

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI

Contenido

Función sexual y trastornos del piso pélvico

2

Actitudes de las mujeres en relación con la cesárea a pedido de la paciente, en una población urbana

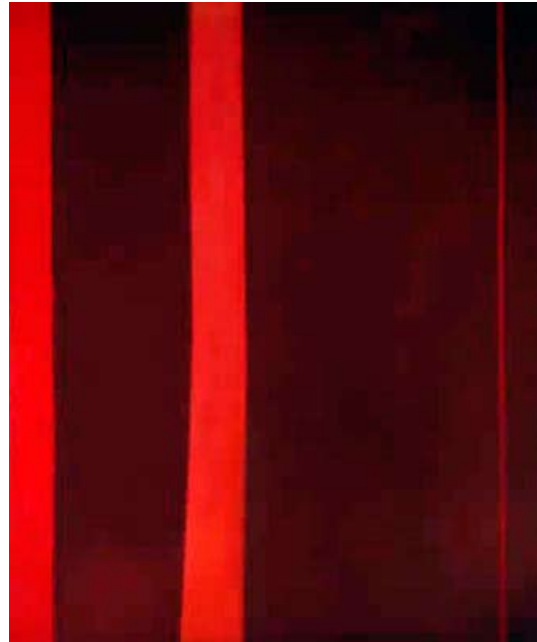
6

En los EUA recomiendan la vacuna para el herpes

7

Viernes 13

JUNIO | 2008



Barnet Newman

Newman nació en **Nueva York**, hijo de inmigrantes **judíos** del Este de Europa. Estudió **filosofía** en el *City College of New York* y trabajó en el negocio de su padre realizando ropa. Desde los **años 1930** pintó cuadros, que se dice que eran de estilo **expresionista**, pero con el tiempo destruyó todas estas obras. Barnett Newman trabajó primero como escritor y crítico; organizó exposiciones y escribió catálogos. Sólo más tarde se convirtió en un miembro del *Uptown Group*. En los **años 1940** trabajó primero en un estilo **surrealista** antes de desarrollar su estilo maduro. Este se caracteriza por sencillas composiciones en las que una amplia área de color -un campo de color- es traspasado por una o dos finas líneas verticales, a las que Newman llamaba «zips» (cremallera). En sus primeras obras de la década de **1940**, Newman intentó desligarse de las influencias contemporáneas; sus disposiciones de líneas verticales y horizontales

y formas circulares se conciben como representaciones de superficies y vacíos. En las primeras obras que presentan **zips**, los campos de color son variados, pero más tarde los colores son puros y lisos. El propio Newman consideró que alcanzó plenamente su estilo maduro con la serie de *Onement*, a partir de **1948**. *Onement I* (Colección New-

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
Sociedad de Ginecotología del Interior del Uruguay



DIRECCIONES
Secretaría SGU.

Hospital «Pereira Rossell».
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.
Montevideo, Uruguay. sgubib@chasque.net

Secretaría SOGIU
18 de Julio 714. CP 60.000.
Paysandú, Uruguay
Fax: (598 72) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU

● <http://www.sgdelu.org>

VISITE EL SITIO SOGIU

● <http://www.sogiu.com>

AJOG
<http://www.ajog.org/>



man, Nueva York), se reduce a un lienzo de sólido color roto por una única banda vertical (zip) en contraste, una composición que volvería a utilizar. Estas bandas de color verticales adquieren un relieve intenso, crean una tensión, un dramatismo sobre el lienzo que atrapa al espectador, a la vez que divide en dos campos de color análogos la composición rectangular. Con las bandas definen la estructura espacial de la pintura, mientras que al mismo tiempo dividen y unifican la composición. Esa línea vertical se mantuvo como un rasgo constante en la obra de Newman a lo largo de su vida. En algunas pinturas de los años 1950, como *The Wild*, que mide 244 cm de alto por 5 cm de ancho, la línea vertical es lo que ocupa toda la obra. (Extractado de Wikipedia).

● Función sexual y trastornos del piso pélvico

Si bien el tema de cómo los trastornos del piso pélvico pueden afectar a la función sexual se da por sabido, no deja de ser una presunción más o menos aceptada por los cirujanos ginecólogos, que aprendimos de nuestros maestros cuando hacíamos la vieja operación de Fothergill y un tema que está lejos de haber sido comprobado fehacientemente. Las nuevas técnicas quirúrgicas por un lado y las precisiones de las técnicas epidemiológicas en relación con sus resultados por otro, permiten que puedan corregirse por medio de las primeras algunos problemas sexuales vinculados a los trastornos del piso pélvico (evidentemente no todos están vinculados a estos trastornos) y las segundas, permiten reafirmar viejos conceptos no definitivamente probados hasta el momento actual. Esta investigación fue escrita por un equipo encabezado por Victoria L. Handa e integrado por Geoffrey Cundiff, Howard H. Chang y Kathy J. Helzsouer, de la Universidad Johns Hopkins y otros centros de Baltimore, EEUU y de la Universidad de British Columbia, Canadá, con el apoyo de una beca del National Institute of Child Health and Human Development de los EEUU.

Introducción. La American Foundation for Urologic Disease reconoce cuatro tipos de disfunción sexual en la mujer: la disminución de la libido, problemas con la excitación sexual, la incapacidad para alcanzar el orgasmo y la dispareunia. En estudios anteriores se encontró que los desórdenes sexuales son más frecuentes en las mujeres que tienen trastornos del piso pélvico, pero los resultados no son constantes. Por ejemplo, en una investigación efectuada en mujeres a las que se les iba a hacer una histerectomía por una enfermedad benigna, aquellas mujeres que tenían síntomas urológicos presentaban significativamente más trastornos de la libido y dispareunia que aquellas que no los presentaban. Sin embargo, en un estudio basado en una comunidad, no se encontraron diferencias sustanciales en relación con la actividad sexual o su satisfacción entre las mujeres con sintomatología del piso pélvico.

Estos resultados conflictivos pueden ser un reflejo propio de las poblaciones estudiadas, tal como es dable observar en las poblaciones clínicas que tienen más posibilidades de presentar problemas severos del piso pélvico que tendrían un gran potencial de impactos discernibles sobre la función sexual, que en la población de comunidades que tienen síntomas leves

y prolapsos, con un mínimo impacto sobre esos problemas. Estos resultados conflictivos pueden ser debidos también, a diferencias en la población debidas otros factores relacionados, tales como la edad, la menopausia o la situación de las relaciones íntimas de sus mujeres. Otros desafíos en el estudio de los factores relacionados con la función sexual incluyen una caracterización limitada de la función sexual femenina en algunos estudios y las dificultades para determinar la función sexual en las mujeres que no mantienen relaciones sexuales.

El objetivo de este estudio fue mejorar la comprensión de las relaciones existentes entre los trastornos del piso pélvico y la función sexual, a través de una investigación transversal de las mujeres que consultaban en el consultorio ginecológico y 5 clínicas en el área metropolitana de Baltimore. Se incluyó a mujeres con cualquier clase de síntomas referentes al piso pélvico y con un soporte pélvico normal, lo mismo que a mujeres con síntomas severos o con prolapsos importantes o con ambos. Se buscó también caracterizar otros factores que pudieran influir sobre la función sexual, como la menopausia, factores de relacionamiento, síntomas depresivos y el estado de salud genérico. Estos datos se usaron para investigar la hipótesis de que los desórdenes del piso pélvico se relacionan con problemas sexuales femeninos, en forma independiente de otros factores.

Metodología. La población de estudio incluyó a 301 mujeres adultas que consultaron por problemas ginecológicos o urológicos y los trastornos del piso pélvico se catalogaron de acuerdo al *Pelvic Floor Disorders Inventory-20 (PFDI-20)* y la cuantificación clínica del prolapso pélvico existente. Por medio del análisis de regresión ordinal, se identificaron las características y las condiciones relacionadas con la disminución de la libido, los orgasmos infrecuentes, la disminución de la excitación y la dispareunia.

Resultados. La función sexual fue más pobre en 78 mujeres (26%) sin pareja sexual actual que entre 223 con pareja ($P < 0.01$). Entre las 223 mujeres con pareja actual, aquellas que presentaban un *escore* (¿?)¹ alto, tuvieron una posibilidad significativamente mayor de presentar, disminución de la excitación ($P < 0.01$), orgasmo infrecuente ($P < 0.01$) y aumento de la dispareunia ($P < 0.01$). Una distribución similar se observó en cuanto se refiere a las escalas sobre trastornos urinarios, colorrectales y anales y de prolapso del PFDI-20, aunque algunas asociaciones sólo fueron significativas marginalmente. Los prolapsos estado III y IV se relacionaron de modo significativo con el orgasmo infrecuente ($P = 0.02$), pero otros trastornos sexuales no fueron más comunes con un estado más avanzado del prolapso.

Discusión por los autores. La función sexual es una dimensión importante de la vida normal adulta, aunque aún se conoce muy poco acerca de las relaciones entre la sexualidad femenina y las condiciones crónicas de salud, incluyendo los trastornos del piso pélvico (*aunque se supone hipotéticamente que pueda estar afectada en mayor o menor grado*). En este estudio se demostró que los síntomas del piso pélvico están relacionados con una disminución de la excitación sexual, un

1 Si se dice estrés, ¿por qué no decir escore, aunque se convierta en un sinónimo (*La quilla evita que un barco se escore*)?

orgasmo infrecuente y dispareunia, en las mujeres mayores de 40 años de edad. En otros estudios se comunicó que mujeres con trastornos del piso pélvico tienen a menudo dificultades sexuales pero en algunos casos, las caracterizaciones de la función sexual femenina se limitaban a una sola medida del bienestar sexual. En el presente estudio se empleó una medición validada de la función sexual femenina y se enfocó el tema sobre los síntomas relacionados con las cuatro categorías reconocidas de la misma. Por lo tanto, en este estudio se brinda una determinación amplia y detallada de dicha función en esta población.

Se encontró que el incremento de la edad, un nivel bajo de educación, la menopausia, la sequedad vaginal, los síntomas de depresión y la falta de “un amor apasionado” de la pareja, se relacionaban con un deseo sexual infrecuente, con una disminución de la excitación y con un orgasmo infrecuente, lo cual está de acuerdo con investigaciones previas. Sin embargo, en contraste con otros estudios, estas características no se confunden con una relación entre síntomas del piso pélvico y la función sexual. *(Es obvio que estos trastornos de la anatomía y de la función del piso pélvico no son los determinantes, sino que son participantes del problema)*. Particularmente, aunque la edad y la menopausia se relacionaron con una función sexual más pobre en la población de este estudio, estas características no contaron para la observación de una relación entre la severidad de la sintomatología del piso pélvico y dicho tipo de función sexual, lo cual puede ser debido a que se restringió la investigación a mujeres mayores de 40 años en la cual no aparecieron factores de confusión en este relacionamiento.

Intencionalmente se restringió este estudio para incluir participantes con y sin trastornos significativos del piso pélvico, lo que brindó la oportunidad de determinar el impacto de los mismos a través de un espectro de síntomas y de su severidad. Una investigación anterior se había limitado tanto a muestras de la comunidad o a mujeres que buscaban atención ginecológica. En las muestras de la comunidad, las mujeres que presentaban trastornos del piso pélvico tenían más posibilidades de tener síntomas relativamente leves y por lo tanto, el impacto sobre la sexualidad podría ser mínimo en este agrupamiento. Indudablemente, en las investigaciones basadas en muestras de la comunidad se llegó a la conclusión de que los trastornos del piso pélvico no tienen un impacto significativo sobre la función sexual pero, por otro lado, las mujeres que buscan tratamiento de los trastornos del piso pélvico tienen la posibilidad de tener síntomas severos pero, la ausencia de un grupo de control sin ningún síntoma de trastornos del piso pélvico en tales poblaciones, limita las inferencias. Por lo tanto, la fortaleza de este estudio reside en la inclusión de mujeres sin ningún síntoma del piso pélvico y con un soporte pélvico normal lo mismo que, de mujeres con síntomas severos o con un prolapso pélvico severo o con ambos.

En este estudio se incluyó un examen físico estructurado para clasificar a las mujeres con prolapso y a aquellas sin prolapso, permitiendo así investigar los trastornos sexuales de acuerdo al estado de los prolapsos. Se encontró que las mujeres con prolapsos anatómicos estados III y IV tenían más posibilidades de comunicar orgasmos infrecuentes y que tenían mayores riesgos acerca de padecer otros problemas sexuales. Una observación importante fue que las mujeres con prolapsos de 2° grado no tenían más posibilidades de comunicar cualquier tipo de trastorno sexual que las mujeres sin prolapsos. Esta conclusión permite sugerir que la presencia física de un prolapso de 2° grado aislado, no se relaciona con la disfunción sexual. En contraste, las mujeres con síntomas de prolapso (reflejados por un *score* alto en la escala de prolapsos

del PFDI) tenían mucho más posibilidades de comunicar molestias sexuales. De este modo, se llega a la conclusión de que la función sexual es peor en mujeres con prolapsos sintomáticos pero no, en las que tienen prolapsos asintomáticos.

Veintiseis por ciento de las participantes no mantenía relaciones sexuales. A pesar de los esfuerzos para evaluar la función sexual en ellas, se encontró que las mujeres sin pareja actual tenían menos posibilidades de completar el cuestionario, determinando una proporción relativamente elevada de datos faltantes para este subgrupo; en cambio, las que lo completaron, revelaron una función sexual más pobre que las que tenían pareja. Estas observaciones hicieron considerar al equipo en forma separada, la función sexual de las mujeres sin pareja en este análisis y evitó que se pudieran obtener conclusiones firmes acerca de los factores que influyen sobre la función sexual en este subgrupo de mujeres. Aunque estos hallazgos pueden reflejar una deficiencia del Cuestionario sobre Experiencias del Personal, no se tiene noticia de ningún otro cuestionario sobre la función sexual, de validación probada, entre mujeres sin pareja sexual actual, de modo que la determinación de la función sexual en estas poblaciones continúa siendo un desafío.

Una limitación potencial de esta investigación es la posibilidad de generalización de estos hallazgos. La *Johns Hopkins* es una institución académica y las mujeres que se asisten en los consultorios clínicos, incluso en locales suburbanos, pueden no ser representativas de todas las mujeres norteamericanas. Además, se reclutaron mujeres de consultorios ginecológicos y urológicos lo cual hace posible que estas poblaciones difieran, por factores que no fueron medidos en esta investigación. Sin embargo, el análisis de una sub-población de mujeres en búsqueda de cuidados preventivos anuales es alentador. Estos hallazgos reflejan la relación significativa entre los síntomas del piso pélvico y los trastornos sexuales observados en una población mayor, aunque con menos poder estadístico. De modo que se llegó a la conclusión de que no es probable que estos resultados estén sesgados por diferencias no medidas entre poblaciones con y sin síntomas ginecológicos y urológicos. Otra limitación posible de esta investigación fue el empleo del *Pelvis Floor Distress Inventory* como una medida de la ponderación de los síntomas del piso pélvico, lo cual podría resultar en una mala clasificación de algunas participantes. Finalmente, otra limitación potencial de esta investigación, se refiere a la auto-administración de los cuestionarios. Este modo de administración puede haber limitado la participación de algunas mujeres, incluyendo aquellas iletradas o con pocos conocimientos del idioma inglés escrito. Sin embargo, se prefieren por lo general los cuestionarios auto-administrados, debido a las preguntas embarazosas o estigmatizantes de su contenido, por lo que este modo de administración fue el más apropiado para esta investigación.

En este estudio no se pudo determinar si las relaciones observadas entre los trastornos del piso pélvico y las función sexual son de naturaleza causal. Sin embargo, la discapacidad relacionada con los trastornos del piso pélvico podría provocar una disfunción sexual al afectar la imagen corporal de una mujer o a través del impacto sobre su bienestar general. De forma alternativa, la relación entre los trastornos del piso pélvico y ciertos aspectos de la función sexual femenina pueden sugerir una etiología común, tal como la debilidad de los músculos o una disminución de las sensaciones urogenitales. En estudios recientes, se sugirió que el tratamiento quirúrgico de los trastornos del piso pélvico puede mejorar la función sexual, pero el impacto del tratamiento no se ha comunicado adecuadamente. Por lo tanto es necesario efectuar más investigaciones para aclarar si ciertos tratamientos para estos trastornos son más efectivos que otros. Los clínicos que tra-



tan mujeres con estos trastornos deben estar al tanto de esta relación y deberán preocuparse específicamente de ello en las mujeres que buscan tratamiento por incontinencia y prolapso.

Queda ahora por comprobar hasta qué grado mejoran la función sexual las nuevas técnicas quirúrgicas aplicadas, tanto a suprimir (o a “mejorar”) la incontinencia de orina, como los resultados de las operaciones tendientes a restaurar la anatomía y la función del piso pélvico.

● **Actitudes de las mujeres en relación con la cesárea a pedido de la paciente, en una población urbana**

*El tema sigue estando sobre la mesa, a pesar de que se están acumulando cada vez más datos acerca de la inconveniencia de una generalización de esta práctica. Este artículo, de la sección de artículos de residentes, fue escrito por **Leo Pevzner, Dena Goffman, Margaret Comerford y Ashlesyha K Dayal**, de la Universidad Yeshiva, Bronx, Nueva York y se publicó en el AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2008; Mayo, e35.*

Diseño del estudio. Se distribuyeron cuestionarios a las pacientes durante el 2° trimestre de la gestación y las preguntas se orientaron hacia la demografía de las pacientes, sus conocimientos, la percepción de los riesgos y las actitudes en relación con la cesárea a demanda de las pacientes.

Resultados. Se analizaron 314 cuestionarios y 188 respuestas escritas. La mayor parte de las pacientes (95%) no creían que la cesárea a demanda (CD) fuera conveniente y sentían que el parto vaginal (PV) era más seguro, tanto para la madre (93%) como para el recién nacido (88%). De las pacientes que no creían que la CD fuera conveniente, las explicaciones más frecuentes se clasificaron en las siguientes categorías: “normal es mejor”, “riesgo de complicaciones” (67%) y sólo el 1% de este grupo sentía que la decisión debía ser individual. De las restantes pacientes (5%) que apoyaban la CD, 75% creían que la decisión debía ser individual.

Comentario por los autores. La CD es uno de los temas más controvertidos en la obstetricia, pero existe una escasez de literatura en relación con las actitudes de las pacientes al respecto. A lo que se sabe, éste es el primer estudio en los EEUU dirigido a determinar las actitudes de las pacientes en relación con la CD.

El presente estudio, efectuado en una población urbana, demostró que la mayoría de las mujeres prefiere el parto por vía vaginal y esto está de acuerdo con la literatura internacional que puede obtenerse.

El muestreo de la investigación de lo escrito por las pacientes y el análisis de las respuestas escritas presentadas en los resultados brinda un mayor conocimiento sobre sus actitudes ante la cesárea a demanda. La repetición de los temas, “nor-

mal/natural es mejor”, “riesgos de complicaciones” y “la cesárea debería hacerse sólo para problemas”, parece indicar que estas pacientes se inclinaban hacia los métodos tradicionales del trabajo de parto. Muy pocas respuestas escritas señalaron que el parto “debería ser una elección personal”.

Debe reconocerse el hecho de que esta población está compuesta por 88% de negras o de hispanas y hasta el momento los pocos estudios internacionales dirigidos hacia las preferencias y actitudes en relación con el parto a demanda, no han incluido a esta minoría en la población de pacientes. Su etnicidad, estatus socioeconómico y esperanzas tienen claramente un fuerte impacto en las actitudes relacionadas con los cuidados de la salud, incluyendo a la cesárea a demanda de la paciente. Se apreció que una encuesta similar, efectuada en una población diferente de pacientes puede brindar resultados drásticamente diferentes; sin embargo, la visión hacia las actitudes de las pacientes en las que actúa el equipo, es invaluable.

Ciertamente quedan por responder muchas preguntas acerca de los riesgos, los beneficios y las actitudes hacia la cesárea a demanda. Los estudios futuros deberán dirigirse a elucidar estos temas. Puede ser instructivo el refinar y validar los presentes resultados y usar las actitudes reveladas por la encuesta efectuada, comparada con otras poblaciones de pacientes. A medida que se avanza, las instituciones deberán esforzarse en desarrollar una política acerca de la CD. Las políticas nacionales y locales deberán tomar en consideración, no sólo la actitud particular de las pacientes sino también el conocimiento médico, la experiencia y todas las evidencias que puedan obtenerse.

Por ahora, tanto las pacientes como los médicos actuantes deberán determinar en conjunto el modo de encarar el trabajo de parto. Deberán tenerse en cuenta, no sólo los sesgos médicos, sino también las actitudes de las pacientes, para tomar esta importante decisión.

● **En los EUA recomiendan la vacuna para el herpes**

A través de un comunicado de la Edición Personal de DOCTOR'S GUIDE, recibí esta comunicación que tengo el gusto de transcribirles del presente artículo, cuyo subtítulo reza: La CDC (Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de las Enfermedades) recomienda la vacuna para el herpes.

NUEVA YORK, 16 DE MAYO DE 2008. Los CDC norteamericanos recomendaron que las personas mayores de 60 años o más sean vacunadas contra el herpes o herpes zoster, a través de la vacuna contra el virus del herpes zoster, Zostavax. La recomendación se extiende a aquellos pacientes que comuniquen haber tenido un episodio previo de herpes y a personas con condiciones médicas crónicas como la insuficiencia renal crónica, la diabetes, la artritis reumatoidea o las enfermedades pulmonares crónicas, salvo que aquellas condiciones u otras condiciones comórbidas lo contraindiquen. La nueva recomendación completa reemplaza a la recomendación parcial provisoria efectuada en 2006 por los CDC y la FDA estadounidense y que recomendó el Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). La recomendación se publicó en



un lanzamiento electrónico previo de los reportes y recomendaciones del CDC (*Reporte Semanal sobre Mortalidad y morbilidad [MMWR]*).

Los investigadores hallaron que, en general, en aquellas personas de 60 o más años, la vacuna disminuía la ocurrencia de herpes en alrededor de 50% y en los de 60 a 69 años, de 64%. Los efectos colaterales más frecuentes en las personas que recibieron la vacuna fueron el enrojecimiento, dolor y sensibilidad e hinchazón en el sitio de la inyección, prurito y cefalea.

La vacuna contra el virus del herpes zoster no está indicada para el tratamiento del herpes o la persistencia del dolor del nervio, que pueden seguir al herpes, llamado *neuralgia postherpética* o NPH. Las recomendaciones especifican también que la vacuna no debe usarse para prevenir que el herpes produzca dicha neuralgia. De acuerdo a las recomendaciones, antes de efectuar la administración rutinaria de la vacuna, no es necesario preguntar a las/los pacientes acerca de su historia de varicela o efectuar estudios serológicos sobre la inmunidad para la varicela.

La vacuna contra el virus del herpes zoster está contraindicada en las personas con una historia de reacciones anafilácticas o anafilactoideas a la administración de gelatina, neomicina o cualquier otro componente de la vacuna; en personas con una historia de estados de inmunodeficiencia primaria o adquirida, incluida la leucemia; en personas con linfomas o cualquier tipo de otros neoplasmas malignos que afecten a la médula ósea o al sistema linfático; en pacientes con SIDA u otras manifestaciones clínicas de infección con los virus de la inmunodeficiencia adquirida. La vacuna es una vacuna a virus atenuados de varicela-zoster y su administración puede provocar una enfermedad diseminada en individuos inmunodeprimidos. La vacuna esta contraindicada también en las personas que están en terapia de inmunosupresión. **No está indicada en mujeres en edad fértil ni debe administrarse a mujeres embarazadas.**

La vacunación no brindará protección a todos los que la hayan recibido. Los agentes de salud deberán interrogar a los recipientes acerca de las reacciones que hubieran tenido ante otras vacunas previas.

Fuente: *US Centres for Disease Control and Prevention.*

R.T.