espontáneos; se pudo contactar por vía telefónica a 7 mujeres, 6 explicitaron motivos personales por los cuales no regresaron a la institución para llevar a cabo el procedimiento de LT y uno expresó que se encontraba en lista de espera. De los 5 casos restantes, en 4 no se pudo establecer el contacto telefónico y en uno el embarazo seguía en curso. En otro de los 13 casos, la mujer estaba usando DIU al momento de solicitar la LT, a pesar de que se le otorgó un turno quirúrgico no concurrió a tal efecto.

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan que las variables analizadas son concordantes con otras investigaciones llevadas a cabo en la región. Minella,²³ en su estudio sobre las representaciones de LT en mujeres esterilizadas, describe diversos motivos que justificaron las mujeres para solicitar la LT, tales como: no querer tener más hijos; problemas de salud física; razones socioeconómicas ligadas a la sobrevivencia del grupo familiar; y no considerar la vasectomía como una práctica anticonceptiva por los hombres, entre otros. La edad promedio de las mujeres que solicitan la práctica (34,6) es similar a los resultados encontrados en la bibliografía^{24,25} (32 y 32,8). Sin embargo, no debemos dejar de especular que entre diversas razones, se podría relacionar este

promedio de edad con la actitud de algunos profesionales de la salud que limitan el acceso a la LT especialmente a las mujeres jóvenes, realizando la consejería en forma desigual.

En comparación con los datos encontrados en una investigación realizada en el HMIRS⁶ en forma previa a la implementación del Programa de SSyR, todas las entrevistadas conocían la existencia de diversos MAC, a pesar de que el nivel escolar de la mayoría era bajo. Se podría conjeturar que la promoción del uso de MAC reversibles y de su acceso en forma gratuita a partir de la implementación del Programa de SSyR fue positiva y dio lugar a la sanción de la Ley N° 26.130 que habilita el acceso a la anticoncepción quirúrgica.

En relación al acceso a la LT, un dato llamativo consiste en que la mitad de las entrevistadas ya había solicitado dicho método con anterioridad. A pesar de la consejería formal que realizan en gran parte los profesionales y que se les brinda a las mujeres que solicitan la práctica un Formulario informativo, los resultados coinciden con otro estudio²⁷ realizado en nuestro país en forma previa a la sanción de la ley en tanto las mujeres suelen presentarse a solicitar la LT como víctimas del riesgo reproductivo y no como titulares de derechos constitucionalmente tutelados. Se podría especular que esta situación podría conducir a las mujeres a transitar por una ruta crítica²⁸ en la cual se correría el riesgo de un nuevo embarazo no planificado.

Entre las fortalezas, el estudio se realizó en un área del HMIRS que tiene amplia trayectoria en la temática a nivel nacional. Una de las limitaciones halladas fue la escasez de los casos estudiados. No obstante, los resultados obtenidos implican un precedente inicial para nuestro medio en este subgrupo particular de mujeres. Por lo que se pudo detectar, no existían en el país estudios cualitativos realizados luego de la sanción de la Ley N° 26.130 que combinaran LT y alta paridad.

Se espera que los resultados de este estudio puedan ser de utilidad para el diseño de intervenciones específicas dirigidas a reducir las desigualdades en el acceso a la atención de la SSyR, específicamente a la práctica de LT.

RECOMENDACIONES

Dado que el tipo de procedimiento de LT predominante es la técnica realizada intracessárea, se propone reflexionar sobre posibles estrategias que arbitren los medios en los servicios de salud de nuestro país, para que la práctica se realice en tiempos acotados cuando se trate de intervenciones fuera de la situación de parto.

La incorporación de la perspectiva de género en el abordaje de la salud y de la categoría de estructura de clase, en los programas de formación y capacitación académica a nivel sanitario, permitiría fortalecer los actos de salud.²⁹

CONCLUSIÓN

El temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo y la situación de un embarazo inesperado, aparecen como motivos determinantes para la solicitud de la LT. Podemos concluir que el motivo principal por el cual las mujeres pueden solicitar la práctica consiste en que existe un marco legal que garantiza este derecho. La sanción de la Ley N° 26.130 es muy reciente y su implementación está sujeta a diversas barreras educacionales, culturales e institucionales, y a resistencias³⁰ burocráticas, políticas y religiosas, entre otras; depende de la voluntad de los actores sociales para que dichos obstáculos sean visibilizados y encarados objetivamente, a fin de optimizar la calidad de atención de las/os beneficiarios de los Programas de SSyR de la Argentina.

AGRADECIMIENTOS

A las beneficiarias del Programa de SSyR que compartieron sus experiencias y su tiempo; a las autoridades del HMIRS que apoyaron la realización de esta investigación, original para nuestro medio; a nuestros colaboradores del ASSR: Enf. Sra. Margarita Currié y al Sr. Darío Bousso; a Susana Gabbanelli, Gabriela Tielas y a los integrantes del HMIRS que brindaron su colaboración. A la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología (ex Comisión Nacional Salud Investiga), por el aval y la financiación del proyecto. A la Prof. Graciela Zaldúa y a su equipo de investigación UBACYT por sus valiosos aportes; y también agradecemos a Alejandro Kaminsky, Natalia Kaminsky y Valeria Rial, por su colaboración técnica y personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bianco M. La planificación familiar en las políticas públicas argentinas: perspectiva histórica. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1ra ed. Rosario: Corpus; 2005.p. 43-51.
2. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/programa.asp Acceso el 05/08/09.
3. Mas M, Barbato WR, Charalambopoulos JT. Anticoncepción quirúrgica voluntaria. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1ra ed. Rosario: Corpus; 2005.p.289-309.

4. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Anticoncepción Quirúrgica Mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio. Métodos Anticonceptivos. Secretaría Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2008. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_sexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf Acceso el 05/08/09.
5. Balán J, Ramos S. La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares. Documento CEDES N° 29. Buenos Aires: CEDES; 1989.p.1-78.
6. Checa S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 1996;15(1):12-16.
7. Llovet JJ. Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso. 1ra ed. Buenos Aires: CEDES; 1984.
8. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Sal Públ* 2002;11(3):192-204.
9. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ra ed. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: www.who.org Acceso el 05/08/09.
10. Uriburu G, Mercer R, Larguía MA, Grandi C. Descripción de la salud materno infantil en Argentina. Datos comparativos con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Maternidad Sardá (CABA). *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 2007;26(4):169-176.
11. Charalambopoulos JT, Koremblit E, Malisani L, Ippolito E. Diagnóstico de situación de una población asistida durante 18 meses en el consultorio de Procreación Responsable del Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 1992;11(1):48-61.
12. Stedman's Medical Dictionary. 26ta ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995.
13. Roman H, Robillard PY, Verspyck E, Hulsey TC, Marpeau L, Barau G. Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity. *Obstetrics & Gynecology* 2004;103(6):1294-9.
14. Sabino CA. El proceso de investigación. 2a ed. Buenos Aires: Lumen Hymanitas; 1996.
15. Seidman DS, Armon Y, Roll D, Stevenson DK, Gale R. Grand multiparity: An obstetric or neonatal risk factor? *Am J Obst Gynecol* 1998;158(5):1034-9.
16. López E, Findling L. La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿Qué se dice, a quién y cómo? En: Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: AEP, CEDES, CENEP; 1998. p. 79-103.
17. De Souza Minayo MC. Etapa de análisis o tratamiento del material. En: De Souza Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 165-207.
18. De Souza Minayo MC. Introducción. Concepto de evaluación por triangulación de métodos. En: De Assis S, De Souza E, org. Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales. 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 17-50.
19. Salud Compendio Normativo 2. Selección de normas vigentes en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires; 2005. Disponible en: <http://www.defensoria.org.ar/areastematicas/doc/salud02.doc> Acceso el 05/08/09.
20. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Sal Públ* 2003;14(2):75-83.
21. The Population Council. Relatoría: II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. México: The Population Council, El Colegio de México; 2006. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/Relatoria.pdf> Acceso el 05/08/09.
22. Charalambopoulos JT, Valenti EA, López Diego AM, Ulens EA. Incidencia de aborto incompleto antes y después de instaurado un Programa de Procreación Responsable. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 2000;19(1):3-10.
23. Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(Supl. 1): 69-79.
24. Campos de Carvalho LE, Duarte Osis MJ, Guilherme Cecatti J, Ferreira Bento F, Manfrinati MB. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. *Cad Saúde Pública* 2007;23(12):2606-16.
25. Vieira EM, Ford NJ. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1201-10.
26. Checa S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 1996;15(1):12-16.
27. Del Rio Fortuna C. El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. *Cuadernos de Antropología Social* 2007;25:169-188.
28. Sagot M, Carcedo A, Guido L. Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de diez países). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
29. Zaldúa G, Bottinelli MM, Gaillard P, Lodieu MT, Pawlowicz, MP. Tensiones y paradojas en las identidades profesionales en salud. En: Memorias X Jornadas de Investigación. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA; 2003. Tomo I:446-9.
30. Shepard B. La salud sexual y reproductiva. Una carrera de obstáculos. 1ra ed. Santiago de Chile: Catalonia; 2009.

SALUD MENTAL EN PERINATOLOGÍA: INTERVENCIONES EN OBSTETRICIA

Lic. María Rosa Ramírez^a

Introducción

En Latinoamérica, la consulta prenatal se sitúa como un momento privilegiado, debido a que para algunas mujeres es el primer acceso al sistema de salud que realizan y, a veces, el único. De acuerdo a cómo se aloje a la paciente en el momento de la consulta se facilitará o se frustrará la continuidad dentro del sistema.

El Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, especializado en la atención de las mujeres y sus niños, ocupa un lugar de privilegio para realizar prevención e intervenciones que resguarden su salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la pobreza es el principal indicador de enfermedad mental. Refiere asimismo que la salud mental de la mujer está en relación directa con la situación económica en la que está inserta, reconociendo el fenómeno global de “la feminización de la pobreza”. Las mujeres se han visto en la obligación de salir a trabajar para cubrir las necesidades de la familia, en condiciones de desventaja horaria y remunerativa en relación a los hombres. Todo lo que acontezca en relación a su salud repercutirá sobre la familia y en especial sobre sus hijos, en su alimentación, su educación y su salud.

Desde la citada organización, se declaró en el año 2000 que la “Salud Mental no es simplemente la ausencia de enfermedad mental reconocible, sino un estado de bienestar en que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad.”

Como antecedente particular vale resaltar la Declaración de Fortaleza del año 1985 (OPS-OMS) que establece que el nacimiento no es una enfermedad, argumentando en su defensa que: “Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.”

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los “embarazos de bajo riesgo” pueden sufrir complicaciones, de modo tal que resulte necesaria una intervención para obtener el mejor resultado.

La concepción de un hijo responde a un deseo de cada uno de los miembros de una pareja. Un hijo por nacer cuenta con una historia previa en los pensamientos y afectos de sus padres y de su familia.

Durante el período perinatal, la madre y el bebé atraviesan una fase de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social, que no se repetirán en el curso del ciclo vital. La mirada de la madre hacia su hijo desde la gestación y la interacción que se genera entre ambos, da inicio a una relación atravesada por una subjetividad. La familia actúa como soporte de esta relación, ubicándose como un primer sistema de red de apoyo social. A partir del nacimiento, el bebé se inserta en un complejo mundo exterior. En este nuevo espacio que habita se desarrollarán actividades y relaciones interpersonales que influirán en su crecimiento y la madre ocupará, en ese entorno, un lugar de privilegio.

Con la confirmación de la noticia del embarazo, se iniciará un complejo proceso de alojamiento psíquico del futuro hijo. El cuerpo cambia al mismo tiempo que el estado de ánimo y aparece una alternancia de sensaciones entre malestares físicos y el placer de estar embarazada. Comienzan los miedos

a. Psicóloga Clínica del Servicio de Salud Mental del H.M.I.R. Sardá. Coordinadora de Consultorios Externos y del Área Salud Mental en internación obstetricia de alto riesgo.

que forman parte de este proceso que se inicia con la concepción.

La antropología y la historia de la civilización se ocuparon de desmentir la ausencia del miedo en las mujeres embarazadas, cualquiera sea la época y la cultura por la que transitan. Establecieron que, en parte, se deben a que históricamente existieron riesgos durante el embarazo y el parto. La medicina logró limitar estos riesgos, y actualmente los embarazos controlados y los partos acompañados por especialistas constituyen una garantía para la madre y su bebé.

Los “miedos” son motivo frecuente de consulta en Salud Mental. La capacidad para llevar adelante el embarazo, soportar la incertidumbre causada por los riesgos físicos de los primeros meses, los cambios en la relación con la pareja, la sexualidad, la relación con los otros hijos y con la familia. Surgen las fantasías relacionadas con malformaciones, enfermedades genéticas o congénitas; la posibilidad de una muerte intraútero y especialmente sobre el final del embarazo se incrementan los miedos y las fantasías del parto; aparecerá allí el miedo al dolor, a perder el control, entre otros. Se intensifican los miedos a la muerte del bebé o a su propia muerte.

La embarazada piensa mayormente en el parto. Paulatinamente se prepara para una separación que desea y que teme, que la aliviará físicamente pero que a su vez quebrará la plenitud que siente. Sostiene imaginariamente una unidad que el parto quebrará y de la que nacerá alguien que será otro, diferente a ella, y que no le pertenecerá.

Estos motivos de consulta, si bien se pueden plantear como universales, aparecen siempre ligados a una subjetividad y a una constelación particular para cada sujeto que consulta. Pero no sólo los temas que giran en torno a un embarazo constituyen el acercamiento de las embarazadas a un servicio de Salud Mental. El embarazo como crisis vital y narcisista, en sus permanentes cambios físicos, psicológicos y sociales, puede funcionar como fuente de conflictos debido a que activa la historia personal y reedita antiguas vivencias.

Es frecuente observar que los embarazos evolucionan sin problemas o en forma entorpecida según el lugar que ocupe para la embarazada, desde un deseo de maternar, de satisfacer una necesidad personal, o de lograr un reconocimiento o un valor social a través del mismo. Es de destacar en este sentido que embarazos de adecuada evolución culminan en partos y puerperios sumamente dificultosos y viceversa; procesos gestacionales complejos desencadenan partos sin dificultad.

Consultorio externo

Las pacientes son derivadas al Servicio de Salud Mental en su mayoría, desde los consultorios externos de obstetricia. El médico reconoce ahí, en ocasiones por haber logrado una escucha atenta y desprejuiciada, en otras por “intuición”, que hay algo que excede a su saber o que no funciona como era esperado. Es por esto que ubicamos a la consulta prenatal como un momento privilegiado, como una oportunidad para detectar:

- Conflictos.
- Situaciones de violencia.
- Abuso de sustancias.
- Duelos.
- Trastornos mentales.

La oportunidad que brinde esta detección en la consulta prenatal facilitará la conducción del proceso de gestación, parto y puerperio. Intervenir precozmente en patologías severas favorece el conocimiento de la paciente y su familia e instala una relación de confianza con el equipo de salud. La comunicación entre la paciente, su familia y el equipo que la asiste se torna esencial ya que permite tomar decisiones informadas, en relación a los riesgos que los tratamientos pueden ejercer sobre la embarazada y su hijo (Ejemplo: necesidad de medicación).

La detección temprana de trastornos mentales severos durante el embarazo, tales como los trastornos de ansiedad, depresión y cuadros de psicosis, permitirá una acción conjunta de los servicios a fin de favorecer intervenciones que resguarden tanto la integridad física y psíquica de la embarazada y su hijo como la de su familia.

Al ser interconsultada la paciente vía consultorio externo y luego de una admisión donde se establece el motivo de consulta y su disposición a las entrevistas, se inicia el trabajo abriendo un espacio de posible construcción de la demanda y transferencia.

Internación

Los avatares del proceso gestacional tanto físicos como psíquicos pueden producir que un embarazo sano se convierta en patológico y que la paciente ya instalada en un dispositivo psicoterapéutico ambulatorio requiera ser internada, por ejemplo, por diabetes, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, hipertensión, restricción del crecimiento, muerte fetal, etc. Al tratarse de una paciente que ya concurría por consultorio externo, continuará con la asistencia de “su terapeuta” en la sala de internación de obstetricia, terapia intensiva, neonatología, etc. Pero muchas veces, el primer contacto con un profesional de

Salud Mental se realiza en la sala de internación. Esto le otorgará características particulares al trabajo a realizar.

La primera cuestión a considerar en el trabajo en sala, es la **inversión de la demanda**. En su gran mayoría, es el terapeuta el que ofrece un dispositivo de escucha, puesto que son pocas las pacientes que demandan espontáneamente. Generalmente abordamos a una paciente que no nos espera y que por las características implícitas de las instituciones en relación a la hegemonía médica, se ve en la obligación de “hablar”.

Otro aspecto a considerar en el trabajo en sala de internación es que el profesional tendrá que ubicar, por un lado, **la posición del médico/equipo** que se va a poner en juego con cada paciente buscando una explicación etiológica y determinando la conducta a seguir y, por otro, **el lugar de la paciente, su familia y su dolor**. Este no es el embarazo idealizado, programado, el esperado. Este embarazo poco o nada tiene que ver con el soñado y en algunos casos aproxima antes de tiempo la separación entre ella y su hijo.

La medicina intenta ubicar a la enfermedad como causa del sufrimiento del sujeto. Al tomar como objeto a la enfermedad interviene sobre un organismo biológico, sobre una anatomía y lo identifica con el dolor. Sin embargo, el cuerpo como resultado de una construcción del lenguaje en relación a una imagen del cuerpo específica, determinará las posibilidades de placer y sufrimiento en relación a una historia particular. El diagnóstico es, con frecuencia, algo ajeno al paciente. Viene desde afuera, es “otro” que lo nombra y no forma parte de su saber personal.

El trabajo del profesional consistirá en ofrecer un espacio de subjetividad al paciente, darle al sujeto la posibilidad de que aloje un sentido y produzca todos los sentidos posibles que su cuerpo necesita para vivir y articular en forma diferente la relación de ese sujeto con su cuerpo. Escuchar un cuerpo que sufre sin hablar y a la vez, hacer que sea escuchado. Si este diagnóstico es tomado como una verdad absoluta en relación al sufrimiento del paciente y aparece ligado a la supresión de hábitos y costumbres (que resguardan del sufrimiento), facilitará la emergencia de dificultades y malestar por parte de esa paciente y hará más difícil el acompañamiento para el médico.

La angustia es una reacción esperable frente a un diagnóstico. Las embarazadas pueden experimentar diferentes formas de respuesta: negación, ansiedad, enojo, culpa, depresión, etc. La duración de este estado variará de una mujer a otra y depen-

derá de los recursos de cada paciente, de la relación de esa madre con su bebé y de la contención del equipo médico y de su familia.

La experiencia de inclusión en los pases de sala (que en obstetricia no se realizan al lado de la paciente), propone al analista un constante desafío. Participar de actividades organizadas y pensadas según la dinámica de la clínica médica plantea diferentes obstáculos que solo el tiempo, la permanencia en el sector y la posición del analista logran atravesar. Poder compartir algún código en el equipo, hacer circular algo de la subjetividad de la paciente en el discurso médico, pensar alguna intervención interdisciplinaria, favorece el alojamiento de la embarazada internada y el proceso de tratamiento.

El trabajo del profesional en relación al acompañamiento de la paciente en el proceso de información médica, es de suma importancia. La información por parte del equipo de salud puede provocar un efecto traumático, por los tecnicismos que se utilizan, tanto como por no adecuar la información a la posibilidad de comprensión a quien escucha, o bien por su contenido. En algunas ocasiones se transmite de manera certera e inequívoca y desesperanza a los padres y hasta deslibidiniza al bebé innecesariamente. Durante las entrevistas, el analista, al brindar un espacio de escucha y de palabra, facilita la elaboración y la articulación de lo dicho y le permite al equipo de salud detectar indicadores de riesgo, la comprensión alcanzada acerca del tema y observar si existe la necesidad de volver a informar a la familia.

La patología obstétrica, y la necesidad de que la embarazada permanezca internada genera en estas mujeres diferentes temores y conflictos. Se las observa con fuertes sentimientos de culpa y falla narcisista y dudan de su capacidad para maternar. Sienten culpa por su propia ambivalencia respecto del embarazo y de su hijo y hasta pueden sentir rechazo por los tratamientos que deben realizar por su bebé. Es habitual observar que se posicionan en relación al equipo médico de manera regresiva, e identificadas con el hijo, demandan ser cuidadas como niñas y amenazan con retirarse del hospital con o sin alta médica si no se atiende a sus reclamos. En aquellos casos donde la patología fetal es severa, se incrementa su culpa por pensar que la muerte del bebé sería mejor antes de la posibilidad de padecer secuelas y esto, a su vez, incrementa la demanda hacia el equipo médico.

La internación provoca un desmembramiento familiar. Le plantea a la embarazada sentimientos de ambivalencia entre el cuidado de este bebé y otros hijos que a veces no tienen con quien dejar.

También se observan efectos sobre la relación de pareja y con la familia, se muestran más demandantes e irritables con ellos y algunas veces con sentimientos de incomprensión.

A medida que la internación se prolonga se vuelven atentas vigiladoras para detectar fallas institucionales y vuelcan su hostilidad hacia los médicos y las enfermeras que las atienden. Esto se convierte, a su vez, en fuente de inseguridad y desconfianza para quienes la cuidan y para ellas mismas.

Conclusión

Intervenir cuando la espera no es dulce, intervenir en el dolor o el sufrimiento de una embarazada, o de los futuros padres, intervenir cuando la muerte o la locura son una amenaza... o una realidad, intervenir con quienes las cuidan, es un trabajo que facilita la simbolización, la elaboración y nuevos órdenes de la posición subjetiva sin establecer respuestas acabadas y en permanente reinvención en el caso por caso.

Bibliografía

- Clavreul J. El orden médico. Ed. Argot, 1983.
- Fanelte P y col. Actualidad en mortalidad fetal. Depto.

- Obstetricia y Ginecología Hosp. "Dr. Adolfo Prince Lara". Revista de Obstetricia. Venezuela 2004;64(2):77-82.
- Freud S. Obras Completas. Tres ensayos de una teoría sexual. Las vías de influencia recíproca. Tomo VII. Ed. Amorrortu, 1989.
- Giberti E. Escuela para padres. Ed. EMECE 11ª edición. 1968.
- Lacan J. Seminario IV. Las relaciones de objeto. Paidós, 1994. Buenos Aires.
- Lacan J. Escritos 2. Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconciente Freudiano. Ed. Siglo veintiuno, 1987.
- Larguía AM, Lomuto C, González MA. Guía para la Transformación de maternidades convencionales en maternidades centradas en la familia. Ed FUN y Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2006.
- Laurent E. Pluralización actual de las clínicas y orientación hacia el síntoma. "El Caldero". Publicación de EOL, noviembre-diciembre 1999, Buenos Aires.
- OPS. Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajo riesgo. Serie Paltex. Washington, 1997.
- Quadirkhan G. y col. Aborto habitual. Una actualización del tema. The Female Patient. Agosto 1998.
- Raimbault G. El psicoanálisis y las fronteras de la medicina. Clínica de lo real. Ed. Ariel. Barcelona, 1985.
- Salinas Martínez, y col. Percepción de síntomas comunes durante el embarazo, puerperio y lactancia. Salud Pública México, 1991;33:248-258.
- Ulloa F. Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica. Ed. Paidós, 1995. 1ª Edición.

PROGRAMACIÓN DE LA CESÁREA ELECTIVA REPETIDA A TÉRMINO Y DESENLACES CLÍNICOS NEONATALES^a

Alan T.N. Tita, M.D., Ph.D.; Mark B. Landon, M.D.; Catherine Y. Spong, M.D.; Yinglei Lai, Ph.D.; Kenneth J. Leveno, M.D.; Michael W. Varner, M.D.; Atef H. Moawad, M.D.; Steve N. Caritis, M.D.; Paul J. Meis, M.D.; Ronald J. Wapner, M.D.; Yoram Sorokin, M.D.; Menachem Miodovnik, M.D.; Marshall Carpenter, M.D.; Alan M. Peaceman, M.D.; Mary J. O'Sullivan, M.D.; Baha M. Sibai, M.D.; Oded Langer, M.D.; John M. Thorp, M.D.; Susan M. Ramin, M.D.; Brian M. Mercer, M.D.; para la Red de Unidades de Medicina Materno-Fetal del NICHD (Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano) Eunice Kennedy Shriver^b

Traducción: **Mariana Rial**

Corrector: **Dr. Oscar Torres**

a. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med* 2009;360:111-20.

b. Los otros miembros de la Red de Unidades de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) Eunice Kennedy Shriver se enumeran en el Apéndice.

Resumen

Introducción

Generalmente se contraindica la realización de cesáreas electivas antes de las 39 semanas de gestación, a menos que haya evidencia de madurez pulmonar fetal, debido a la elevada frecuencia de complicaciones respiratorias. Evaluamos las asociaciones entre el parto por cesárea electiva a término (al menos 37 semanas de gestación) antes de las 39 semanas y el desenlace clínico del neonato.

Métodos

Se estudió una cohorte de pacientes consecutivas que fueron sometidas a cesáreas repetidas en 19 centros de la Red de Unidades de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver

entre 1999 y 2002. Se incluyeron las mujeres con embarazo simple viable que dieron a luz por elección (es decir, antes de comenzar el trabajo de parto y sin indicaciones de parto reconocidas antes de las 39 semanas de gestación). El resultado principal fue una combinación de muerte neonatal y cualquier suceso adverso, como complicaciones respiratorias, hipoglucemia tratada, septicemia neonatal e internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Resultados

De 24.077 partos por cesárea repetida a término, 13.258 fueron realizados por elección. De este grupo, 35,8% fueron antes de finalizadas las 39 semanas de gestación (6,3% a las 37 semanas y 29,5% a las 38 semanas), y 49,1% a las 39 semanas de gestación. Se registró un caso de muerte neonatal.

En comparación con los partos a las 39 semanas, los realizados entre las 37 y las 38 semanas estuvieron asociados a un mayor riesgo de sucesos adversos (*odds ratio* ajustado para los partos a las 37 semanas, 2,1; intervalo de confianza [IC] 95%, 1,7 a 2,5; *odds ratio* ajustado para los partos a las 38 semanas, 1,5; IC 95%, 1,3 a 1,7; P de la tendencia <0,001). La frecuencia de complicaciones respiratorias, ventilación mecánica, septicemia neonatal, hipoglucemia, internación en la UCIN y hospitalización por 5 o más días aumentó en un factor de 1,8 a 4,2 para los nacimientos a las 37 semanas, y de 1,3 a 2,1 para los nacimientos a las 38 semanas.

Conclusiones

El parto por cesárea electiva repetida antes de las 39 semanas de gestación es un procedimiento frecuente que se asocia a complicaciones respiratorias y otras complicaciones neonatales.

De University of Alabama at Birmingham, Birmingham (A.T.N.T.); Ohio State University, Columbus (M.B.L.); Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver, Bethesda, Maryland (C.Y.S.); George Washington University Biostatistics Center, Washington, DC (Y.L.); University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas (K.J.L.); University of Utah, Salt Lake City (M.W.V.); University of Chicago, Chicago (A.H.M.); University of Pittsburgh, Pittsburgh (S.N.C.); Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, Carolina del Norte (P.J.M.); Thomas Jefferson University, Filadelfia (R.J.W.); Wayne State University, Detroit (Y.S.); University of Cincinnati, Cincinnati, y Columbia University, Nueva York (M.M.); Brown University, Providence, Rhode Island (M.C.); Northwestern University, Chicago (A.M.P.); University of Miami, Miami (M.J.O.); University of Tennessee, Memphis (B.M.S.); University of Texas Health Science Center, San Antonio (O.L.); University of North Carolina, Chapel Hill (J.M.T.); Centro de Ciencias de la Salud de University of Texas, Houston (S.M.R.); y Case Western Reserve University, Cleveland (B.M.M.).

Introducción

El riesgo de padecer dificultades respiratorias es mayor para los neonatos nacidos antes de las 39 semanas de gestación y aumenta progresivamente conforme disminuye la edad gestacional al momento del nacimiento.^{1,2} Por lo tanto, no se recomienda la cesárea electiva sin trabajo de parto (sin indicaciones maternas o fetales específicas) antes de las 39 semanas, excepto que esté demostrada la madurez pulmonar del feto.^{3,4} En comparación con los neonatos nacidos por parto vaginal, los bebés nacidos por cesárea presentan un mayor riesgo de padecer complicaciones respiratorias, especialmente si el parto se realiza antes de que comience el trabajo de parto.^{1,2,5-11} Este mayor riesgo también se aplica a los partos por cesárea a término (una vez completadas al menos 37 semanas de gestación).

En los Estados Unidos, el porcentaje de partos por cesárea aumentó de 20,7% en 1996 a 31,1% en 2006.¹² Uno de los motivos fundamentales de este aumento es la reducción de la cantidad de intentos de parto vaginal después de una cesárea.¹³ También es posible que se programe la cesárea por comodidad de la paciente y del médico, aunque en estos casos existe el riesgo de que se realice el parto antes de lo aconsejable. Dado que aproximadamente 40% de las 1,3 millones de cesáreas que se realizan por año en los Estados Unidos son intervenciones repetidas, y que la cantidad de partos por cesárea sigue en aumento, el momento en que se realiza la cesárea electiva tiene cada vez mayor relevancia para la salud pública.^{14,15} Por lo tanto, el objetivo de este estudio de una amplia cohorte prospectiva de mujeres en los Estados Unidos es describir el momento en que se realizan las cesáreas electivas repetidas y evaluar las asociaciones entre el parto antes de las 39 semanas y el riesgo de complicaciones neonatales.

Métodos

Pacientes

La cohorte del estudio fue seleccionada del registro de cesáreas de la Red de Unidades de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. El registro incluye información detallada prospectiva sobre las cesáreas repetidas consecutivas realizadas en 19 centros académicos de los Estados Unidos entre 1999 y 2002.¹⁶ Los datos sobre las cesáreas fueron recopilados diariamente por personal de investigación capacitado de cada centro, quienes recogieron datos sobre la madre y sobre el neonato en formularios estandarizados. En los formularios se podía establecer una indicación principal y hasta dos indicaciones secundarias de

parto por cesárea dentro de una lista de 20 opciones predefinidas (que incluía la categoría “otros”).

A partir de las indicaciones de cesárea enumeradas (dato en el que hacía hincapié el registro) y de los antecedentes médicos y obstétricos **definimos un grupo de mujeres sometidas a cesárea electiva** (parto sin trabajo de parto u otras indicaciones médicas u obstétricas de parto reconocidas) de un neonato viable una vez completadas, al menos, 37 semanas de gestación (*Figura 1*). No se incluyeron las mujeres con gestación múltiple o cuyo feto presentara una anomalía congénita mayor, ni tampoco las pacientes con otras afecciones médicas u obstétricas que pudieran derivar en un parto temprano o inmediato. Los partos se clasificaron según la cantidad de semanas completas de gestación. Los obstetras determinaron la **edad gestacional** a partir de criterios uniformes que tenían en cuenta la historia clínica y los resultados de la ecografía más reciente.¹⁷ Si los resultados de la ecografía coincidían con la edad gestacional calculada a partir de la fecha del último período menstrual, la edad gestacional se determinó según la fecha del último período menstrual. Si no se conocía con exactitud la fecha del último período menstrual o si los resultados de la ecografía no coincidían con la edad gestacional calculada a partir de la fecha del último período menstrual, la edad gestacional se determinó según los resultados de la ecografía.

Resultados del estudio

Se evaluaron los siguientes **resultados clínicos neonatales**: muerte, complicaciones respiratorias (síndrome de insuficiencia respiratoria o taquipnea transitoria del recién nacido), hipoglucemia, septicemia neonatal, convulsiones, enterocolitis necrosante, encefalopatía hipóxico-isquémica, reanimación cardiopulmonar o asistencia ventilatoria dentro de las 24 horas del nacimiento, pH arterial en sangre del cordón umbilical por debajo de 7.0, Apgar a los 5 minutos de 3 o menos, internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), y hospitalización prolongada (5 días o más). El parámetro de interés principal predefinido fue un cuadro que incluyera cualquiera de las condiciones antes mencionadas. Se realizó el seguimiento de los lactantes hasta el alta del hospital o hasta 120 días después del nacimiento, lo que ocurriera antes.¹⁶

Para diagnosticar el **síndrome de insuficiencia respiratoria** se requirió la presencia de signos de insuficiencia respiratoria, observaciones radiológicas que respaldaran este diagnóstico y oxigenoterapia con una fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) de

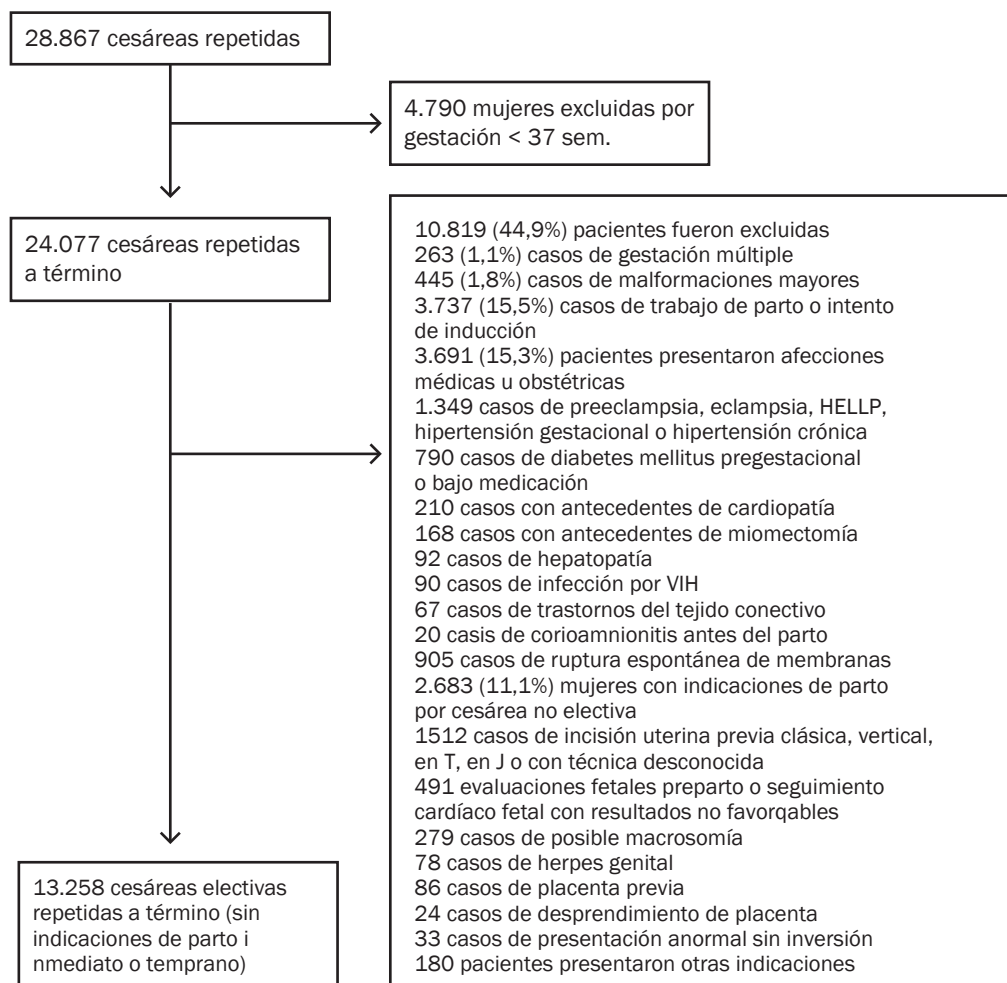
0,40 o más durante al menos 24 horas o hasta la muerte. Para definir la taquipnea transitoria del recién nacido, se requirió la presencia de taquipnea unas horas después del nacimiento y los resultados radiológicos típicos de esta afección. El diagnóstico de enterocolitis necrotizante debió ser confirmado a través de radiografías, una intervención quirúrgica o una autopsia. Para diagnosticar la hipoglucemia se requirió una concentración de glucosa en suero o plasma inferior a 35 mg por decilitro (1,9 mmol por litro) y un tratamiento con glucosa intravenosa. La septicemia neonatal incluyó las sospechas de infección (con datos clínicos que sugirieran la posibilidad) y las infecciones confirmadas (confirmadas para un subgrupo de neonatos mediante cultivos positivos de sangre, líquido cefalorraquídeo u orina obtenidos por catéter o aspiración suprapúbica, mediante la presencia de colapso cardiovascular o mediante una radiografía inequívoca que permitiera confirmar la infección en los neonatos con septicemia clínica).

Se consideró que el peso era bajo para la edad gestacional cuando el peso al nacer era menor o igual al percentil 10, y que el peso era elevado para la edad gestacional cuando el peso al nacer era mayor o igual al percentil 90, determinados según las curvas de crecimiento específicas para cada sexo y origen étnico.¹⁸

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el programa SAS 8.2. Se calculó la incidencia de las complicaciones neonatales para cada semana de gestación completa al momento del parto por cesárea. Para evaluar las tendencias de la incidencia de las complicaciones se utilizó la prueba Cochrane-Armitage. Los *odds ratio* ajustados correspondientes a la asociación entre los desenlaces clínicos neonatales y la edad gestacional al momento del parto, relativos a 39 semanas completas de gestación, fueron derivados a partir de modelos de regresión logística que incluían los siguientes datos sobre la madre: la edad, el grupo

Figura 1. Diagrama de flujo de los criterios de exclusión aplicados para identificar las cesáreas electivas



HELLP= hemólisis, concentración elevada de enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario. VIH= virus de inmunodeficiencia humana.

étnico informado por la paciente, el estado civil, la cantidad de cesáreas previas, el tipo de cobertura médica, la presencia de tabaquismo durante el embarazo y la presencia de diabetes gestacional con control mediante dieta. Para calcular el riesgo atribuible al parámetro de interés principal se usó la siguiente fórmula: $100 \times (\text{riesgo relativo} - 1) \div \text{riesgo relativo}$, donde el riesgo relativo es el riesgo a las 37 ó 38 semanas dividido por el riesgo a las 39 semanas.¹⁹ Se consideró un valor P nominal de dos colas inferior a 0,05 para indicar la significación estadística, y no se realizaron ajustes por comparaciones múltiples.

El estudio recibió la aprobación de las comisiones institucionales de revisión de cada centro clínico y del centro de coordinación de datos. Al transmitir los datos al centro de coordinación no se incluyó información que permitiera identificar a las pacientes, a quienes no se les solicitó una autorización. El personal del *George Washington University Biostatistics Center* tuvo acceso a todos los datos y llevó a cabo los análisis.

Resultados Pacientes

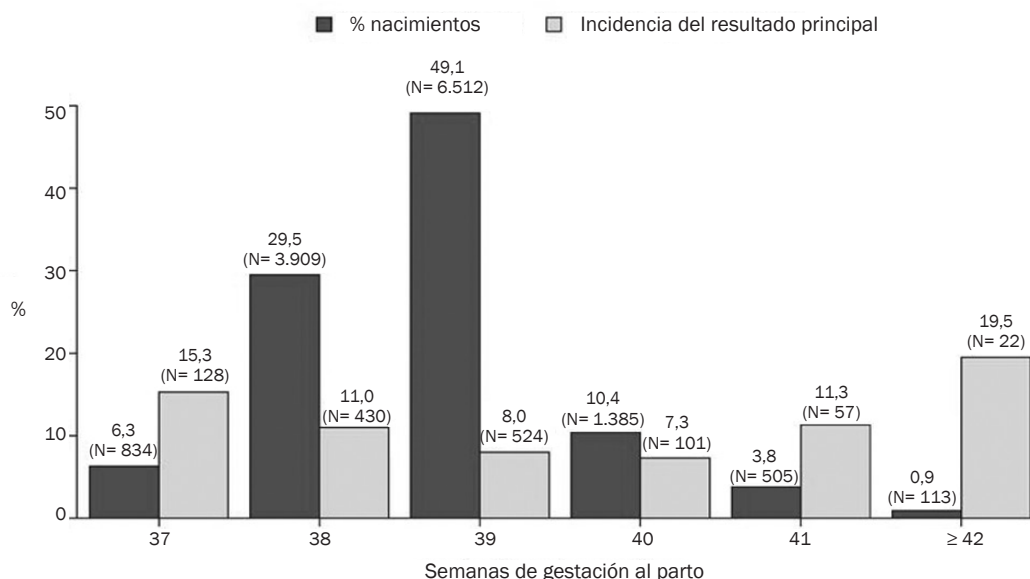
El estudio abarcó un total de 28.867 mujeres que dieron a luz por cesárea repetida. Del total de las cesáreas, 24.077 cesáreas fueron realizadas a término. Una vez excluidas las pacientes con gestación múltiple, las pacientes cuyo feto tuviera una anomalía congénita mayor y las que presentaran indicaciones de parto inmediato o temprano, identificamos 13.258 mujeres que se sometieron a una cesárea electiva

a término. En 76,8% de los embarazos se confirmó la edad gestacional al momento del parto mediante una ecografía en el primer o el segundo trimestre.

Entre los casos de cesárea electiva repetida a término, 6,3% se realizaron una vez completadas las 37 semanas de gestación, 29,5% a las 38 semanas, 49,1% a las 39 semanas y un porcentaje levemente superior a 15% a las 40 semanas o después (*Figura 2*). Por lo tanto, 35,8% (intervalo de confianza [IC] 95%, 35,0 a 36,6) de las cesáreas electivas repetidas fueron realizadas antes de las 39 semanas de gestación. La mediana de la proporción de partos antes de las 39 semanas de gestación entre los 19 centros fue de 36,5%, y el intervalo fue de 18,6 a 52,5%.

Se observó que las madres y los lactantes presentaban diferentes características según las semanas de gestación completadas al momento del parto (*Tabla 1*). En general, las mujeres que dieron a luz antes de las 39 semanas de gestación eran mayores y tenían un índice de masa corporal menor en el momento del parto que las mujeres que dieron a luz a las 39 semanas o después. También se observó que, entre las pacientes que habían parido antes de las 39 semanas, la mayoría eran caucásicas, tenían seguro médico privado, estaban casadas y se habían realizado una ecografía en el primer o segundo trimestre para calcular la fecha del embarazo. La media del peso al nacer y la prevalencia de neonatos de peso elevado para la edad gestacional aumentaban conforme se incrementaba la edad gestacional al momento del parto.

Figura 2. Momento de realización de la cesárea electiva repetida e incidencia del parámetro de interés principal según las semanas de gestación completadas



Resultados del estudio

Solamente se registró una muerte neonatal, en un neonato nacido a las 39 semanas. Hubo 5 neonatos que presentaron convulsiones, y no se registró ningún caso de encefalopatía hipóxico-isquémica o enterocolitis necrotizante. El porcentaje de casos del índice compuesto por cualquier complicación o muerte neonatal varió de acuerdo con el centro, y la mediana fue de 10,5% (intervalo intercuartil: 7,0 a 11,7). En la *Tabla 2* se muestra la incidencia de las complicaciones neonatales según la edad gestacional al momento del nacimiento. La incidencia del resultado de interés principal fue significativamente menor cuando la edad gestacional al nacer aumentó de 37 a 39 semanas (con porcentajes de 15,3% a las 37 semanas y de 8,0% a las 39; P para la tendencia $<0,001$). También se observaron tendencias similares de disminución de la incidencia ante una mayor edad gestacional para las siguientes condiciones: complicaciones respiratorias y sus componentes (taquipnea transitoria del recién nacido o síndrome de insuficiencia respiratoria), internación en la UCIN, necesidad de reanimación cardiopulmonar o ventilación mecánica dentro de las 24 horas del parto, septicemia neonatal, hipoglucemia e internación prolongada. De los 4 neonatos que necesitaron reanimación cardiopulmonar, 3 también necesitaron ventilación mecánica.

También analizamos los desenlaces de los partos realizados después de las 39 semanas de gestación. La incidencia de todas las complicaciones neonatales para los neonatos nacidos a las 40 semanas de gestación fue similar a la observada entre los neonatos nacidos a las 39 semanas. Sin embargo, se registró una significativa tendencia ascendente para la incidencia del parámetro de desenlace principal entre los partos realizados después de las 40 semanas de gestación (P para la tendencia $<0,001$). Se observaron tendencias similares para las complicaciones respiratorias ($P=0,002$), la internación en la UCIN ($P<0,001$), la septicemia neonatal ($P<0,001$) y la hospitalización prolongada ($P<0,001$). El análisis de los resultados de otros desenlaces se vio limitado por la reducida cantidad de casos regis-

trados. En la *Figura 2* se muestra la relación general entre la edad gestacional al momento del parto y el parámetro de interés principal.

La tendencia hacia una menor incidencia del cuadro compuesto analizado y de las complicaciones neonatales individuales conforme aumenta la edad gestacional al momento del parto hasta las 39 semanas de gestación, también fue significativa en los análisis ajustados para posibles factores de confusión. Los *odds ratio* ajustados iban de 1,8 a 4,2 a las 37 semanas de gestación, y de 1,3 a 2,1 a las 38 semanas de gestación, en comparación con 1,0 a las 39 semanas de gestación (*Tabla 3*). El parto a las 40 semanas no estuvo asociado a una morbilidad significativamente superior, en comparación con el parto a las 39 semanas. Sin embargo, los partos a las 41 ó 42 semanas, o más, estuvieron asociados a un aumento de diversas complicaciones con una magnitud similar a las observadas en los neonatos nacidos a las 38 y 37 semanas. Otras variables asociadas al parámetro de interés principal en los estudios de variables múltiples fueron: grupo étnico, cantidad de cesáreas previas, cobertura médica, presencia de diabetes mellitus gestacional controlada por dieta y edad materna.

Se obtuvieron resultados similares cuando se restringieron los análisis ajustados del resultado de interés principal a los partos en los cuales la edad gestacional se determinó a partir de una ecografía en el primer o el segundo trimestre. Además de estos resultados, cuando se excluyó el 1% de neonatos con un peso al nacer inferior a 2.500 g, no se vio alterada la prevalencia del parto antes de las 39 semanas ni se modificó materialmente la asociación entre la menor edad gestacional al momento del parto y el parámetro de interés principal. Se obtuvieron resultados similares en los análisis ajustados para cada centro de estudio. Además, cuando se limitó el análisis de los partos antes de las 39 semanas al 51,9% de los partos (2.463 de 4.743) realizados en los últimos 3 días antes de la semana 39 (es decir, de 38 semanas y 4 días a 38 semanas y 6 días), el riesgo del cuadro compuesto analizado siguió siendo superior que el

La incidencia del resultado de interés principal fue significativamente menor cuando la edad gestacional al nacer aumentó de 37 a 39 semanas (15,3% a las 37 semanas y 8,0% a las 39; P para la tendencia $<0,001$).

La tendencia hacia una menor incidencia del cuadro compuesto analizado y de las complicaciones neonatales individuales conforme aumenta la edad gestacional al momento del parto hasta las 39 semanas de gestación, también fue significativa en los análisis ajustados para posibles factores de confusión.

Tabla 1. Características de las madres y los neonatos según las semanas de gestación completas al momento del parto^a

Característica	Sem. 37 (N= 834)	Sem. 38 (N= 3909)	Sem. 39 (N= 6512)	Sem. 40 (N= 1385)	Sem. 41 (N= 505)	Sem. ≥42 (N= 113)	Valor P
Madres							
<i>Edad al momento del parto</i>							
Media: años	30,4±5,5	30,5±5,4	29,8±5,6	28,7±5,7	27,9±5,7	27,4±6,1	<0,001
<18 años: núm./total (%)	1/834 (0,1)	13/3909 (0,3)	29/6511 (0,4)	11/1385 (0,8)	5/505 (1,0)	1/113 (0,9)	<0,001
18-34 años: núm./total (%)	625/834 (74,9)	2972/3909 (76,0)	5070/6511 (77,9)	1137/1385 (82,1)	435/505 (86,1)	101/113 (89,4)	
≥35 años: núm./total (%)	208/834 (24,9)	924/3909 (23,6)	1412/6511 (21,7)	237/1385 (17,1)	65/505 (12,9)	11/113 (9,7)	
Índice de masa corporal al momento del parto ^b	32,8±7,3	32,8±6,7	33,4±6,7	33,8±6,8	34,5±6,7	34,6±7,1	<0,001
Raza o grupo étnico: núm. (%) ^c							<0,001
Negra	160 (19,2)	637 (16,3)	1292 (19,8)	336 (24,3)	128 (25,3)	31 (27,4)	
Caucásica	427 (51,2)	2194 (56,1)	2955 (45,4)	472 (34,1)	117 (23,2)	20 (17,7)	
Hispana	201 (24,1)	896 (22,9)	1991 (30,6)	504 (36,4)	231 (45,7)	52 (46,0)	
Otros ^d	46 (5,5)	182 (4,7)	274 (4,2)	73 (5,3)	29 (5,7)	10 (8,8)	
Casada: núm./total (%)	574/834 (68,8)	2930/3909 (75,0)	4290/6511 (65,9)	820/1385 (59,2)	269/505 (53,3)	53/113 (46,9)	<0,001
Cobertura médica: núm./total (%)							<0,001
Medicaid o sin cobertura médica	390/834 (46,8)	1453/3907 (37,2)	3270/6511 (50,2)	844/1385 (60,9)	388/505 (76,8)	90/113 (79,6)	
Seguro privado	444/834 (53,2)	2454/3907 (62,8)	3241/6511 (49,8)	541/1385 (39,1)	117/505 (23,2)	23/113 (20,4)	
Fumadora: núm./total (%)	95/834 (11,4)	415/3909 (10,6)	795/6506 (12,2)	162/1385 (11,7)	51/504 (10,1)	10/113 (8,8)	0,153
Núm. de cesáreas previas: cant. de mujeres (%)							<0,001
1	444 (53,2)	2403 (61,5)	3940 (60,5)	1006 (72,6)	407 (80,6)	82 (72,6)	
2	272 (32,6)	1135 (29,0)	2070 (31,8)	312 (22,5)	83 (16,4)	26 (23,0)	
≥3	118 (14,1)	371 (9,5)	502 (7,7)	67 (4,8)	15 (3,0)	5 (4,4)	
Diabetes mellitus gestacional controlada por dieta: núm./total (%)	55/834 (6,6)	225/3909 (5,8)	350/6511 (5,4)	52/1384 (3,8)	7/505 (1,4)	3/113 (2,7)	<0,001
Ecografía en el 1° o 2° trimestre: núm./total (%)	648/834 (77,7)	3092/3909 (79,1)	5133/6512 (78,8)	942/1385 (68,0)	308/505 (61,0)	63/111 (56,8)	<0,001
Neonato							
Sexo masculino: n (%)	425 (51,0)	1966 (50,3)	3281 (50,4)	704 (50,8)	270 (53,5)	56 (49,6)	0,844
Peso al nacer							
Media, g	3218±469	3418±447	3505±451	3583±467	3714±473	3673±467	<0,001
<2500 g: n (%)	42 (5,0)	45 (1,2)	53 (0,8)	8 (0,6)	2 (0,4)	0 (0)	<0,001
≥2500 g: n (%)	792 (95,0)	3864 (98,8)	6459 (99,2)	1377 (99,4)	503 (99,6)	113 (100)	
Bajo peso para la edad gestacional: n (%) ^f	53 (6,4)	165 (4,2)	383 (5,9)	94 (6,8)	24 (4,8)	2 (1,8)	<0,001
Peso elevado para la edad gestacional: n (%) ^g	107 (12,8)	566 (14,5)	890 (13,7)	222 (16,0)	88 (17,4)	19 (16,8)	0,039

a. Los valores más-menos son valores medios ±SD.

b. Para obtener el índice de masa corporal se calculó el peso, en kilogramos, dividido por el cuadrado de la altura, en metros. No se obtuvieron los datos de 584 pacientes.

c. La raza o el grupo étnico fue informado por las pacientes.

d. La categoría "otros" incluye personas de origen asiático, de poblaciones nativas de los Estados Unidos y de otros grupos étnicos.

e. Las mujeres con diabetes gestacional controlada mediante dieta fueron incluidas en el estudio, no así las mujeres con otros tipos de diabetes.

f. Se consideró bajo peso para la edad gestacional un peso igual o inferior al percentil 10.

g. Se consideró peso elevado para la edad gestacional un peso igual o mayor al percentil 90.

registrado para los partos a las 39 semanas completas (riesgo relativo, 1,21; IC 95%, 1,04 a 1,40; P =0,01).

El riesgo atribuible del resultado de interés principal debido a la cesárea electiva antes de las 39 semanas de gestación fue de 48% a las 37 semanas (lo cual implica que posponer la cesárea electiva hasta las 39 semanas puede prevenir 48% de las complicaciones en los partos a las 37 semanas de gestación) y de 27% a las 38 semanas de gestación.

Discusión

En este amplio estudio multicéntrico llevado a cabo en los Estados Unidos, más de un tercio de las cesáreas electivas repetidas a término fueron realizadas antes de las 39 semanas de gestación. En comparación con los partos a las 39 semanas, los partos más tempranos estuvieron asociados a un riesgo significativamente superior de un desenlace compuesto que incluyera muerte neonatal o cualquier complicación, así como un mayor riesgo de complicaciones neonatales

individuales, como complicaciones respiratorias e internación en la UCIN. Los riesgos de complicaciones neonatales individuales fueron mayores para las cesáreas realizadas a las 37 semanas (por un factor de 1,8 a 4,2) que para los partos a las 38 semanas (por un factor de 1,3 a 2,1) en relación con los partos a las 39 semanas de gestación. La postergación de la cesárea más allá de las 40 semanas también estuvo asociada a una mayor incidencia de complicaciones neonatales. Sin embargo, solamente se registró una muerte neonatal y ningún caso de encefalopatía hipóxico-isquémica o enterocolitis necrotizante en esta cohorte específica de partos a término de bajo riesgo.

La validez de estos resultados depende de nuestra capacidad para identificar y excluir correctamente las cesáreas en las cuales había indicaciones de parto antes de las 39 semanas. Los formularios de todas las pacientes del registro y de los neonatos fueron supervisados por personal específicamente capacitado y certificado a fin de identificar indicaciones de

Tabla 2. Incidencia de las complicaciones neonatales según las semanas de gestación completas al momento del parto^a

Variable	Sem. 37 (N= 834)	Sem. 38 (N= 3909)	Sem. 39 (N= 6512)	Sem. 40 (N= 1385)	Sem. 41 (N= 505)	Sem ≥42 (N= 113)	P para la tendencia ^b
Número/número total (porcentaje)							
Cualquier complicación o muerte	128/834 (15,3)	430/3909 (11,0)	524/6512 (8,0)	101/1385 (7,3)	57/505 (11,3)	22/113 (19,5)	<0,001
Complicaciones respiratorias							
Síndrome de insuficiencia respiratoria	31/833 (3,7)	75/3904 (1,9)	58/6510 (0,9)	13/1381 (0,9)	4/504 (0,8)	2/113 (1,8)	<0,001
Taquipnea transitoria del recién nacido	40/833 (4,8)	153/3904 (3,9)	178/6508 (2,7)	34/1381 (2,5)	24/504 (4,8)	7/113 (6,2)	<0,001
Síndrome de insuficiencia respiratoria o taquipnea transitoria del recién nacido	68/833 (8,2)	213/3904 (5,5)	221/6510 (3,4)	42/1381 (3,0)	26/504 (5,2)	9/113 (8,0)	<0,001
Internación en la UCIN	107/833 (12,8)	316/3905 (8,1)	382/6510 (5,9)	66/1381 (4,8)	40/504 (7,9)	16/113 (14,2)	<0,001
Septicemia neonatal ^c	58/833 (7,0)	156/3904 (4,0)	163/6508 (2,5)	37/1381 (2,7)	19/504 (3,8)	12/113 (10,6)	<0,001
Caso confirmado	3/833 (0,4)	3/3904 (0,1)	7/6508 (0,1)	2/1381 (0,1)	2/504 (0,4)	0/113	0,260
Hipoglucemia bajo tratamiento	20/833 (2,4)	35/3904 (0,9)	44/6508 (0,7)	11/1381 (0,8)	8/504 (1,6)	2/113 (1,8)	<0,001
RCP o ventilación dentro de las 24 horas	16/833 (1,9)	35/3904 (0,9)	27/6509 (0,4)	5/1381 (0,4)	2/504 (0,4)	0/113	<0,001
Ventilación dentro de las 24 horas	16/833 (1,9)	34/3904 (0,9)	27/6509 (0,4)	5/1381 (0,4)	2/504 (0,4)	0/113	<0,001
Hospitalización ≥5 días	76/831 (9,1)	221/3904 (5,7)	237/6503 (3,6)	56/1381 (4,1)	38/504 (7,5)	13/113 (11,5)	<0,001

a. RCP significa reanimación cardiopulmonar. UCIN significa unidad de cuidados intensivos neonatales.

b. El valor P se calculó a partir de la prueba Cochran-Armitage para la tendencia correspondiente al período de 37 a 39 semanas únicamente.

c. La septicemia neonatal incluye las sospechas de infección (con datos clínicos que sugirieran la posibilidad) y las infecciones confirmadas (confirmadas para un subgrupo de neonatos mediante cultivos positivos de sangre, líquido cefalorraquídeo u orina obtenidos por catéter o aspiración suprapúbica, mediante la presencia de colapso cardiovascular o mediante una radiografía inequívoca que permita confirmar la infección en los neonatos con septicemia clínica).

parto por cesárea. Aplicamos estrictos criterios para determinar la cesárea electiva; y si bien no se consideró que la restricción del crecimiento fetal fuera una indicación específica de parto por cesárea, los resultados no se vieron afectados por la exclusión de los neonatos con posible restricción del crecimiento (peso al nacer <2.500 g). También es posible que algunas de las cesáreas a término más tempranas hayan sido realizadas porque la madre materna percibía una reducción en el movimiento fetal (indicador de posible compromiso fetal). Aunque en estos casos generalmente se realiza un estudio fetal preparto para detectar signos de compromiso fetal²⁰ (identificados como indicaciones de parto), los médicos pueden omitir el estudio fetal antes de un parto a término. Este factor podría haber afectado nuestros resultados si la cantidad de partos con estas características antes de las 39 semanas hubiera sido mayor, aunque esta situación es poco probable.

También resulta de importancia la exactitud con la que se determinó la edad gestacional. Nuestros resultados prácticamente no difirieron cuando se restringió el análisis a los neonatos cuya edad gestacional se determinó mediante una ecografía en el primer o segundo trimestre, y no por una ecografía en el tercer trimestre o solamente a partir de la fecha del último período menstrual. El hecho de que el peso al nacer medio aumente conforme se incrementa la edad gestacional asignada, permite respaldar la

exactitud de nuestra determinación de las fechas.

No obstante, deben mencionarse algunas limitaciones del estudio. Los partos realizados antes de las 39 semanas de gestación, pero después de haber obtenido resultados positivos en los estudios de madurez pulmonar, no se considerarían cesáreas inadecuadamente tempranas.^{3,4} Sin embargo, no contamos con información sobre los estudios de madurez pulmonar. Un estudio retrospectivo de los partos por cesárea realizados en un centro estadounidense, si bien posiblemente no sea representativo de la población general, reveló que 22% de las cesáreas electivas se realizaban tempranamente sin estudios de la madurez pulmonar del feto.²¹ Se requiere más investigación para evaluar si una mayor cantidad de complicaciones en las cesáreas antes de las 39 semanas se debe completamente a la falta de evaluación de la madurez fetal antes del parto, o si un estudio que indique la madurez no permitiría prevenir la mayor cantidad de complicaciones desarrolladas en estos partos tempranos.

El diseño de nuestro estudio no nos permitió evaluar si hubo un aumento en los casos de muerte fetal tardía asociados con la postergación del parto hasta, al menos, las 39 semanas de gestación. El riesgo informado de muerte fetal tardía sin explicación no superó los 0,2 cada 1.000 partos a las 37 semanas y 0,5 cada 1.000 partos a las 38 semanas entre cohortes de pacientes escocesas y canadienses que ya habían

Tabla 4. Riesgo para resultados neonatales adversos según edad gestacional al parto^a

Resultado ^b	Sem 37	Sem 38	Sem 39	Sem 40	Sem 41	Sem 42
odds ratio (95% CI)						
Any adverse outcome or death	2,1 (1,7–2,5)	1,5 (1,3–1,7)	Reference	0,9 (0,7–1,1)	1,4 (1,0–1,8)	2,5 (1,5–4,0)
Adverse respiratory outcome						
Respiratory distress syndrome	4,2 (2,7–6,6)	2,1 (1,5–2,9)	Reference	1,1 (0,6–2,0)	1,0 (0,4–2,8)	2,3 (0,6–9,7)
Transient tachypnea of the newborn	1,8 (1,2–2,5)	1,5 (1,2–1,9)	Reference	0,9 (0,6–1,3)	1,7 (1,1–2,7)	2,2 (1,0–4,8)
Respiratory distress syndrome or transient tachypnea of the newborn	2,5 (1,9–3,3)	1,7 (1,4–2,1)	Reference	0,9 (0,6–1,2)	1,5 (1,0–2,4)	2,4 (1,2–4,9)
Admission to the NICU	2,3 (1,9–3,0)	1,5 (1,3–1,7)	Reference	0,8 (0,6–1,0)	1,3 (0,9–1,9)	2,5 (1,5–4,4)
Newborn sepsis ^c	2,9 (2,1–4,0)	1,7 (1,4–2,2)	Reference	1,0 (0,7–1,5)	1,4 (0,8–2,2)	4,1 (2,2–7,6)
Treated hypoglycemia	3,3 (1,9–5,7)	1,3 (0,8–2,0)	Reference	1,2 (0,6–2,4)	2,6 (1,2–5,7)	2,8 (0,7–11,7)
Hospitalization ≥5 days	2,7 (2,0–3,5)	1,8 (1,5–2,2)	Reference	1,0 (0,8–1,4)	1,9 (1,3–2,7)	2,9 (1,6–5,3)

a. NICU denotes neonatal intensive care unit.

b. All outcomes are adjusted for maternal age (as a continuous variable), race or ethnic group, number of previous cesarean deliveries, marital status, payer, smoking status, and presence or absence of diet-controlled gestational diabetes mellitus.

c. Newborn sepsis included both suspected infections (with clinical findings suggesting infection) and proved infections (as confirmed in a subgroup of neonates with positive cultures of blood, cerebrospinal fluid, or urine obtained by catheterization or suprapubic aspiration; cardiovascular collapse; or an unequivocal radiograph confirming infection in a neonate with clinical sepsis).

tenido cesáreas previas.^{22,23} Si asumimos que en nuestra población estadounidense existe un riesgo promedio superior, de aproximadamente 0,5 cada 1.000 partos por semana, podemos calcular que **en nuestra cohorte podrían haberse evitado 2 ó 3 casos de muerte fetal tardía entre los partos antes de las 39 semanas**. Sin embargo, si se comparan estos datos con los correspondientes a los partos a las 39 semanas, el parto temprano aumentó la incidencia de las complicaciones neonatales en la cohorte, con 176 casos adicionales del parámetro de interés principal, 145 internaciones en la UCIN y 63 casos de síndrome de insuficiencia respiratoria. Aunque en nuestra cohorte no se registraron muertes neonatales asociadas al parto temprano, el tamaño de la muestra era muy reducido para detectar un aumento en este desenlace poco frecuente, ya que se necesitarían más de 20.000 casos para medir una incidencia de 0,1 a 1,0% con la exactitud y seguridad adecuadas.

Dado que la amplia mayoría de las pacientes con cesáreas previas optó por una cesárea repetida,^{13,14} que más del 25% de las cesáreas primarias se realizan antes del comienzo del trabajo de parto,²⁴ y que parece haber una tendencia creciente hacia el parto por cesárea por pedido de la madre,²⁵ el momento en que se programa la cesárea y su efecto sobre el desenlace para el neonato son de gran importancia para la salud pública. Identificamos una revisión sistemática reciente²⁶ y 5 estudios europeos individuales^{1,2,27-29} donde se analizó la asociación entre la programación de la cesárea electiva y los desenlaces neonatales. Los porcentajes de partos por cesárea electiva antes de las 39 semanas eran superiores en las cohortes europeas (entre 51 y 83%) que en nuestro estudio. Sin embargo, no es posible comparar directamente los resultados de estos estudios con los nuestros, ya que las definiciones de "cesárea electiva" y los criterios de inclusión o exclusión variaban considerablemente. No obstante, los estudios demostraron un aumento similar en la morbilidad respiratoria cuando la cesárea se realiza antes de las 39 semanas. Estos estudios se concentraron principalmente en las complicaciones respiratorias, y el número combinado de mujeres que se sometían a cesárea electiva era de aproximadamente la mitad que en nuestro estudio.

Fue posible identificar el cuadro compuesto analizado en aproximadamente 10% de los neonatos de nuestro estudio. Si bien la mayoría de los partos antes de las 39 semanas se realizaron entre las 38 semanas y 4 días y las 38 semanas y 6 días, las cesáreas durante este período también estuvieron asociadas a una mayor morbilidad neonatal. También observamos un mayor riesgo de complicaciones neonatales cuando la cesárea se realizó a las 41 semanas,

o después, aunque la proporción general de madres que dieron a luz en este momento fue reducida (<5%). Estos datos permiten sugerir que, además del riesgo de muerte fetal tardía, que prácticamente se duplica a las 41 semanas de gestación y aumenta en un factor de hasta 5 a las 42 semanas o más en comparación con los partos a las 39 semanas,^{22,23} el riesgo de complicaciones neonatales también puede incrementarse al postergar la cesárea electiva más allá de las 39 o 40 semanas completas de gestación.

Nuestra población de estudio combinada refleja todo el espectro socioeconómico y demográfico de los Estados Unidos.³⁰ Si bien solamente estudiamos los procedimientos repetidos, que representan la mayoría las cesáreas electivas, existen estudios previos donde se incluyeron las cesáreas primarias y en los cuales se revelaron aumentos similares de las complicaciones respiratorias para los partos antes de las 39 semanas de gestación.^{28,29}

Nuestros resultados indican que una elevada proporción de los partos por cesárea electiva en los Estados Unidos se realizan antes de las 39 semanas. Este dato puede corresponder a distintos factores, como el deseo de la madre de dar a luz una vez cumplido el término el embarazo y el deseo del médico de programar la intervención quirúrgica en un momento conveniente.²⁵ Estos partos tempranos están asociados a un aumento prevenible de la morbilidad neonatal y las internaciones en la UCIN, que implican un elevado costo económico. Estos resultados permiten respaldar las recomendaciones de postergar la cesárea electiva hasta las 39 semanas de gestación y resultan útiles para asesorar a las pacientes.

Bibliografía

1. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:101-106.
2. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr* 2004;93:643-647.
3. Fetal maturity assessment prior to elective repeat caesarean delivery: ACOG Committee Opinion: Committee on Obstetrics: Maternal and Fetal Medicine. Núm. 98, septiembre 1991 (reemplaza núm. 77, enero 1990). *Int J Gynaecol Obstet* 1992;38:327-327.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion no. 394, December 2007: cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2007;110:1501-1504.
5. Richardson BS, Czik MJ, daSilva O, Natale R. The impact of labor at term on measures of neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:219-226.
6. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of de-

- livery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol* 2001;97:439-442.
7. Hook B, Kiwi R, Amini SB, Fanaroff A, Hack M. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics* 1997;100:348-353.
 8. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:862-867.
 9. Hales KA, Morgan MA, Thurnau GR. Influence of labor and route of delivery on the frequency of respiratory morbidity in term neonates. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;43:35-40.
 10. Cohen M, Carson BS. Respiratory morbidity benefit of awaiting onset of labor after elective cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;65:818-824.
 11. Bowers SK, MacDonald HM, Shapiro ED. Prevention of iatrogenic neonatal respiratory distress syndrome: elective repeat cesarean section and spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:186-189.
 12. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2006. *Natl Vital Stat Rep* 2007;56:1-18.
 13. Gregory KD, Curtin SC, Taffel SM, Notzon FC. Changes in indications for cesarean delivery: United States, 1985 y 1994. *Am J Public Health* 1998;88:1384-1387.
 14. Menacker F. Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990-2003. *Natl Vital Stat Rep* 2005;54:1-8.
 15. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006;30:235-241.
 16. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351:2581-2589.
 17. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 6 ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2007.
 18. Alexander GR, Kogan MD, Himes JH. 1994-1996 U.S. singleton birth weight percentiles for gestational age by race, Hispanic origin, and gender. *Matern Child Health J* 1999;3:225-231.
 19. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiology: beyond the basics. Gaithersburg, MD: Aspen, 2000.
 20. ACOG practice bulletin: antepartum fetal surveillance. Núm. 9, octubre 1999 (reimp. Technical Bulletin 188, enero 1994): clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;68:175-185.
 21. Laye MR, Dellinger EH. Timing of scheduled cesarean delivery in patients on a teaching versus private service: adherence to American College of Obstetricians and Gynecologists guidelines and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:577-584.
 22. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003;362:1779-1784.
 23. Wood SL, Chen S, Ross S, Sauve R. The risk of unexplained antepartum stillbirth in second pregnancies following cesarean section in the first pregnancy. *BJOG* 2008;115:726-731.
 24. Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2005;105:751-756.
 25. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: cesarean delivery on maternal request March 27-29, 2006. *Obstet Gynecol* 2006;107:1386-1397.
 26. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:389-394.
 27. Graziosi GC, Bakker CM, Brouwers HA, Bruinse HW. Elective cesarean section is preferred after the completion of a minimum of 38 weeks of pregnancy. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:2300-2303.
 28. van den Berg A, van Elburg RM, van Geijn HP, Fetter WP. Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants: a 5-year retrospective study and a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98:9-13.
 29. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336:85-87.
 30. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003;52:1-113.

Apéndice

Además de los autores, los otros miembros de la Red de Unidades de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) Eunice Kennedy Shriver son los siguientes: Ohio State University: J. Iams, F. Johnson, S. Meadows, H. Walker. University of Alabama at Birmingham: D. Rouse, J. Hauth, A. Northen, S. Tate. University of Texas Southwestern Medical Center: S. Bloom, J. McCampbell, D. Bradford. University of Utah: M. Belfort, F. Porter, B. Oshiro, K. Anderson, A. Guzman. University of Chicago: J. Hibbard, P. Jones, M. Ramos-Brinson, M. Moran, D. Scott. University of Pittsburgh: K. Lain, M. Cotroneo, D. Fischer, M. Luce. Wake Forest University: M. Harper, M. Swain, C. Moorefield, K. Lanier, L. Steele. Thomas Jefferson University: A. Sciscione, M. DiVito, M. Talucci, M. Pollock. Wayne State University: M. Dombrowski, G. Norman, A. Millinder, C. Sudz, B. Steffy. University of Cincinnati: T. Siddiqi, H. How, N. Elder. Columbia University: F. Malone, M. D'Alton, V. Pemberton, V. Carmona, H. Husami. Brown University: H. Silver, J. Tillinghast, D. Catlow, D. Allard. Northwestern University: M. Socol, D. Gradishar, G. Mallett. University of Miami: G. Burkett, J. Gilles, J. Potter, F. Doyle, S. Chandler. University of Tennessee: W. Mabie, R. Ramsey. University of Texas at San Antonio: O. Langer, S. Barker, M. Rodriguez. University of North Carolina: K. Moise, K. Dorman, S. Brody, J. Mitchell. University of Texas at Houston: L. Gilstrap, M. Day, M. Kerr, E. Gildersleeve. Case Western Reserve University: P. Catalano, C. Milluzzi, B. Slivers, C. Santori. George Washington University Biostatistics Center: E. Thom, S. Gilbert, H. Juliussen-Stevenson, M. Fischer. Eunice Kennedy Shriver NICHD: D. McNellis, K. Howell, S. Pagliaro.

CON LA INEQUIDAD TODOS PIERDEN

Dr. Horacio Lejarraga^a

Ni la clase política ni el Gobierno (éste y muchos otros previos) ni la sociedad parecen tener como prioridad el desarrollo de los niños, entendiendo este desarrollo como los cambios en la conducta sensorio-motriz, el lenguaje, la inteligencia y el aprendizaje.

Afirmo esto porque el tema no aparece en ningún medio masivo de difusión ni es motivo de debate público ni se apoya su enseñanza ni su investigación en forma específica.

Para colmo, una creencia difundida en nuestra sociedad es que, a pesar de las enormes desigualdades sociales que hay en nuestro país, la disponibilidad de un ingreso que permite llevar a los hijos a un “buen colegio” (alguna vez habría que debatir qué se entiende por un “buen colegio”) garantiza de alguna manera un pleno desarrollo de sus capacidades. Es algo parecido a lo que hemos leído en el libro de Guillermo Jaim Etcheverry “La tragedia educativa”. Allí se reproduce una encuesta que dice que la enorme mayoría de la gente piensa que la educación en el país es de muy mala calidad, pero casualmente el colegio al que mandan sus hijos es muy bueno. Siguiendo esta línea de pensamiento, los que tienen recursos “se salvan” de las calamidades de la Argentina. Nada más equivocado.

Los conocimientos que hemos adquirido, tras veinte años de investigaciones sobre desarrollo infantil en nuestro país, sumados a investigaciones epidemiológicas recientes hechas por otros autores en otros países (Keating y Herzman, 1999), son los que motivan y sostienen científicamente este artículo. Estos conocimientos pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Las experiencias tempranas de los niños, el estímulo del medio ambiente, su exposición al conocimiento, al aprendizaje y estímulos afectivos y cognitivos ejercen un efecto de “escultura neural” sobre el cerebro. Con ella, el niño organiza esas experiencias y forma las redes cerebrales que serán, a su vez, determinantes de su conducta. Hay estudios en nuestro país que dan cuenta de la estrecha relación entre el desarrollo infantil y el medio ambiente (incluyendo la familia, la nutrición, las enfermedades,

el agua contaminada que tomamos, etc.) y éste es un concepto conocido entre nosotros, los pediatras.

El efecto del medio ambiente sobre la salud y el desarrollo psicosocial se produce a través de varios intermediarios; algunos están dentro del ámbito familiar (la nutrición, los problemas de salud, la utilización de servicios de salud, las interacciones con los padres y su situación emocional, la estabilidad del hogar, la provisión de experiencias de aprendizaje, las interacciones con los padres), pero otros están en el ámbito de la comunidad: las sustancias tóxicas, la exposición a la violencia, el espíritu de conectividad social (el sentimiento de pertenencia a un tejido social, a un grupo), la existencia de centros comunitarios, de ámbitos públicos compartidos, etc.

Hay una relación entre los indicadores de salud, de esperanza de vida y de desarrollo infantil, por un lado, y el nivel socioeconómico de las personas, por el otro. Los grupos de niveles socioeconómicos más altos exhiben mejor ajuste social, mejores indicadores de desarrollo y mantienen mejores indicadores de salud y de rendimiento escolar. Después de los años escolares esos grupos mantienen en la vida adulta las ventajas adquiridas más tempranamente.

2. Sabemos ahora que estas relaciones entre salud y nivel socioeconómico no sólo existen para la salud mental y física, sino también para un amplio rango de aspectos del desarrollo infantil, tales como adaptación social, alfabetización y logros matemáticos y cognitivos en general. No solamente la salud general de la población es en función de las diferencias entre los que tienen más y los que tienen menos, sino que el desarrollo intelectual, la capacidad adaptativa y la conducta social de la población general son lesionados con la existencia de pronunciados gradientes sociales, entendiendo por este término las diferencias entre los que tienen más y los que tienen menos.

3. Pero lo que es menos conocido es que los factores que operan sobre las poblaciones son diferentes de los que operan sobre los individuos. El estatus de salud de grupos sociales está insertado en factores colectivos y no tanto en factores individuales. En los países en los que hay gradientes sociales muy grandes,

como por ejemplo el nuestro, y con él toda la región, desde Alaska hasta Tierra del Fuego (la región más inequitativa del mundo), el tamaño de los gradientes (la distancia social entre miembros de la población) se asocia estrechamente con la salud promedio de la población. Esto ha sido llamado el “efecto gradiente”.

Hay varios estudios sobre este efecto. Uno, realizado en los cincuenta estados de Estados Unidos (1996), demostró que los estados con mayor equidad en la distribución del ingreso tienen la mayor esperanza de vida. Otro estudio similar hecho en Suecia (país con mucha equidad social) y el Reino Unido (país con relativamente menor equidad social) demostró que en este último la mortalidad en el adulto joven es mayor que en Suecia y que estas diferencias persisten en las mismas clases sociales de los dos países: las clases altas de Suecia tienen menor mortalidad que las clases altas del Reino Unido.

De ello se deduce que los gradientes altos (la gran inequidad) también influyen desfavorablemente en los que más tienen.

En una encuesta sobre el uso de las matemáticas hecha en cinco países por Case y otros, Japón resultó ser el país que mostró mayor equidad social de todos y, a su vez, mostró el mayor rendimiento en su población en pruebas de matemática. En sociedades con grandes diferencias sociales y económicas entre individuos el nivel global de salud, bienestar y desarrollo mental es más bajo que en sociedades en las que estos gradientes son menos pronunciados.

Cuanto mayor es la equidad social mejor es el nivel de salud de la población general. Los países que pudieron mantener una distribución equitativa del ingreso durante las décadas del 70 y 80 disfrutaron de mayores incrementos de la esperanza de vida que aquellos países que devinieron socialmente más injustos en la distribución de la riqueza en ese período.

Los datos nos dicen que la equidad es buena no sólo para los pobres, sino también para los ricos.

4. Desafortunadamente, estudios realizados en varios países demuestran también que este “efecto gradiente” está presente tanto en las familias estudiadas como en las familias que le dieron origen. Hay una persistencia del estatus social y de los gradientes a través de las generaciones.

Pido entonces a mis compatriotas que consideren por un momento que el medio ambiente donde se crían nuestros hijos es el país entero y opera sobre todos los ciudadanos, independientemente de su estatus social o económico, de las escuelas que llevemos a nuestros hijos, de los clubes a los que nos asociemos, de los barrios donde vivamos, de los sistemas prepagos que contratemos. Todos los argentinos su-

frimos o sufriremos la inequidad; si no se manifiesta por nuestro ingreso, se evidenciará por nuestra salud, esperanza de vida o nuestra inteligencia.

Un estudio reciente sobre los resultados del examen tomado a estudiantes secundarios de distintos países latinoamericanos ubicó a la Argentina en una muy precaria posición respecto del nivel de conocimientos de nuestros estudiantes en relación con otros países. Las sociedades del siglo XXI serán sociedades del conocimiento y del aprendizaje y, consecuentemente, la situación en la que estamos en la Argentina no permite hacer pronósticos favorables.

Todos entonces, independientemente de nuestro ingreso, sufriremos los efectos de las diferencias sociales. Tenemos una responsabilidad en el desarrollo psicosocial de los niños y de los ciudadanos adultos, de nosotros mismos. Pero la responsabilidad es tanto mayor cuanto mayor poder económico o político cada uno de nosotros tenga para producir cambios: el Gobierno, la clase dirigente y el poder económico, en primerísimo lugar.

Ahora, cuando se reclama un cambio en las formas de hacer política, pienso que es imprescindible incluir el desarrollo infantil en la agenda de salud. La mortalidad infantil (todavía muy alta) es ya absolutamente insuficiente para medir la salud psico-físico-social de nuestros niños. Es necesario utilizar indicadores positivos que incluyan a todos los niños; por cada niño que muere hay muchos otros que no se desarrollan satisfactoriamente.

El desarrollo infantil (junto con el crecimiento) debería ser un objetivo específico y prioritario y también un indicador positivo de salud y bienestar general.

Ojalá llegue el día en que podamos decir: “Los niños de tal provincia dicen «mamá» a los 13 meses, y los de la otra recién a los 16 meses. Debemos hacer algo”. Es necesario medir la marcha del país, también (y tal vez principalmente) con indicadores de salud y desarrollo psicomotor. El verdadero riesgo país es el retraso del desarrollo de sus habitantes: de nuestros niños y de nuestros adultos.

Si tomamos en serio los trabajos mencionados, necesitamos acompañar estos indicadores con cambios políticos y sociales dirigidos a hacer más equitativa la distribución de la riqueza, si es que queremos conservar la esperanza en una Argentina mejor.

La Nación,
Miércoles 27 de agosto de 2008

a.El autor es pediatra y ha sido presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría.