

722

BOLETÍN ELECTRÓNICO SEMANAL DE GINECOTOCOLOGÍA

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI



Viernes 15/22

ENERO 2016

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
carleo@adinet.com.uy

VISITE EL SITIO SGU

• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU

• <http://www.sogiu.com>

RICARDO TOPOLANSKI

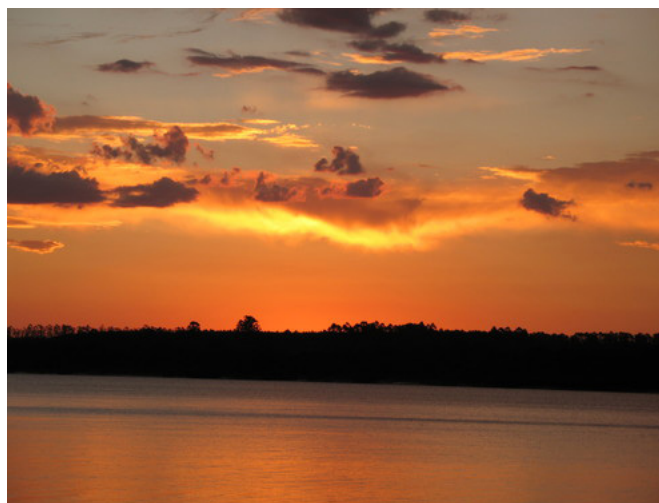
topolanski.ricardo@gmail.com

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.



San Nicanor en Chapicuy, Paysandú.

Puesta de sol en el río Uruguay a la altura de Chapicuy, cerca de la meseta de Artigas.
Aguilucho, a la derecha.



N Nota editorial

R Resumen

A Artículo

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecitológica del Uruguay
Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay
Sindicato Médico del Uruguay



CONTENIDO

2 RESÚMENES DE ARTÍCULOS

- 2 Candidiasis vulvo-vaginal recidivante.
Am. J. Obst. Gynec. 2016; 214 (1): 15-21
- 2 Paradigmas cambiantes en el tratamiento sistémico del cáncer cervical avanzado.
AJOG 2016; 214(1): 22-30

2 ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PERIODÍSTICOS

- 2 Artículo de Healthday: las mamografías efectuadas en forma regular son algo deseable para las mujeres mayores. [Robert Preidt, 7/1/16 Internet]
- 3 Los ginecólogos advierten por la baja vacunación contra el VPH en las niñas.
(Diario "El País, Montevideo)

6 ARTÍCULO CIENTÍFICO RESUMIDO

- 6 Partos extra-hospitalarios planificados y resultados de los mismos

(Los destacados y subrayados son personales)

R RESÚMENES DE ARTÍCULOS

Candidiasis vulvo-vaginal recidivante.
Am. J. Obst. Gynec. 2016; 214 (1): 15-21

Artículo publicado por el Dr. Jack D. Sobel, del Detroit Medical Center, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI.

La candidiasis vulvo-vaginal recidivante (VVVR) es una causa frecuente de molestias recidivante en todos los estratos sociales, que aflige a millones de mujeres en todo el mundo. Previamente la recidiva estaba limitada por el comienzo de la menopausia, pero el uso mundial de la terapia de reemplazo hormonal ha extendido el periodo de riesgo. La *Candida albicans* sigue siendo la especie responsable dominante, pero la conducción óptima del tratamiento requiere medidas determinantes y efectivas, especialmente específicas para la especie. Se ha hecho un progreso considerable para la comprensión de los factores de riesgo que determinan la susceptibilidad a la VVVR, especialmente factores genéticos, lo mismo nuevos puntos de vista acerca de los mecanismos normales de defensa de la vagina normal y de sus alteraciones. En tanto que un control efectivo se logra con el uso del fluconazol, el mantenimiento de una terapia supresiva que cure la VVVR sigue elusivo, en esta era de resistencia a dicha droga. El desarrollo de una vacuna sigue siendo un desafío crítico y una necesidad.

R Paradigmas cambiantes en el tratamiento sistémico del cáncer cervical avanzado. AJOG 2016; 214(1): 22-30

Artículo publicado por los doctores Krista S. Pfaender y Krishnansu S. Tewari.

A pesar de la disponibilidad de medidas de prevención, primarias y secundarias, el cáncer cervical persiste como uno de los cánceres más frecuentes entre las mujeres en todo el mundo. Aunque la enfermedad en sus estadios precoces puede ser curada radicalmente e incluso con una cirugía que permite conservar la fertilidad, las pacientes con un cáncer cervical metastásico y recurrente, tienen un pobre pronóstico, con limitadas opciones históricas de tratamiento de una enfermedad incurable. Avances significativos en el tratamiento del cáncer cervical han emergido, como resultado de ensayos clínicos que han buscado determinar la mejor terapia para prolongar la supervivencia libre de la enfermedad y el progreso de la misma. Esta revisión sirve para poner a la vista ensayos en el desarrollo de la quimioterapia para el cáncer cervical avanzado, metastásico y recidivante, que incluye el trabajo paradigmático y de cambio que demuestra el aumento general de la supervivencia con el bloqueo de la angiogénesis.

A ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PERIODÍSTICOS

Artículo de Healthday: las mamografías efectuadas en forma regular son algo deseable para las mujeres mayores. [Robert Preidt, 7/1/16 Internet]

(Regular Mammograms Worthwhile for Elderly Women). [Health Day/News]. Un nuevo estudio demuestra que los rastreos ayudaron a disminuir las muertes por cáncer de mama en mujeres mayores de 69 años.

En investigaciones previas se había demostrado que el rastreo mamográfico disminuye las muertes entre las mujeres hasta los 74 años, aunque existe poca información acerca de las mujeres mayores a esa edad, especial-

Florence
Dienogest 2,00 mg
Ethinilestradiol 0,03 mg

NUEVO MODO DE CONCEPTO CON dienogest

Una nueva alternativa en anticoncepción

0800 8133 FonoMujer

Urufarma

mente una minoría de mujeres, según explicaron investigadores de la “Florida Atlantic University”, que analizaron datos de “Medicare”, entre los años 1995 a 2009, en más de 7.800 mujeres negras y en más de 59.000 mujeres blancas, todas de 69 o más años de edad. Entre las mujeres que tenían entre 75 y 84 años, **aquellas que se hicieron mamografías anuales tuvieron menos posibilidades de morir de un cáncer de mama durante un periodo de 10 años, que aquellas que se las hacían en forma irregular o bien, no se las hacían.**

Las pacientes con cáncer de mama entre los 69 y los 84 años que se hicieron mamografías anuales en los cuatro años anteriores al diagnóstico, tuvieron menos tasas de mortalidad entre los 5 y los 10 años siguientes, que aquellas que se las hacían en forma irregular. Las tasas de muerte a los diez años, entre las mujeres de 69 a 84 años de edad fueron 3 veces más altas entre las blancas y más de 2 veces de altas entre las negras que se las hacían en forma irregular o que no se hacían el rastreo mamográfico, en comparación con las que se lo hacían anualmente. Los investigadores encontraron también que las mujeres que murieron por un cáncer de mama tenían más posibilidades de ser mayores o de haber sido diagnosticadas en un estado posterior y de haber recibido quimioterapia. También tuvieron menos probabilidades de haber tenido una cirugía o de haber recibido radioterapia. El estudio se publicó en el *American Journal of Medicine*.

El cáncer de mama es el segundo tipo más frecuente de cáncer en las mujeres estadounidenses, afectando a 1 de cada 8 de ellas, durante su vida y matando a 1 de cada 25. En el año 2010, 41% de muertes por cáncer de mama ocurrieron en mujeres entre los 65 y los 84 años. Las mamografías se recomiendan en forma regular entre los 65 y los 74 años, de acuerdo con la *American Cancer Society* y la *U.S. Preventive Services Task Force*.

Fuente: Florida Atlantic University, news release, Jan. 6, 2016. HealthDay.

4 Los ginecólogos advierten por la baja vacunación contra el VPH en las niñas. (Diario “El País, Montevideo)

Los ginecólogos estiman que apenas un 20% de las niñas de 12 años se vacunaron contra el HPV. Los especialistas reclaman una campaña más activa del Ministerio de Salud Pública para ampliar la cobertura contra el cáncer de cuello uterino. Las niñas que cumplan 12 años en el 2013 pueden vacunarse sin costo contra el HPV. AFP. (Valeria Gil).

A seis meses de iniciada la vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (HPV) -responsable de la mayoría de los cánceres de cuello de útero- la cantidad de niñas inmunizadas es muy baja, según dijeron a El País varios ginecólogos. Si bien el Ministerio de Salud Pública (MSP) no aportó datos oficiales, extraoficialmente los especialistas manejan información de que apenas un 20% de las niñas que cumplían 12 años en 2013 (24.000) se vacunaron, pese a que podían hacerlo de forma gratuita.

La vacuna previene contra cuatro cepas diferentes del HPV y se administra en tres dosis espaciadas en seis meses. Para que tenga el efecto de protección esperado se deben aplicar las tres dosis.

“La información oficial no la tenemos porque no se dio. Pero sabemos, lo que más o menos sabe todo el mundo, que se han vacunado muy pocas jovencitas, mucho menos de lo que sería deseable y que estamos teniendo un clima que no colma las expectativas de quienes trabajamos haciendo prevención”, dijo a El País el ex catedrático de Ginecología, Prof. Dr. Enrique Pons. El ginecólogo sostuvo que la razón de la escasa vacunación está asociada a la existencia de una “distorsión” informativa. “Creo que hay información en relación a la vacuna, pero no la necesaria, y parte de la información además está un poco distorsionada por dudas o temores.



Femorel
 UNA TOMA MENSUAL

Tratamiento integral
 de la Osteoporosis

Femorel
 max



Vacuna para la prevención del cáncer de útero

La vacuna se debe aplicar antes de la primera relación sexual, por eso está destinada a niñas entre 9 y 12 años.

EL HPV

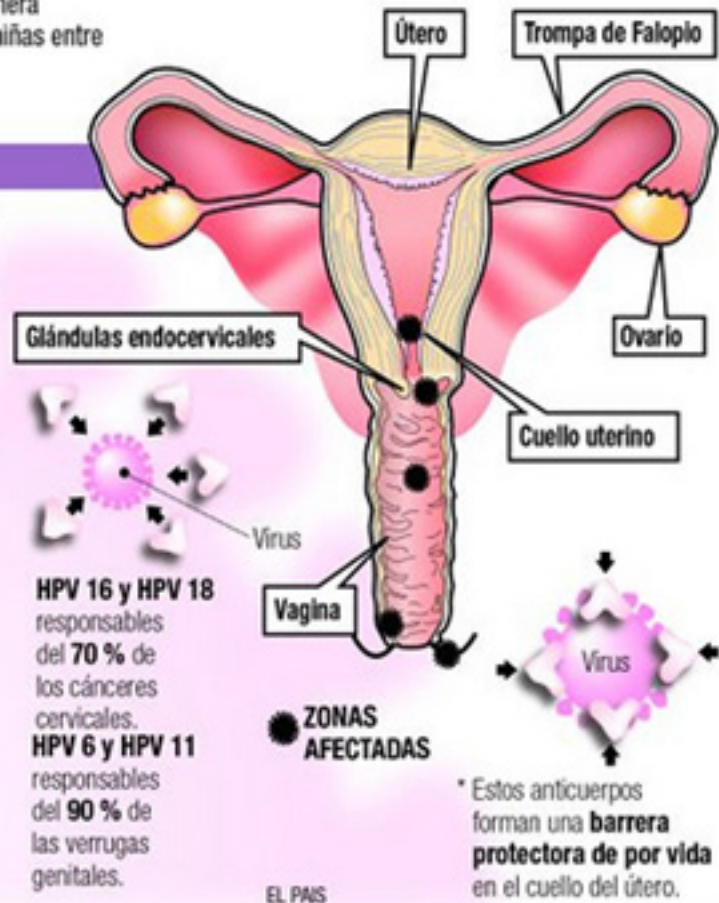
En más del 90% de los cánceres del cuello uterino, se detecta infección por cepas del **Virus del Papiloma Humano**.

LA VACUNA

- **Dosis:** Se inyectan 3 en un lapso de 6 meses.

CÓMO ACTÚA

- 1 Se inyectan 4 antígenos, que emulan los tipos más peligrosos del virus.
- 2 El sistema inmunológico los confunde con el virus real y genera anticuerpos* para atacarlos.
- 3 Si la mujer llegara a infectarse con el virus, el organismo ya cuenta con anticuerpos para destruir al HPV.



Creo que las campañas de información deberían ser mucho más amplias. Pero eso es una opinión personal”, dijo. Pons señaló que no hubo “una campaña oficial” para que la información llegara a todas las familias de las niñas en edad de vacunarse. “Sé que algunas personas le preguntan a sus médicos, pero en aquellos niveles económicos menos favorecidos, donde más se necesita y donde hay más cánceres, es donde menos se pregunta”, contó el especialista.

El presidente de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Dr. Gustavo Ferreiro, dijo a El País que desde su punto de vista, “no ha habido la suficiente difusión, porque una vez que se aprobó la vacunación no veo que se haya hecho una campaña posterior. Es cierto que no ha sido mucha la demanda, pero insisto, no se ha mante-

Carmín
Dosis: 0,075 mg

**El anticonceptivo
de la lactancia**

**Madre pero...
siempre mujer...**

0800 8133
FonoMujer

Urufarma

nido la difusión. Creo que debió haberse insistido en la recomendación, porque si se hizo el gasto, en el entendido de que debe ser beneficioso, se debió haber complementado con una campaña adecuada". Para Ferreiro, tampoco contribuyó el hecho de que el MSP no catalogara a la vacunación como obligatoria y la incluyera así en el certificado esquema de vacunación.

La coordinadora de la Unidad de Niñas y Adolescentes del Pereira Rossell, Dra. Estela Conselo, dijo a El País que como ginecóloga pudo recomendar la vacuna a muchas niñas que concurren a la consulta, pero opinó que "desgraciadamente la propaganda no ha sido buena por parte del Ministerio y no se ha vacunado el número de pacientes que se tendrían que haber vacunado". "Desde que salió la vacuna la vengo recomendando y me parece absolutamente distorsionante la opinión de varios colegas de no darla, es como decir que no te den la vacuna antitetánica porque es mala. Hay más dosis compradas por el Ministerio que no han sido utilizadas desgraciadamente. No sé la culpa de quién es, pero hay menos pacientes vacunadas de las que deberían estar", reconoció la Dra. Conselo. Según la especialista, desde un inicio "no se fue contundente con eso de que había que vacunarse". "Me parece que hubo disparidad de criterios entre los mismos médicos y el tema es económico, no tiene otra explicación", aseguró.

El presidente de la Sociedad de Pediatría del Uruguay, Dr. Walter Pérez, dijo a El País que tampoco esta agrupación científica recibió datos del MSP sobre la marcha de la vacunación. "La impresión que tenemos es que está por debajo de las expectativas, pero es algo totalmente subjetivo. Yo creo que el hecho de restringir el período al año en que se cumplen los 12 hace que muchas personas lleguen tarde a la vacuna y me parece que eso es lo que más está incidiendo", acotó.

La responsable del Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, Fernanda Nozar, reconoció a El País que "cuando las recomendaciones son por indicación cuesta un poco que la gente llegue voluntariamente y a su vez que los médicos se tomen el tiempo para explicar los beneficios de la vacuna". "Ha ido como en aumento la cantidad de vacunaciones, de todos modos, lo que uno espera es que a medida que se adopte la conducta y que se vaya interiorizando como algo beneficioso la gente lo va a preguntar más. Hay diferencia cuando las pautas no son obligatorias, también hay que tener en cuenta que no hay una campaña de recomendación y depende mucho de nosotros mismos que nos tomemos el tiempo de explicar en la consulta para qué sirve la vacuna y la importancia de los controles", explicó la doctora Nozar. La ginecóloga señaló que aún no cuenta con datos sobre la cantidad de pacientes vacunadas, ya que la encargada de procesar la información es la Unidad de Inmunizaciones del MSP. El País se comunicó con la directora del área, Teresa Picón, pero la jefa no respondió a la consulta. En tanto, Nozar adelantó que el MSP brindará en este mes información sobre la cantidad de niñas vacunadas contra el HPV. Asimismo indicó que será importante saber en qué porcentaje se cumplieron las tres dosis para conseguir una adecuada inmunización.



A ARTÍCULO CIENTÍFICO RESUMIDO Partos extra-hospitalarios planificados y resultados de los mismos

Investigación efectuada por un equipo integrado por Jonathan M. Snowden, Ph.D., Ellen L. Tilden, Ph.D., C.N.M., Janice Snyder, R.N., Brian Quigley, B.S., Aaron B. Caughey, M.D., Ph.D., and Yvonne W. Cheng, M.D., Ph.D., el cual se publicó en la revista N. Engl J Med 2015; 373:2642-2653 31 de diciembre de 2015 DOI: 10.1056/NEJMsa1501738.

En años recientes, las tasas de nacimientos extra-hospitalarios planificados (p.ej. en domicilio o en un centro de nacimientos libre) han aumentado. La tasa de nacimiento en domicilio aumentó en un 20% (de 0.56% a 0.67%), entre los años 2004 y 2008 y, aproximadamente un 60% entre los años 2008 y 2012, alcanzando un 0.89% de todos los nacimientos ocurridos en los EEUU. Ha habido una tendencia paralela del uso, entre los centros de nacimientos extra-hospitalarios, desde un 0.23% en el 2004 a 0.39% en el 2012.

De acuerdo a recientes estudios de los EEUU, sobre nacimientos extra-hospitalarios, las mujeres que planearon tener el parto en su domicilio tuvieron tasas de intervención obstétrica más baja pero, sus hijos tuvieron mayores tasas de complicaciones y muerte. Explicaciones potenciales para estos hallazgos, al relacionarse con intervenciones obstétricas incluyen diferencias en distintos modelos de cuidados obstétricos (por médicos obstetras, por nurses-obstétricas certificadas, por parteras profesionales certificadas) y los recién nacidos tuvieron tasas más elevadas de complicaciones y muertes en las prácticas de quien atiende el parto, en el proveedor y en la preferencia materna para (la posibilidad de) tecnología médica y además de las características maternas. Pocos estudios han comparado resultados en los centros de atención de partos con aquellos otros lugares. Una clave de la escasez de estudios anteriores de nacimientos planificados en domicilio es la clasificación de los nacimientos por el lugar eventual más que por el lugar elegido donde se efectuaron (p.ej. traslados hogar-hospital fueron contabilizados como nacimientos en hospital *(donde realmente ocurrieron cuando el parto en domicilio se complicaba... [En realidad, supongo que no serían tantos como para hacer otro grupo... RT.]*) En el 2012, la tasa de partos en domicilio en Oregón fue de 2.4%, la cual fue la tasa más elevada de cualquier estado.

.....

[Un nuevo estudio de la "Oregon Health and Science University (OHSU), llega a la conclusión de que la mayoría de las mujeres embarazadas de Oregón tendrán partos seguros donde sea que den a luz. Pero, en el estudio se encontró también que cuando las mujeres parían fuera del hospital, el riesgo de que los recién nacidos muriesen en los primeros meses, se duplicaba. Y que, **cuando las mujeres parían en un hospital, tenían 5 veces más posibilidades de tener una cesárea.** Sobre la base de 80.000 partos en Oregón en 2012 y 2013, las tasa de muertes perinatales – definidas como óbito fetal o muerte dentro de los 28 días posteriores al parto – fue de 4 por 1000 para los partos planeados fuera del hospital en comparación con el 2 por 1000 de los partos planeados en el hospital. **Las tasas de cesárea fueron de 53 por 1000 para los planeados fuera del hospital y de 257 por 1000 para los planeados en el hospital.]**

Estudio OHSU

El estudio OHSU sigue a un estudio publicado el 21 de diciembre 2015, en el "Canadian Medical Association

Femorel[®]
UNA TOMA MENSUAL

Tratamiento integral
de la Osteoporosis

Femorel[®]
max

Urufarma

Journal" en el que se compararon 23.000 historias de nacimientos desde el 2006 hasta el 2009 en el cual se llegó a la conclusión de que, para Ontario, en las mujeres que tuvieron embarazos de bajo riesgo, el parto a domicilio atendido por una partera entrenada no era más peligroso para el recién nacido que un nacimiento en el hospital... --Amy Wang– [The Oregonian/OregonLive](#). (Traducción incompleta).

Estudio del *Canadian Medical Association Journal*: (Resumen)

Los autores usaron una base de datos provincial de todos los embarazos anotados para ser atendidos en los domicilios, entre los años 2006 y 2009, para comparar aquellas mujeres que planificaron un parto en domicilio al comienzo del mismo, con una cohorte de mujeres con embarazos de bajo riesgo que planificaron tener un parto en el hospital, atendidos por parteras. Se efectuó un sub-grupo de análisis por paridad. El primer resultado fue el óbito gravídico, la muerte neonatal (<28 semanas) o una severa morbilidad (Apgar <4-5min o resucitación con ventilación positiva y compresiones cardíacas). **RESULTADOS:** se compararon 11.493 partos planificados en el hogar y 11.493 nacimientos planificados en el hospital. El riesgo de los resultados primarios hospitalarios no difirió en forma significativa del nacimiento planificado en domicilio (riesgo relativo [RR] 1.03, IC95% 0.68-1.55). Estos hallazgos fueron verdad tanto para las nulíparas (RR 1.04, IC95% 0.62-1.73) y las multíparas (RR1.00, IC95% 0.49-2.05) Todas las intervenciones intra-parto fueron menos entre los nacimiento planificados en el domicilio. **INTERPRETACIÓN:** en comparación con los nacimientos hospitalarios planificados, los nacimientos planificados en el domicilio, atendidos por parteras, en una jurisdicción donde los partos en el domicilio están bien integrados dentro del sistema de cuidados de la salud, no se asociaron con una diferencia en resultados neonatales adversos, pero se relacionaron con **menos intervenciones intraparto**.

.....

Antes que la licenciatura se hiciera obligatoria en 2015, Oregón fue uno de los dos estados en los que ésta no se requería para la práctica de la obstetricia por parteras en lugares fuera de los hospitales. Aunque la revisión de 2003 del certificado estándar de Nacido Vivo de los EEUU (*U.S. Standard Certificate of Live Birth*.) distinguía nacimientos planificados en el domicilio de nacimientos en el hogar no planificados, al nivel nacional aún no hay forma de separar los nacimientos en los hospitales que fueron planeados para ser efectuados en un hospital de aquellos que no fueran planeados para hacerlos así. El 1° de enero de 2012, Oregón introdujo nuevas preguntas en el certificado de nacimiento para documentar el sitio planificado para el parto en el momento en que comenzaba el trabajo de parto. Los autores usaron el certificado de nacimiento para determinar los resultados maternos y fetales y los resultados neonatales, de acuerdo con el sitio donde tuvo lugar el parto.

Discusión. Los autores categorizaron como extra-hospitalarios y hospitalarios a los nacimientos producidos en Oregón, de acuerdo al sitio en que intentaban ser atendidas las embarazadas y compararon los resultados, encontrando que los riesgos para ciertos resultados neonatales adversos estaban aumentados entre los nacidos fuera del hospital. En muchos estudios de los EEUU previos, no fue posible separar los nacimientos de bebés planificados fuera del hospital que tuvieron lugar en el hospital. En muchos estudios previos no fue posible separar los nacimientos planeados fuera del hospital, de los que tuvieron lugar en el mismo, luego de una transferencia

Anticonceptivos de última generación

Diva
Ethinodiol y Levonorgestrel

DIVINA 21
Ethinodiol y Levonorgestrel

DIVINA 28
Ethinodiol y Levonorgestrel



0800 8133
FonoMujer

Urufarma

intra-parto de la mujer al hospital. Los nacimientos retrasados representan el 16.5% de los nacimientos planeados para atención extra-hospitalaria en esa población y, la mala clasificación de los mismos como partos hospitalarios, provocó tasas de resultados adversos sub-estimadas entre nacimientos planificados como nacimientos fuera del hospital, (en algunos casos, sustancialmente).

Los autores observaron tasas más elevadas de mortalidad perinatal, escores de Apgar 5 minutos, convulsiones neonatales y transfusiones de sangre materna, entre los nacimientos planificados para fuera del hospital; éstas persistieron luego del ajuste de multi-variables y del escore de propensión. En otro estudio similar en el que no fue posible tener presentes transferencias intra-parto al hospital, resultados similares a los presentes fueron comunicados como muertes neonatales, convulsiones neonatales y valores de Apgar. Los nacimientos extra-hospitalarios también se relacionaron con una tasa más elevada de partos vaginales no asistidos y de tasas más bajas de intervenciones obstétricas y admisiones a servicios de recién nacidos de alto riesgo, hallazgos que corroboran los resultados de estudios anteriores. Estas relaciones siguen lógicamente a un punto de vista más conservador de intervenciones, que caracteriza al modelo de cuidados de las parteras. Los nacimientos extra-hospitalarios se relacionaron también con una tasa más alta de partos vaginales no asistidos y tasas más bajas de intervenciones obstétricas y admisiones a alto-riesgo obstétrico que los nacimientos en el hospital, hallazgos que corroboran los resultados de estudios anteriores. Estas relaciones se siguen, lógicamente, desde un punto de vista más conservador de intervención que caracteriza al modelo de atención por parteras y son bastante raras (p.ej. la inducción del parto) o no posibles (p.ej. parto por cesárea, tanto a domicilio como en un centro obstétrico, fuera de un hospital). Hay pocos datos actuales obtenibles sobre las tasas de transferencias de fuera del hospital al hospital en los EEUU. La tasa observada de 16.5% en este estudio es informativa y está en concordancia con las tasas comunicadas en una reciente revisión sistemática de transferencias en países desarrollados (incluyendo a los EEUU), en la que las tasas de transferencia variaron entre el 10 y el 17%.

Las limitaciones de este estudio requieren ser consideradas: en **primer** lugar, una limitación importante es la inhabilidad, en el caso de los partos planificados en el hogar, para distinguir entre transferencias desde centros de nacimientos y transferencias desde el hogar. Aunque existen diferencias importantes entre estos dos sitios, la mayoría de los lugares estatales de estadísticas vitales no distinguen aún entre éstos, en los casos de transferencias. En **segundo** lugar, los autores controlaron por las características maternas en los modelos de regresión, pero existen probablemente diferencias entre las mujeres que eligen dar a luz en un hospital y aquellas que eligen un nacimiento fuera del hospital. Las mujeres que eligen dar a luz fuera del hospital tienen diferentes valores y objetivos para sus partos (p.ej. control sobre los alrededores y una experiencia no medicalizada sin intervenciones innecesarias) que las mujeres que eligen el nacimiento hospitalario (p.ej. la obtención del alivio del dolor y el acceso a servicios de emergencia). En **tercer** lugar, aunque en Oregón hay una tasa elevada de nacimientos fuera del hospital, aunque el número anual de nacimientos en el estado es relativamente pequeño (aproximadamente 45.000, antes de las exclusiones), lo cual proporciona un bajo poder para analizar resultados de acuerdo al tipo de proveedor, haciéndola un área útil para futuras investigaciones. Cuarto, la exactitud de las estadísticas vitales tiene conocidas limitaciones, especialmente en relación con las condiciones previas al embarazo y, la codificación de esas condiciones es menos sensible que las que se usan en los procedimientos. Finalmente, una mala clasificación o confusión residual podría haber afectado los resultados. También hay diferencias con el completar los certificados de nacimiento, de acuerdo al lugar de nacimiento y la exactitud de la comunicación de muchas variables demográficas y variables clínicas se desconoce. Por ejemplo, el hecho de que

Florence
Dienogest 2,00 mg
Ethinil estradiol 0,03 mg

NUEVO ANTICONCEPTIVO
con dienogest

**Una nueva alternativa
en anticoncepción**

FonoMujer 0800 8133

Urufarma

27 pacientes transferidas estén anotadas como el haber tenido un médico como quien las atendiera en el nacimiento planificado, se debe posiblemente a errores en el proceso de completar el certificado de nacimiento; faltan a menudo datos que informen acerca del grado de mala clasificación relacionada con este y otros factores que afectan los resultados del estudio.

Los nacimientos efectuados fuera del hospital siguen siendo controvertidos. Estudios de Europa han demostrado que el nacimiento fuera del hospital puede ser una opción segura para las mujeres y sus bebés, cuando el riesgo de complicación es bajo. La Unión Europea define estándares uniformes para la educación y el entrenamiento de las parteras, en tanto que en los EEUU tiene un punto de vista, de certificación por etapas, de quienes atienden los nacimientos fuera de los hospitales.

El Colegio Americano de Nurses-parteras y el Registro Norteamericano de Parteras (*American College of Nurse-Midwives* y el *North American Registry of Midwives*) recomiendan que las parteras deberían como mínimo llegar a los estándares de parteras establecidos por la Confederación Internacional de Parteras (CIP), la cual incluye tener completo el programa de educación formal de la partera, la certificación nacional y la licencia en la jurisdicción local de práctica. Las parteras profesionales (CPM) certificadas pueden lograr dicha certificación a través del aprendizaje y de un portafolio de evaluación sin la obtención de una graduación formal; dentro de las organizaciones profesionales de parteras CPM están en marcha esfuerzos para la adopción de estándares uniformes de la CIP y Oregon ha seguido esta tendencia y, en el 2015 la licenciatura se hizo obligatoria para la atención de los partos fuera de los hospitales.

La extensión hasta donde las parteras están integradas en un sistema de cuidados de la salud, explique probablemente algunas de las diferencias en la práctica y en los resultados comunicados en los EEUU y en los estudios europeos. Por ejemplo, el sistema holandés de partos en domicilio (en los que el parto en domicilio es común y los resultados adversos son raros), incluye acuerdos formales de colaboración entre quienes brindan atención extra-hospitalaria e intra-hospitalaria, y están mutuamente de acuerdo sobre la estratificación del riesgo y de los protocolos para la transferencia de cuidados. El proceso para la producción de guías sobre una base de evidencias para los partos en domicilio en los EEUU, está en marcha.

Las tasas de intervención obstétrica son elevadas en los hospitales estadounidenses y, los autores encontraron amplias diferencias absolutas en los riesgos de estas intervenciones entre nacimientos planeados fuera de los hospitales y en los hospitales. Por contraste, resultados fetales adversos severos y resultados neonatales son poco frecuentes en todos los lugares que se valoraron y las diferencias absolutas en riesgos que se observaron entre los lugares de nacimientos planificados fueron pequeñas; por ejemplo, nacimientos planificados fuera del hospital estuvieron relacionados con algo más de una muerte fetal por 1000 nacimientos en los valores de los análisis multi-variados y de propensión a la probabilidad ajustados. La consideración de las preferencias maternas, incluyendo preferencias por servicios obstétricos, es también importante; el hecho de que los hospitales estadounidenses declinen por lo general el permitir un parto vaginal después de una cesárea, podría estar relacionado con el aumento en los partos en domicilio.

Mediante el empleo de los certificados de nacimiento de Oregon, los autores demostraron que las tasas de intervenciones obstétricas fueron más bajas, pero que los riesgos de muertes perinatales y de otros resultados neonatales adversos, fueron más elevados en los nacimientos planificados para fuera de los hospitales que los planificados para los hospitales; sin embargo, las diferencias absolutas en los riesgos de resultados neonatales

Carmín
Desogestrel 0,075 mg

**El anticonceptivo
de la lactancia**



**Madre pero...
siempre mujer...**

0800 8133
FonoMujer



adversos fueron pequeñas. Los hallazgos de los autores llaman la atención sobre el efecto que una mala clasificación sobre el lugar de intención del parto, tiene sobre la exactitud de las estadísticas vitales de los EEUU.

(Apoyado por una beca del Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development [k99HDO79658-01 para el Dr. Snowden) El. Dr. Tilden está apoyado por el Oregon Building Independent Careers in Women's Health Scholars (K12 HDO43488), y el Jonas Doctoral Scholars Programa, Sigma Theta Tau Beta Psi, y el American College of Nurse-Midwives).

Copias del artículo provistas por los autores pueden obtenerse con el texto completo del artículo en el NEJM.org. (Address reprint requests to Dr. Snowden at Oregon Health and Science University, 3181 SW Sam Jackson Park Rd., Mail Code L-466, Portland, OR 97239, o bien a snowden@ohsu.edu).

R.T.