

Contenido / Contents

Resúmenes

2

Frecuencia cardíaca fetal. (Puesta a punto de las guías del ACOG)

4

**Paredes de Montevideo. RT.**

Siglas empleadas: DMO, densidad mineral ósea; EDM; FCF, frecuencia cardíaca fetal; LPM, latidos por minuto; MEF monitorización electrónica fetal; RA, razón de azar; SOPQ, síndrome de ovario poliquístico; TRH, terapia de reemplazo hormonal;

Viernes 21**AGOSTO | 2009****DIRECCIONES
Secretaría SGU.**

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

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



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

VISITE EL SITIO SGU

• <http://www.sguguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU

• <http://www.sogiu.com>

■ Resúmenes

Medicamentos para el síndrome de ovario poliquístico (SOPQ)

Radosh L. AMERICAN FAMILY PHYSICIAN, 2009; 79(8): 671-6. El SOPQ, es una condición que se encuentra presente en 5% a 10% de las mujeres en edad reproductiva cuyo diagnóstico puede ser difícil debido a que los síntomas y signos pueden ser muy sutiles y variados: pueden incluir al hirsutismo, la infertilidad, irregularidades menstruales y anomalías bioquímicas, especialmente la resistencia a la insulina, cuyo tratamiento debe enfocarse a las manifestaciones específicas del síndrome y a los objetivos individuales de la paciente. Al elegir un régimen de tratamiento, el médico debe **tener en cuenta las comorbilidades** que pudieran estar presentes y **el deseo de la paciente para embarazarse**. Deben **implementarse modificaciones en el estilo de vida** además de los tratamientos medicamentosos para obtener los mejores resultados. La FDA (*Federal and Drug Administration, de los EEUU*) aprobó a pocos de los mismos para el tratamiento específico de este síndrome, sobre porque **varios están contraindicados durante el embarazo**. Entre los que aportan mayores beneficios se encuentran los agentes sensibilizadores de la insulina, como **la metformina**, debido a los efectos positivos que se observado tanto sobre la insulina como sobre las irregularidades menstruales, la anovulación, el hirsutismo y la obesidad. La rosiglitazona y la pioglitazona también son efectivas para mejorar el hirsutismo y la resistencia a la insulina. **La metformina y el clomifeno, solos o combinados son los agentes de primera línea para la inducción de la ovulación** y los agentes sensibilizadores de la insulina, los contraceptivos orales, la espironolactona y la efloritina tópica, pueden emplearse en pacientes con hirsutismo.

Rastreo de una población para observar el riesgo de osteoporosis. (Ensayo aleatorizado y con control de pacientes en relación con el uso de medicación y el riesgo de fracturas)

Barr RJ, Stewart A, Torgerson DJ y Reid DM, del Programa de Investigación Ósea y Músculo-esquelética, de la Universidad de Aberdeen, Reino Unido. El ensayo incluyó a 4.800 mujeres entre 45 y 54 años de edad y el grupo de investigadores observó un incremento de la terapia de reemplazo hormonal (**TRH**) de 7.9%, ($p > 0.001$), 15% en otros tratamientos de la osteoporosis ($P < 0.001$) y una disminución de 25.9% en el riesgo de fracturas, en comparación con las mujeres de control. El rastreo de la osteoporosis aumenta de modo significativo el empleo de la medicación y reduce la incidencia de fracturas. INTRODUCCIÓN. Los programas de rastreo de poblaciones pueden identificar a las mujeres menopáusicas con una baja densidad mineral ósea (**DMO**) y con riesgo elevado de presentar una fractura en el futuro pero, requieren ser probados como efectivos mediante ensayos aleatorizados y controlados. METODOLOGÍA. Se dividieron al azar 4200 mujeres en dos grupos de igual tamaño para el rastreo y para no rastreo (grupo de control). Después del rastreo, se aconsejó a las mujeres que se encontraban en los cuadriles más bajos de DMO sobre la posibilidad de considerar la THR. 9 años después, se determinó su efecto y la incidencia de fracturas por medio de un cuestionario enviado por correo. Se determinaron las categorías mediante el empleo del test del chi cuadrado y se usó el test de regresión de Cox para determinar la razón de azar (**RA**). RESULTADOS: **52% de las rastreadas y 44.5% de los controles, respectivamente, comunicaron estar tomando la THR ($p < 0.001$)**. Además, 36.6% de las rastreadas vs 21.6% de las mujeres del grupo de control comunicaron estar tomando vi-



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

tamina D, calcio, alendronato, etidronato o raloxifeno ($p < 0.001$). En un análisis de protocolo por pares, de las fracturas incidentales verificadas, **se observó una disminución de 25.9% en el riesgo de fracturas** (de cualquier sitio) en el grupo rastreado (RA=0.741, IC95%=0.551-0.998m ajustado a la edad, al peso y a la altura. CONCLUSIONES: el rastreo de la osteoporosis determinado por medio de la baja densidad óseo, aumentó en forma significativa el empleo de THR y de otros tratamientos para la osteoporosis y redujo la incidencia de fracturas.

Hacia un diagnóstico más precoz del cáncer de ovario. *Gynecologic Oncology*, 2009; 114;231-6. (Proporcionado por ORGYN).

En un estudio publicado recientemente se han **identificado una serie de síntomas que se relacionan de modo significativo con el desarrollo del carcinoma ovárico** por lo que, aumentar la toma de conciencia de los mismos podría dar lugar a que se hiciera un diagnóstico más temprano y posiblemente mejorar la supervivencia, de acuerdo los investigadores.

Especialistas de la Universidad de Hawai, EUA, llevaron a cabo un estudio de casos y controles de una base de población de 432 mujeres entre 19 y 88 años de edad con carcinoma de ovario invasivo, que se emparejaron con 491 mujeres de control, seleccionadas al azar y sin cáncer. Se emplearon cuestionarios para obtener la información sobre los síntomas en los 12 meses previos al diagnóstico o en los 12 meses previos a la entrevista, para el grupo de control. Se construyeron a continuación modelos de regresión logística para el análisis de la relación de dichos síntomas con el cáncer de ovario.

De los 432 casos, 30% tenía un cáncer localizado estadio IA o IB en el momento del diagnóstico; 26% tenía una enfermedad regional estadio IC o II y 42% presentaba una patología avanzada, estadio III o IV.

En la publicación, los investigadores informaron que no hubo diferencias significativas entre los 2 grupos en términos de edad o de etnia. **Las mujeres con cáncer de ovario tenían un nivel mucho menor de educación, menos hijos, menos uso de hormonas anticonceptivas y con más probabilidad, estaban en la menopausia, comparadas con el grupo de control.**

Se identificaron tres síntomas que presentaron un alto valor de predicción para el desarrollo del carcinoma de ovario localizado:

- **Distensión abdominal y dureza**; coeficiente de probabilidad 15.9, IC95% 8.4-30.0, para el carcinoma localizado. Este síntoma fue comunicado por el **36%** del grupo con carcinomas estadio IA o IB al diagnóstico, en comparación con sólo el 3% del grupo de control.
- Una **masa abdominal**; coeficiente de probabilidad 26.3, IC95% 9.7-71.1, para el carcinoma localizado. Este síntoma fue comunicado por el **16%** del grupo de estudio que tenía estadio IA o IB al diagnóstico, en comparación con el 1% del grupo control.
- **Sangrado vaginal anormal** (sin relación con las menstruaciones); coeficiente de probabilidad 7.3, IC95% 3.4-15.8 para el carcinoma localizado. Este síntoma fue comunicado por el **13%** del grupo de estudio que presentaba un carcinoma IA o IB al diagnóstico, en comparación con sólo el 3% del grupo de control.

DIVINA 21
Drospirenona 3,00 mg - Ethinilestradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer

La presencia de **dolor abdominal** se asoció también de modo significativo con el carcinoma ovárico localizado (coeficiente de probabilidad 4.9, IC95% 3.1-7.6), pero con un **valor predictivo relativamente bajo**. El dolor abdominal **fue el síntoma más común** en las mujeres con el carcinoma localizado, lo que fue comunicado por el **49%**, pero que también fue comunicado por el 18% de las mujeres del grupo de control.

La presencia de **síntomas urinarios**, se asoció significativamente con el carcinoma localizado (coeficiente de probabilidad 1.9, IC95% 1.2-2.9) pero tuvo un **valor predictivo bajo**. Se observaron síntomas urinarios en 31% de las pacientes con carcinoma localizado en el momento del diagnóstico, los que también se observaron en el 22% de las pacientes del grupo de control.

Los **síntomas intestinales y la fatiga o la pérdida del apetito** fueron también factores predictivos significativos de una patología regional o avanzada. No hubo diferencias significativas entre los casos en cualquier etapa del diagnóstico y en los controles, en términos de referencia al dolor dorsal o lateral, al aumento de peso o al edema de miembros inferiores y a la presencia de náuseas o de ardor estomacal.

La realización de un modelo de valor predictivo de varios índices de síntomas (combinación de 3,4, 5 y 7 síntomas) mostró que la mejor capacidad predictiva la arrojaba un índice de 4 síntomas **combinando el dolor abdominal, la distensión o dureza del abdomen, una masa abdominal y el sangrado vaginal anormal**.

En la discusión, los autores comentaron acerca de la relativa rareza del cáncer ovárico, lo que **limita el valor predictivo de los síntomas que se investigaron, pues éstos pueden relacionarse con otras enfermedades**. Sin embargo, señalaron que “las mujeres deben ser alentadas por los médicos a buscar ayuda inmediata después del comienzo de estos síntomas, especialmente si están en alto riesgo de cáncer de ovario por predisposición genética o por **otros factores de riesgo**”, que incluyen a la nuligravidez, el no empleo de hormonas anticonceptivas, la infertilidad y los antecedentes de endometriosis.

■ Frecuencia cardiaca fetal. (Puesta a punto de las guías del ACOG)

*Bien está que se revisen las normas teniendo en cuenta que **nunca** se hizo una investigación para saber si la monitorización electrónica era superior o igual a la auscultación y a su anotación en una planilla (¿dónde está la medicina basada en la evidencia?). Por ejemplo, un manómetro externo (para medir la intensidad y la frecuencia de las contracciones) y un bolígrafo para hacer las anotaciones en un papel cuadriculado pueden ser un sustituto perfecto de un sofisticado aparato electrónico (¡no tengo nada contra los aparatos! Y, de hecho, tengo una computadora bastante sofisticada que me rinde muy buenos beneficios), pero esto que escribo es cierto: por lo menos un buen estetoscopio de madera de roble, puede ser tan bueno como el mejor aparato cuyo registro, sobre todo, si no se lee... no sirve para nada. **La clave está en la vigilancia...***

Se trata de una publicación preparada por Charles P. Vega para el programa de educación permanente CME de los médicos estadounidenses, publicado en OBSTETRICS AND GYNECOLOGY de julio 2009 como Boletín de Práctica n° 106.

Introducción. Desde 1980, el uso de la monitorización electrónica fetal (MEF), usada en el 45% de las mujeres en trabajo de parto en 2002, llevó al autor de las guías del ACOG, George A Macones, a decir que creció dramáticamente y, aunque es el procedimiento obstétrico más frecuente hoy en día, **no ha producido un descenso en la mortalidad perinatal o en el riesgo de parálisis cerebral.** De hecho, la tasa de esta última se ha mantenido esencialmente igual desde la 2ª guerra mundial (1945), a pesar de la monitorización fetal o los avances en tratamientos e intervenciones. Además de la controversia en relación con a su eficacia, otras preocupaciones incluyen la variabilidad entre los observadores, **los diferentes sistemas de interpretación y el manejo de los algoritmos.** Además se observó que el uso de la MEF **se vincula con una mayor tasa de cesáreas y de partos operatorios.**

Objetivos. El propósito de la monitorización de la FCF es el seguimiento del estatus fetal durante el trabajo de parto, de modo que los clínicos puedan intervenir si hay evidencias de sufrimiento (*distress*) fetal reflejado por una FCF por encima o por debajo del rango normal de 110 a 160 latidos por minuto (LPM) o en la FCF que no cambia en respuesta a las contracciones uterinas. El objetivo de la revisión de las guías fue mejorar la consistencia en el uso de la terminología habitual y reducir la amplia variabilidad de las interpretaciones de la FCF.

La MEF, que monitorea la FCF durante las contracciones uterinas y durante el intervalo entre las mismas, es el método usado con mayor frecuencia debido a que permite una medida de la respuesta de la FCF a la contracción uterina. La auscultación con un pequeño Doppler manual o con un estetoscopio es usada con menos frecuencia.

Se revisaron artículos pertinentes en las bases de datos (en inglés) de MEDLINE, Cochrane Library y de recursos propios del ACOG desde enero 1985 a enero 2009, lo mismo que artículos citados en las bibliografías de los artículos identificados. Aunque se dio prioridad a los artículos en los que se comunicaron investigaciones originales, los autores de las guías consultaron también revisiones y guías publicadas por organizaciones como los NIH (*National Institutes of Health [especie de MSP]*). Se usaron recomendaciones de expertos cuando no existían investigaciones confiables.

Las guías revisadas incluyen un sistema de apoyo de 3^{er} nivel para los trazados de la FCF, siendo los de **categoría 1** los clasificados como **normales** y que no requieren una intervención específica; los de la **categoría 2** se clasificaron como **in-determinados**, necesitando una mayor evaluación, en tanto que los de la **categoría 3** se caracterizaron como **anormales** por lo que se requería **una intervención inmediata**, tal como la oxigenación a la madre, el cambio de posición, la detención del estímulo de las contracciones del trabajo de parto, el tratamiento de la hipotensión materna o el inicio de un parto rápidamente, si los trazados no volvían a la normalidad.

Varios tipos de medicación empleada durante el trabajo de parto y el parto pueden afectar a la FCF: **todos los narcóticos disminuyen la variabilidad, lo mismo que la frecuencia de las deceleraciones.** El butopropanol produce un ritmo sinusoidal de FCF e incrementa levemente la tasa media vs la meperidina y la cocaína puede disminuir a largo plazo

la variabilidad de la FCF. **La betametasona, pero no la dexometasona, disminuye también dicha variabilidad**, especialmente cuando se usa más allá de las 29 semanas de gestación, porque los corticosteroides suprimen los ritmos fetales diurnos. **El sulfato de magnesio disminuye de modo significativo la variabilidad** a corto plazo de la FCF y produce una disminución insignificante de la misma, inhibiendo el incremento en aceleraciones con el avance de la gestación. La **terbutalina** aumenta la FCF de base y la incidencia de taquicardias fetales, pero no se conoce si la zidovudina afecta la FCF de base, su variabilidad o el número de aceleraciones o desaceleraciones.

Recomendaciones clínicas.

Se incluyen las siguientes recomendaciones y conclusiones específicas en las guías revisadas, basadas en evidencias buenas y consistentes (*nivel A*):

- La tasa de **falsos positivos** de la MEF para **la predicción de la parálisis cerebral es superior a 99%**.
- **El uso de la MEF se vincula a tasas más elevadas, tanto de partos operatorios por fórceps como por vacuum, lo mismo que de cesáreas** debido a ritmos anormales de FCF y/o acidosis.
- **Las deceleraciones variables** de los trazados de la FCF deberían llevar a considerar una **amnioinfusión** para aliviar una compresión del cordón umbilical.
- **La oximetría del pulso no demostró ser útil clínicamente** para determinar el estatus fetal.

Recomendaciones clínicas específicas y conclusiones basadas en evidencias inconsistentes (*nivel B*) incluyen:

- La interpretación de los trazados de la FCF está sujeta a una elevada variabilidad.
- La reinterpretación puede no ser confiable, especialmente una vez que se conoce el resultado neonatal.
- El uso de la MEF no se asocia con una menor incidencia de parálisis cerebral.

Recomendaciones clínicas basadas en la opinión de expertos (*nivel C*) incluyen:

- Se recomienda un sistema de apoyo de 3^{er} nivel para categorizar los ritmos de la FCF.
- Durante el trabajo de parto, las mujeres que están en una condición de alto riesgo deberían tener monitorizada la FCF.
- Debería cambiarse la nomenclatura preferida, de modo que palabras como *hiperestimulación* e *hipercontractilidad* no se empleen más.

Los autores de las guías concluyen que **“cuando se emplea la MEF durante el trabajo de parto, las enfermeras (las parteras) y los médicos deberían revisarla con frecuencia. En una paciente sin complicaciones, los trazados de la FCF deberían ser revisados aproximadamente cada 30 minutos (igual que con el estetoscopio) durante el primer periodo del trabajo de parto y cada 15 minutos durante el 2° periodo. La frecuencia correspondiente para las pacientes con complicaciones (por ej. restricción del crecimiento fetal, preeclampsia) es de aproximadamente cada 15 minutos durante el primer periodo del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el 2° periodo”**.

Contexto clínico. El uso de la MFE aumentó de modo significativo durante las dos últimas décadas en los EUA. Sin embargo, los autores de las actuales guías observan que **existe una limitada evidencia de que la MFE sea superior a la**

auscultación intermitente para la prevención de la mortalidad perinatal o la parálisis cerebral en los recién nacidos. En cambio, se asocia con una mayor tasa de cesáreas, lo mismo que de partos operatorios por fórceps y vacuum.

Sin embargo, teniendo en cuenta el amplio uso de la MEF y conociendo la alta tasa de variabilidad inter-observadores relacionada con este examen, existe una **necesidad de definir mejor los trazados**. En estas guías se determina este tema.

Puntos destacables del estudio

Las guías se desarrollaron a partir de un trabajo enfocado sobre la **definición** de los ritmos de la FCF. Se dirigen principalmente a la visualización intraparto de los ritmos de la FCF, pero pueden aplicarse a lecturas anteparto y también a sistemas de interpretación computarizada.

Una tasa normal de contracción durante el trabajo de parto es de 5 contracciones o menos durante un periodo de 10 minutos, promediado durante una ventana de 30 minutos. Una tasa más elevada debería nombrarse como *taqui-sistolía* y no como hiperestimulación o hipercontractilidad.

Las guías llaman la atención hacia las siguientes tres categorizaciones de los trazados de la FCF:

- **Categoría I: normal**; no se requiere ninguna acción.
- **Categoría II: estatus fetal anormal ácido-básico**; requiere vigilancia fetal continuada tomando en cuenta las circunstancias clínicas. Puede requerir análisis auxiliares para determinar el bienestar fetal o para la toma de medidas de resucitación intrauterina.
- **Categoría III: trazado anormal de la FCF** que requieren una evaluación e intervención urgentes.
 - Los ejemplos de trazados de la FCF de la **categoría II incluyen la bradicardia no acompañada de ausencia de variabilidades de la línea de base; deceleración prolongada; deceleración tardía recurrente con variabilidad moderada de la línea de base y deceleración variable** con características tales como un retorno lento a la línea de base, excesos u “*hombros*”.
 - Los trazados de la FCF de la categoría III incluyen la **combinación de ausencia de variabilidad de la línea de base** con alguna de las siguientes: deceleraciones tardías recurrentes, deceleraciones variables recurrentes o bradicardia. **Un ritmo sinusoidal en la FCF debería ser revisado cada 15 minutos** durante el primer periodo del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el 2° periodo.
 - Las lecturas de la línea de base de la FCF deben ser redondeadas a 5 latidos por minuto durante un segmento de 10 minutos. La FCF es de 110 a 160 latidos por minuto.
 - Se define la variabilidad mínima de la línea de base por una amplitud de 1 a 5 latidos por minuto. La variabilidad moderada (normal) es del orden de 6 a 10 latidos por minuto.
 - Se define una aceleración después de las 32 semanas de gestación por un pico de 15 latidos por minuto o más por encima de la línea de base, con una duración entre 25 segundos y 2 minutos. Antes de las 32 semanas de gestación, se

define a una aceleración por un pico de 10 latidos por minuto o más por encima de la línea de base, con una duración entre 10 segundos y 2 minutos.

- Las deceleraciones precoces y tardías se definen por disminuciones graduales de la FCF de 30 segundos o más de la línea de base hacia el nadir. Las deceleraciones variables se caracterizan por una disminución abrupta menor de 30 segundos de la línea de base hacia el nadir.
- En las deceleraciones precoces, **el nadir de la deceleración se produce al mismo tiempo que el pico de la contracción, mientras que la recuperación de las deceleraciones tardías se produce al final de la contracción.**
- Se define una deceleración prolongada por una disminución de 15 latidos por minuto o más de la línea de base, que dure por lo menos 2 minutos pero, menos de 10 minutos.
- Los ritmos sinusoidales se distinguen por un ritmo ondulatorio en la FCF basal, con un frecuencia cíclica de 3 a 5 por minuto y que persisten durante 20 minutos o más.

Implicancias clínicas

- La monitorización fetal electrónica se ha relacionado con una elevada tasa de partos operatorios vs la auscultación fetal, pero existen **evidencias limitadas** de que produce resultados superiores en las tasas de mortalidad perinatal o en las tasas de parálisis cerebral.
- Las presentes guías definen los trazados de la FCF y permiten sugerir que **la ausencia de una FCF en la línea de base es una clave para una intervención inmediata.**

R.T.