



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Colombian Journal of Obstetrics and Gynecology

OCTUBRE - DICIEMBRE / 2020 • VOL. 71 No. 4

ISSN 2463-0225 (On line)

Publicación oficial de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología
 Resolución Mingobierno No. 218 de 1950
 Cra. 15 No. 98-42 Of. 204-205 Ed. Office Point
 Telefax: 601 66 22 / 601 88 01 / 601 88 33
 Bogotá (Colombia)
 Correo electrónico: rcog@fecolsog.org



SC-CER110481

EDITOR

Hernando Gaitán D., MD, MSc

EDITORES ASOCIADOS

Jorge Andrés Rubio R., MD, MSc
 Carlos Fernando Grillo A., MD, MSc

REVISORA ÉTICA

Clara Eugenia Arteaga D., MD, MSc

COMITÉ EDITORIAL

Adriana Pérez, BSc, MSc, PhD (Estados Unidos)
 Shrikant I. Bangdiwala, BSc, MSc, PhD (Estados Unidos)
 Luis Gabriel Cuervo A., MD, MSc (Estados Unidos)
 Cynthia Margaret Farquhar, MD, MSc (Nueva Zelanda)
 Elizabeth Castañeda, MSc, PhD (Colombia)
 Javier H. Eslava S., MD, MSc, MDU, Ph.D (Colombia)
 Patricia Landázuri, MSc, PhD (Colombia)
 Beatriz H. Aristizábal B., MSc, PhD (Colombia)

COMITÉ CIENTÍFICO

Medicina Materno Fetal

Jorge E. Tolosa A., MD, MSc (Estados Unidos)
 Agustín Conde A., MD, MSc, PhD (Estados Unidos)
 John Jairo Zuleta T., MD, MSc (Colombia)
 Rodrigo Cifuentes B., MD, PhD (Colombia)

Endocrinología Ginecológica

Ariel Iván Ruiz P., MD, MSc (Colombia)
 Mauricio Mendieta A., MD (México)

Infecciones en Obstetricia y Ginecología

Edith Ángel M., MD (Colombia)

Salud Pública y Epidemiología

Juan Manuel Acuña A., MD, MSc (Estados Unidos)

Endoscopia e Infertilidad

Adriana Landazábal B., MD, MSc (España)

Oncología y Patología Ginecológica

Nubia Muñoz, MD, MPH (Colombia)
 Gonzalo Pérez A., MD (Estados Unidos)
 Natalia Olaya M., MD, PhD (Colombia)

Asistente Editorial: Asistencia editorial Biteca S.A.S.
Corrección de estilo: María José Díaz Granados M.

Traductora: Adriana Arias de Hassan
Diseño y diagramación: Gloria Díazgranados M.

Información general de la revista

La *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* (RCOG) fue fundada en enero de 1950. Es la publicación periódica oficial de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) (antigua Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología). Su circulación es trimestral, se publica en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre. La publicación está autorizada por Resolución 218 de 1950, del Ministerio de Gobierno.

La RCOG publica artículos de investigación en relación con la salud de la mujer en todos los momentos de su ciclo de vida, con énfasis en los campos de la ginecología y la obstetricia y sus diferentes subespecialidades, la salud pública, y aspectos relacionados con género y violencia. Además, publica artículos de educación médica e historia de la medicina. Se da prioridad a las investigaciones de interés nacional, regional e iberoamericano.

La RCOG publica: artículos de investigación original que sigan una metodología cuantitativa o cualitativa, artículos de revisión que sigan metodologías repetibles y verificables, artículos de reflexión, como también estudios de reportes y series de casos. Asimismo, publica Guías de Práctica Clínica, protocolos de manejo y consensos basados en la evidencia. La Revista no publicará revisiones de la literatura de tipo narrativo, excepto si se solicitan de manera puntual.

A fin de ver los detalles para el envío de manuscritos, por favor remitirse a las Indicaciones a los autores.

La RCOG está citada en los siguientes sistemas: Index Medicus/Medline de la National Library of Medicine, en SciELO Colombia (Scientific Electronic Library Online), en el índice de la Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), en el Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas de Colciencias (Publindex), en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas (Imbiomed), en EBSCO, Scopus y en la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (RedAlyC).

GENERAL INFORMATION ABOUT THE JOURNAL

The Colombian Journal of Obstetrics and Gynecology (*Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* - RCOG) came to light in January 1950. It is the official periodic publication of the Colombian Federation of Obstetrics and Gynecology - FECOLSOG (previously the Colombian Society of Obstetrics and Gynecology). It is published every quarter in March, June, September and December, authorized by Resolution 218 of the Ministry of the Interior.

RCOG features research papers on women's health at all times of the life cycle, emphasizing the fields of obstetrics and gynecology and their various specialties, public health, and issues pertaining to gender and violence. It also publishes articles on medical education and the history of medicine. Priority is accorded to research of interest in national, regional and Ibero-American areas of influence.

Publications include: original research developed in accordance with quantitative or qualitative methodology, review articles that follow replicable and verifiable methodologies, reflection articles, as well as case reports and case series studies. RCOG also publishes Clinical Practice Guidelines and evidence-based management protocols and consensus papers. The Journal will not publish narrative literature reviews, except when specifically required.

For details on how to submit manuscripts, please refer to Instructions to the Authors.

RCOG is cited in the following systems: Index Medicus/Medline of the National Library of Medicine, SciELO Colombia (Scientific Electronic Library Online), LILACS (index of Latin-American Health Sciences Literature), Publindex (Colombian Colciencias National Index of Science and Technology Series), Imbiomed (Mexican index of Latin-American Biomedical Journals), EBSCO, Scopus, and RedAlyC (Network of Scientific Journals of Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal).



JUNTA DIRECTIVA FECOLSOG • 2018 - 2020

PRESIDENTE (MEDELLÍN):	DR. CARLOS ARTURO BUITRAGO DUQUE
VICEPRESIDENTE (PASTO):	DR. ANDRÉS JOSÉ RICAURTE SOSSA
SECRETARIO GENERAL (BOGOTÁ):	DR. CARLOS ALBERTO RAMÍREZ SERRANO
TESORERA (BOGOTÁ):	DRA. MARCELA DEL PILAR RODRÍGUEZ RAMOS
FISCAL MÉDICO (BOLÍVAR):	DR. NELSON TABORDA FERRER
VOCAL ZONA NORTE (SUCRE):	DR. MILACK PALMETH PESTANA
VOCAL ZONA CENTRO (ARMENIA):	DR. RICHARD JAMES OROZCO GONZÁLEZ
VOCAL ZONA SUR (NEIVA):	DR. LEYLA KUZMAR DAZA
VOCAL ZONA ORIENTE (TOLIMA):	DR. JUAN MANUEL MACHADO RODRÍGUEZ
PRESIDENTE PASADO INMEDIATO:	DRA. ARMANDO SOLANO GÁMEZ
PRESIDENTE ELECTO (2020-2024):	DR. ORLANDO JAVIER FLÓREZ VICTORIA

COMITÉ CIENTÍFICO:

DR. RAFAEL PADRÓN BURGOS, COORDINADOR
DRA. IVONNE DÍAZ YAMAL
DR. JUAN DIEGO VILLEGAS ECHEVERRI
DR. JIMMY CASTAÑEDA CASTAÑEDA
DR. CARLOS FERNANDO GRILLO ÁRDILA

COMITÉ GREMIAL:

DRA. ANA MARÍA ÁNGEL DE LA CUESTA, COORDINADORA
ENLACE DE JUNTA DIRECTIVA:
DR. NELSON TABORDA
FISCAL FECOLSOG

COMITÉ SALUD MATERNA Y PERINATAL:

DR. JESÚS ANDRÉS BENAVIDES, COORDINADOR
ENLACE DE JUNTA DIRECTIVA:
DR. CARLOS RAMÍREZ, SECRETARIO GENERAL FECOLSOG

COMITÉ GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA:

DRA. INDIRA ROSERO, COORDINADORA
ENLACE DE JUNTA DIRECTIVA:
DR. CARLOS BUITRAGO,
PRESIDENTE ELECTO FECOLSOG

COMITÉ DE ÉTICA:

DR. LUIS CARLOS MURILLO VALENCIA
DRA. ADRIANA MENESES
DRA. ADRIANA RAMÍREZ
DR. FILIPO MORÁN, COORDINADOR
ENLACE DE JUNTA DIRECTIVA:
DR. NELSON TABORDA, FISCAL MÉDICO FECOLSOG

COMITÉ CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA:

DR. ÁLVARO JOSÉ ESCOBAR, COORDINADOR
ENLACE DE JUNTA DIRECTIVA:
DR. ORLANDO FLÓREZ, VICEPRESIDENTE FECOLSOG

COMITÉ MEDICINA REPRODUCTIVA, ENDOCRINOLOGÍA E INFERTILIDAD:

DR. GERMÁN DAVID OSPINA, COORDINADOR
ENLACE DE JUNTA DIRECTIVA:
DRA. IVONNE DÍAZ YAMAL, PASADA PRESIDENTA FECOLSOG

COMITÉ SALUD DE LA MUJER Y DERECHOS HUMANOS:

DR. ARTURO PARADA, COORDINADOR
ENLACES DE JUNTA DIRECTIVA:
DR. ANDRÉS RICAURTE, VOCAL FECOLSOG
DR. JORGE DARÍO LÓPEZ, VOCAL FECOLSOG
DRA. MARCELA RODRÍGUEZ, TESORERA FECOLSOG
DR. JUAN MANUEL MACHADO, VOCAL FECOLSOG

ASOCIACIONES DE SUBESPECIALIDADES

PRESIDENTES

Asociación Colombiana de Colposcopia, Citología y Patología del Tracto Genital Inferior	Dr. Jairo Bonilla Osma
Asociación Colombiana de Centros de Reproducción Humana	Dr. Guido Parra Anaya
Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos	Dr. Gilberto Martínez Morales
Asociación Colombiana de Menopausia	Dr. Frank José Ospina Morales
Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología y Medicina Materno Perinatal – FECOPEN	Dr. Darío Alberto Santacruz Vargas

JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS FILIALES DE LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

ASOCIACIÓN BOGOTANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. Carlos Alberto Ramírez Serrano
Vicepresidente: Dr. Saulo Molina Giraldo
Secretario: Dr. Juan Carlos Mendoza Ávila
Tesorera: Dra. Marcela Rodríguez Ramos
Secretaria de Actas: Dra. Marcela Celis Amortegui
Fiscal: Dr. Daniel Molano Franco
Vocales: Dr. Carlos Fernando Grillo Ardila
Dra. Amparo Ramírez Corredor

ASOCIACIÓN ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego
Vicepresidente: Dr. Luis Fernando Escobar Aguilera
Secretaria: Dra. Martha Carolina Cifuentes
Tesorera: Dra. Ana María Ángel
Fiscal: Dr. Edgar Noreña Mosquera
Vocales: Dr. Jorge Alberto García Ortega
Dr. Luis Carlos Murillo
Dr. Juan Fernando Bojanini Betancur

ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL ATLÁNTICO

Presidente: Dr. Eusebio Consuegra Manzano
Vicepresidente: Dr. Nicolás Castillo
Secretario: Dr. Mario Martínez Vélez
Tesorera: Dra. Ana María Ricciardone Ruiz
Fiscal: Dr. Javier Mendoza
Coordinador Cient. Dr. Mario Villanueva Peñaranda
Vocales: Dr. José Alberto Ulloque
Dr. Rafael Lara Zambrano

ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BOLÍVAR

Presidente: Dra. Janeth Corbacho Contreras
Vicepresidente: Dr. Janire Buelvas Caparros
Secretaria: Dra. Angélica Cuello
Tesorero: Dr. Nelson Taborda Ferrer
Fiscal: Dr. Francisco Edna
Vocales: Dr. Raymundo Flórez Tapias
Dra. Gisela Gutiérrez

ASOCIACIÓN BOYACENSE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presidente: Dra. Wilma Inés Castilla Puentes
Vicepresidente: Dr. Luis Fernando Rentería
Secretaria: Dra. Gloria Camargo Villalba
Tesorera: Dr. Gustavo Medina Hurtado
Fiscal: Dr. John Angarita Chaparro
Vocales: Dr. Ismael Hernández de Castro
Dr. José M. Barrera B.

SOCIEDAD CALDENSE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dra. Nathalie Jurado Ocampo
Vicepresidente: Dr. Leonardo José González
Secretaria: Dra. Erika Mercedes Posada
Tesorero: Dr. Jorge Enrique Serna
Fiscal: Dra. Lina María Zuluaga
Vocales: Dra. Liliana del Socorro Dávila
Dra. Nancy Jeannette Sánchez Chambueta

ASOCIACIÓN CAUCANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dra. Claudia Yaneth Perafán Fernández
Vicepresidente: Dr. José Antonio Guzmán
Secretaria: Dra. Fernanda Ximena Bravo Muñoz
Tesorera: Dra. Ethel Patricia Ramírez Paruma
Fiscal: Dr. José Enrique Chagüendo
Vocales: Dra. Luisa Niño
Dr. Mauricio Erazo
Dr. Antonio Riaño

ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL CESAR

Presidente: Dr. Julio Julio Peralta
Vicepresidente: Dr. Alirio Fajardo Aaron
Secretaria: Dra. Ana Margarita Uhlia
Tesorero: Dr. Nelson Barrios Guzmán
Fiscal: Dr. Cesar de La Barrera
Vocales: Dra. Olena Mindiola
Dr. Jesús Cuello de Ávila

ASOCIACIÓN CORDOBESA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. Zuleika Ojeda Pinto
Vicepresidente: Dra. Marlene Baena
Secretaria: Dra. Leidy Revuelta
Tesorero: Dr. Iván Torres
Fiscal: Dr. Harold Blandon
Vocales: Dr. Elvis Pérez
Dra. Claudia Hoyos
Dr. Iván Cogollo

ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA GUAJIRA

Presidente: Dr. Andrés Curvelo Ricciuli
Vicepresidente: Dr. Sander Guerra Molina
Secretaria: Dra. María Maza
Tesorero: Dr. Harling López Bolívar
Fiscal: Dr. Jorge Luis Borrego Fuenmayor

ASOCIACIÓN HUILENSE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. Leyla Margarita Kuzmar Daza
Vicepresidente: Dr. Diego Felipe Polanía Ardila
Secretaria: Dra. Lucy Rojas
Tesorera: Dra. Rita Monje Gómez
Fiscal: Dr. Fabio Rojas Losada
Vocal: Dr. Juan Javier Vargas Polanía
Dra. Tatiana Cerón Charry

ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL MAGDALENA

Presidente: Dr. Javier Castro Solís
Vicepresidente: Dra. Shirley Molina
Secretaria: Dr. Angelica Palacio
Tesorero: Dr. Hugo Arrieta
Fiscal: Dr. Alex Medina
Vocal: Dr. Camilo María Cuello
Coordinador Académico: Dr. Omar Lopez

JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS FILIALES DE LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

ASOCIACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL META

Presidente: Dra. Liliana Logreira Nivia
Vicepresidente: Dr. Mauricio Rojas
Tesorería: Dra. Lucrecia Mojica Silva
Secretaria: Dra. Sandra Céspedes
Vocales: Dr. Gustavo Rhenals D'Andreis
Dr. Christian Bernal Pulido
Dra. Ibel Ninon Hernández

ASOCIACIÓN NARIÑENSE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presidente: Dr. Andrés José Ricaurte Sossa
Vicepresidente: Dr. Fabio Augusto Zarama Márquez
Secretario: Dr. Filipo Vladimir Morán Montenegro
Tesorera: Dra. Sonia Andrea Oliva Martínez
Fiscal: Dr. Germán Velásquez Becerra
Vocal: Dr. Gabriel Eduardo Paz Burbano

ASOCIACIÓN NORTESANTANDEREANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presidente: Dr. Carlos Omar Figueredo Diettes
Past Presidente: Dr. Orlando Afranio Villamizar Galvis
Vicepresidenta: Dr. Martha Lucía Flórez Nuncira
Secretario: Dr. Jesús Iván Sierra Laguado
Tesorero: Dr. Pablo Alberto Galvis Centurión
Fiscal: Dr. Julián Yañez Hartmann
Vocales: Dr. Samuel Enrique Bautista Vargas
Dr. Alexander Reyes Núñez

ASOCIACIÓN QUINDIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. Richard James Orozco González
Vicepresidente: Dr. Óscar Elías Zuluaga Cortés
Secretaria: Dra. Ana María Londoño Zapata
Tesorero: Dra. Germán Eugenio Osorio Chica
Fiscal: Dr. Jaime Fernando Montoya Barreto
Vocal: Dr. Óscar David Flórez Arrieta

ASOCIACIÓN RISARALDENSE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presidente: Dr. Andrés Benavides Serralde
Vicepresidente: Dra. Lilian Rubiano Pavia
Secretaria: Dra. Angélica María Torres
Tesorero: Dr. José Duván López Jaramillo
Vocales: Dr. Juan Esteban Gaviria
Dra. Paola Orrego
Dr. Dany Piedrahíta

ASOCIACIÓN SANTANDEREANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. Nelson Yesid Aguilar Jaimes
Vicepresidente: Dr. Pedro Ignacio Silva Pérez
Secretaria: Dra. Jackeline Jaimes Becerra
Tesorero: Dr. Eduardo Rueda Angarita
Fiscal: Dr. Nestor Alfonso Meneses Espinosa
Vocales: Dra. Claudia Giovanna Santarelli Franco
Dra. Isabel Eugenia Jáuregui Durán
Dr. Ricardo Ortiz Serrano

ASOCIACIÓN SUCREÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. José María Araméndiz Bohórquez
Vicepresidente: Dr. Milack Palmeth Pestana
Secretaria: Dra. Martha Suárez Sánchez
Tesorera: Dra. Isinela Moscote
Fiscal: Dr. Alex José Bernales
Vocales: Dr. Álvaro Javier Salgado
Dr. Ulises Mendoza Olaya

ASOCIACIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LOS TERRITORIOS NACIONALES

Presidente: Dr. Héctor Ramírez G.
Vicepresidente: Dr. Agustín Bustos
Secretaria: Dra. Mireya Mahecha
Tesorero: Dr. John Guerra
Fiscal: Dra. Liliana Rojas E.
Vocales: Dr. Javier Natera
Dr. Wherley D. Quiroga

ASOCIACIÓN TOLIMENSE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dr. Juan Manuel Machado Rodríguez
Vicepresidenta: Dra. Blanca Sofía Cifuentes
Secretaria: Dra. Andrea del Pilar Peña Rojas
Fiscal: Dr. Edison Méndez
Tesorero: Dr. Humberto Cuevas
Vocales: Dr. William Trujillo
Dr. Eder Lancheros

ASOCIACIÓN VALLECAUCANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Presidente: Dra. Diana Milena Martínez Buitrago
Vicepresidente: Dr. Milton César Gómez Gómez
Secretaria: Dra. Marcela González Tafur
Tesorera: Dra. Luz Bibiana Pazmiño Noreña
Fiscal: Dr. Jairo Enrique Guerrero Giraldo
Vocales: Dr. Fernando Javier Ruiz Rincón
Dr. Javier Andrés Carvajal Valencia
Dra. Liliana María Yepes Gómez
Dra. Paula Andrea Ramírez Muñoz

EDITORIAL

- Lesiones precursoras del cáncer anal en la mujer: abordaje desde la óptica del ginecólogo
Jorge Andrés Rubio-Romero, Luz Amparo Díaz-Cruz 320

INVESTIGACIONES ORIGINALES

- Prácticas institucionales en salud en maternas según clase social. Bogotá, Colombia, 2018
Libia Amparo Bedoya-Ruiz, Andrés Alonso Agudelo-Suárez, Diego Alveiro Restrepo-Ochoa,
Santiago Henao-Villegas 323

- Prevalencia de infección por virus del papiloma humano de alto riesgo y citología anormal en la zona de transformación anal en mujeres con displasia cervical. Bogotá, Colombia, 2017-2019
Cristhiam David Sánchez-Corredor, Mónica Guerrero-Machado, Jorge Andrés Rubio-Romero,
Edith Ángel-Müller, Gustavo Rey-Serrano, Luz Amparo Díaz-Cruz 345

- Frecuencia y causas de suspensión de cirugías ginecológicas y satisfacción de las pacientes: Hospital III EsSalud, Lima, Perú
Karen Giovanna Blas-Benites, Juan Pedro Matzumura-Kasano, Hugo Gutiérrez-Crespo 356

REPORTES DE CASO

- Aplasia eritroide pura secundaria a embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura
Juan Felipe Herrera-Quintana, Ana Carolina Rojas-Figueroa, Rafael Leonardo Aragón-Mendoza,
Roberto Gallo-Roa, Marcos Fidel Castillo-Zamora 365

- Embarazo posterior a lipoabdominoplastia de plicatura transversa, sin disección supraumbilical, liposucción irrestricta, neoumbilicoplastia y colocación baja de la cicatriz (TULUA): reporte de caso y revisión de la literatura
Francisco Javier Villegas-Alzate, José Daniel Villegas-Mesa 374

- Angiomixoma agresivo de vagina: reporte de caso y revisión de la literatura
Diana Meliza Hidalgo-Zambrano, Daniel Felipe Reyes-Vega, Luis Guillermo Cano-Arias 384

EDITORIAL

- Precursor lesions of anal cancer in women: approach from the gynecologist's perspective
Jorge Andrés Rubio-Romero, Luz Amparo Díaz-Cruz 320

ORIGINAL RESEARCH

- Institutional practices in maternal health according to social class. Bogotá, Colombia, 2018
Libia Amparo Bedoya-Ruiz, Andrés Alonso Agudelo-Suárez, Diego Alveiro Restrepo-Ochoa, Santiago Henao-Villegas 323
- Prevalence of high-risk human papilloma virus infection and abnormal cytology of the anal transformation zone in women with cervical dysplasia. Bogotá, Colombia, 2017-2019
Cristhiam David Sánchez-Corredor, Mónica Guerrero-Machado, Jorge Andrés Rubio-Romero, Edith Ángel-Müller, Gustavo Rey-Serrano, Luz Amparo Díaz-Cruz 345
- Frequency and causes of suspension of gynecological surgeries and patient satisfaction: Hospital III EsSalud, Lima-Perú
Karen Giovanna Blas-Benites, Juan Pedro Matzumura-Kasano, Hugo Gutiérrez-Crespo 356

CASE REPORT

- Pure red-cell aplasia secondary to pregnancy: Case report and review of the literature
Juan Felipe Herrera-Quintana, Ana Carolina Rojas-Figueroa, Rafael Leonardo Aragón-Mendoza, Roberto Gallo-Roa, Marcos Fidel Castillo-Zamora 365
- Pregnancy after transverse plication lipoabdominoplasty, undermining halted at umbilicus, liposuction without restrictions, umbilicoplasty with a skin graft, and low transverse scar localization (TULUA). Literature review and case report
Francisco Javier Villegas-Alzate, José Daniel Villegas-Mesa 374
- Aggressive angiomyxoma of the vagina: Case report and review of the literature
Diana Meliza Hidalgo-Zambrano, Daniel Felipe Reyes-Vega, Luis Guillermo Cano-Arias 384



LESIONES PRECURSORAS DEL CÁNCER ANAL EN LA MUJER: ABORDAJE DESDE LA ÓPTICA DEL GINECÓLOGO

La infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo es la causada por el virus del papiloma humano (VPH). Para 2010 se estimaba que en mujeres con hallazgos citológicos normales la prevalencia global de infección por VPH estaba entre el 7 y el 11 %, mientras en América Latina y el Caribe la prevalencia era del 16 %, una de las más altas a nivel mundial (1). El VPH es la segunda causa infecciosa de cáncer después de la bacteria *Helicobacter pylori* (2). Se estima que para el periodo 2013-2017 se presentaron cerca de 45.300 casos nuevos de cáncer asociados al VPH en Estados Unidos, especialmente cáncer anogenital y orofaríngeo (3).

Los cánceres en donde se ha encontrado un mayor riesgo atribuible al VPH son el de cérvix (100 %) y el anal (88 %) (4). El carcinoma anal de células escamosas es causado especialmente por los serotipos 16 y 18, considerados de alto riesgo oncogénico (4), ya que en biopsias de neoplasias escamosas anales de poblaciones europeas, asiáticas y norteamericanas se ha identificado presencia de ADN de VPH, principalmente de subtipos 16 (80 %) y 18 (10 %) (5). El cáncer anal representa aproximadamente del 1 al 2 % de los cánceres gastrointestinales y se estima que en Estados Unidos cada año aparecen cerca de 4.700 casos nuevos de cáncer anal asociado al VPH en mujeres, y unos 2.300 en hombres (2). En Colombia, se ha descrito que la incidencia ajustada por edad para el periodo 2010-2012 variaba del 0,5 al 1,9 x 100.000 mujeres año y del 0,5 al 0,9 en 100.000 hombres año (6). En cuanto a la mortalidad por cáncer anal, se estima que en Estados Unidos aproximadamente 1.350 personas habrán muerto por este cáncer en 2020 (7).

Se ha informado que las mujeres con historia de neoplasia intraepitelial del cérvix (NIC) tienen mayor riesgo de infección anal por VPH de alto riesgo oncogénico que aquellas sin NIC (17,4 vs. 1,5 % respectivamente) y que este virus infecta la mucosa cervical y anal en el 4 % de las mujeres con NIC (8). Además, hay evidencia de que las mujeres con historia de NIC grado 3 tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer anal con una razón de tasa de incidencia (RTI) de 3,85 (IC 95 %: 2,32-6,37) y de desarrollar NIA grado 3 (RTI: 6,68; IC 95 %: 3,64-12,25) (9).

Entendida en este contexto, la neoplasia intraepitelial anal (NIA) forma parte de una enfermedad multicéntrica en relación con el tracto genital inferior y, por tanto, la presencia de neoplasia intraepitelial del cérvix, vagina y vulva puede ser una señal que alerte sobre la presencia o futura aparición de lesiones intraepiteliales anales (10). En Colombia, pocos estudios han evaluado la prevalencia de la neoplasia intraepitelial anal en mujeres con displasia del tracto genital inferior. En 2018, Gomez *et al.* publicaron un estudio de 119 mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC2/3 y carcinoma *in situ*, encontrando una prevalencia de NIA de 6,7 % (7 mujeres con NIA de bajo grado y una con NIA de alto grado). Se encontró infección por VPH anal en 45 mujeres (37,8 %), con predominio de los genotipos 16, 18 de VPH (11).

Este panorama de mayor riesgo de cáncer anal en la mujer, sobre todo en aquellas con antecedente de NIC, contrasta con el poco interés que despierta en los ginecólogos esta patología del área perineal y perianal. El presente número de la RCOG presenta el estudio exploratorio de la prevalencia de infección por

VPH de alto riesgo en la mucosa anal de mujeres con diagnóstico reciente de NIC en la ciudad de Bogotá. La importancia de este estudio radica en llamar la atención a entes gubernamentales, aseguradoras, a médicos especialistas en ginecología y obstetricia y a los investigadores sobre el riesgo de NIA presente en las mujeres con antecedente de displasia del tracto genital inferior de cualquier grado.

Para los primeros, es relevante evaluar si es efectivo y seguro implementar guías para la prevención y el diagnóstico temprano de la infección anal por VPH de alto riesgo y de la NIA en mujeres de alto riesgo para cáncer anal (antecedente de NIC y con infección por VIH) (12). Para los médicos ginecobstetras es relevante advertir a las pacientes sobre esta posibilidad y reconocer la necesidad de ampliar el horizonte del examen clínico ginecológico anual de manera que la evaluación del área perianal sea rutinaria y se conozca la utilidad de las diferentes alternativas de tamizaje de la NIA. Vale la pena recordar que las pruebas más usadas en la literatura para la tamización y el diagnóstico de NIA son la citología anal, reportada con el sistema Bethesda, junto con el examen digital ano-rectal (en inglés conocido por el acrónimo DARE) (12) y la anoscopia de alta resolución (13). Además, se requiere que en las unidades de patología del tracto genital inferior y colposcopia se considere la conformación de grupos multidisciplinarios para el diagnóstico y la atención de las mujeres con la patología premaligna del tracto genital inferior que incluye a la NIA.

Por último, es necesario que los investigadores en la patología del tracto genital inferior realicen estudios en poblaciones de alto riesgo sobre la frecuencia de la infección anal por VPH 16 y 18, y que también evalúen la exactitud de las pruebas de tamización y su efectividad, seguridad y aceptabilidad en nuestro medio. Del mismo modo, debe evaluarse el papel de la vacunación contra el VPH de alto riesgo para la prevención de esta entidad (14).

Vale la pena recordar que muchas mujeres ponen toda su confianza en el ginecobstetra como médico de atención primaria y esperan de él orientación

sobre cómo cuidar su salud y que este realice las intervenciones de prevención o detección temprana de las condiciones mórbidas que las puedan afectar.

Jorge Andrés Rubio-Romero

Editor Asociado

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (RCOG)

Luz Amparo Díaz-Cruz

Profesora Asociada

Departamento de Obstetricia y Ginecología
Universidad Nacional de Colombia

REFERENCIAS

1. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis.* 2010;202(12):1789-99. <https://doi.org/10.1086/657321>
2. de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: A worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e180-e190. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Cancers associated with human papillomavirus, United States—2013-2017. *United States Cancer Statistics Data Brief.* 2020;18. Disponible en: <https://www.cdc.gov/cancer/uscs/pdf/USCS-DataBrief-No18-September2020-h.pdf>
4. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer.* 2017;141(4):664-70. <https://doi.org/10.1002/ijc.30716>
5. Alemany L, Saunier M, Alvarado-Cabrero I, Quirós B, Salmeron J, Shin HR, et al. Human papillomavirus DNA prevalence and type distribution in anal carcinomas worldwide. *Int J Cancer.* 2015;136(1):98-107. <https://doi.org/10.1002/ijc.28963>

6. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, et al. Human papillomavirus and related diseases in the world - Summary report. ICO/IARC Inf Cent HPV Cancer (HPV Inf Centre). 2019;307. Disponible en: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
7. National Cancer Institute. Surveillance, epidemiology and end results program. Cancer Stat Facts: Anal Cancer. 2018. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/anus.html>
8. Bregar AJ, Cronin B, Luis C, DiSilvestro P, Schechter S, Pisharodi L, et al. Anal and cervical high-risk human papillomavirus genotyping in women with and without genital neoplasia. *J Low Genit Tract Dis.* 2018;22(2):115-9. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000368>
9. Ebisch RMF, Rutten DWE, IntHout J, Melchers WJG, Massuger LFAG, Bulten J, et al. Long-lasting increased risk of human papillomavirus-related carcinomas and premalignancies after cervical intraepithelial neoplasia grade 3: A population-based cohort study. *J Clin Oncol.* 2017;35(22):2542-50. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.71.4543>
10. Tatti S, Suzuki V, Fleider L, Maldonado V, Caruso R, Timirello M de L. Anal intraepithelial lesions in women with human papillomavirus-related disease. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(4):454-9. <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e31825d2d7a>
11. Gómez S, Castillo M, Amaya J, Restrepo O, Puentes E y Sanabria D. Prevalencia de neoplasia intraepitelial, infección por VPH y alteraciones en citología anal en mujeres con LEI de alto grado y cáncer in situ de cérvix en una población de Bogotá. Trabajos ganadores presentados en el XXXI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología realizado del 9 al 12 de mayo de 2018 en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2018;69(3):218-21. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3234>
12. Alam NN, White DA, Narang SK, Daniels IR, Smart NJ. Systematic review of guidelines for the assessment and management of high-grade anal intraepithelial neoplasia (AIN II/III). *Colorectal Dis.* 2016;18(2):135-46. <https://doi.org/10.1111/codi.13215>
13. Bull-Henry K, Morris B, Buchwald UK. The importance of anal cancer screening and high-resolution anoscopy to gastroenterology practice. *Curr Opin Gastroenterol.* 2020;36(5):393-401. <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000661>
14. Roden RBS, Stern PL. Opportunities and challenges for human papillomavirus vaccination in cancer. *Nat Rev Cancer.* 2018;18(4):240-54. <https://doi.org/10.1038/nrc.2018.13>



EDITORIAL

PRECURSOR LESIONS OF ANAL CANCER IN WOMEN: APPROACH FROM THE GYNECOLOGIST'S PERSPECTIVE

Human papilloma virus (HPV) infection is the most frequent sexually transmitted infection worldwide. In 2010, it was estimated that in women with normal cytology, the global prevalence of HPV infection ranged between 7 and 11%, while the prevalence in Latin America and the Caribbean was 6%, one of the highest in the world (1). HPV is the second infectious cause of cancer after bacterial infection by *Helicobacter pylori* (2). In the United States, nearly 45,300 new HPV-associated cancer cases were estimated between 2013 and 2017, especially of anogenital and oropharyngeal cancer (3).

HPV-associated cancer risk found for cervical and anal cancer are 100% and 88% respectively (4). Squamous-cell anal carcinoma is caused mainly by serotypes 16 and 18, considered of high oncogenic risk (4), based on the finding of HPV DNA, mainly of subtypes 16 (80%) and 18 (10%) (5), in anal biopsies of squamous-cell neoplasms performed in European, Asian and North-American populations. Anal cancer accounts for nearly 1-2% of gastrointestinal cancers and it is estimated that, in the United States, close to 4,700 new cases of HPV-associated anal cancer occur in women and 2,300 in men every year (2). In Colombia, age-adjusted incidence for the period 2010-2012 ranged between 0.5 and 1.9 x 100,000 women per year, and from 0.5 to 0.9 for every 100,000 men per year (6). Regarding mortality due to anal cancer, it is estimated that close to 1,350 people will have died due to this cancer in 2020 (7).

Women with a history of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) have been described to be at a higher risk of anal infection by high oncogenic risk HPV than those with no history of CIN (17.4 vs 1.5% respectively); moreover, this virus has been found to infect both the cervical and the anal mucosa in 4% of women with CIN (8). There is also evidence that women with a history of grade 3 CIN are at a higher risk of developing anal cancer, with an incidence rate ratio (IRR) of 3.85 (95% CI: 2.32-6.37), and of developing grade 3 anal intraepithelial neoplasia (IRR: 6.68; 95% CI: 3.64-12.25) (9).

Within this context, anal intraepithelial neoplasia (AIN) is part of a multicomponent disease of the lower genital tract; therefore, the presence of cervical, vaginal and vulvar intraepithelial neoplasia may trigger an alert on the presence or future emergence of anal intraepithelial lesions (10). In Colombia, few studies have examined the prevalence of anal intraepithelial neoplasia in women with lower genital tract dysplasia. In 2018, Gomez *et al.* published a study of 119 women with a histopathological diagnosis of CIN2/3 and carcinoma *in situ*, reporting a 6.7% prevalence of AIN (7 women with low grade AIN and one case of high grade AIN). Anal HPV infection was found in 45 women (37.8%), with HPV 16 and 18 being the predominant genotypes (11).

There is a stark contrast between this landscape of higher risk of anal cancer, particularly in women with a history of CIN, and the little interest found

among gynecologist regarding this perineal and perianal pathology. This issue of RCOG features an exploratory study of the prevalence of high-risk HPV infection in the anal mucosa of women with a recent diagnosis of CIN in the city of Bogota. This study is important because it seeks to create awareness among government agencies, insurance companies, obstetricians and gynecologists, and researchers of the risk of AIN in women with a history of lower genital tract dysplasia of any grade.

For government agencies, it is relevant to determine whether the implementation of guidelines for the prevention and early diagnosis of high-risk anal HPV infection and of AIN in women at a high risk for anal cancer (history for CIN and HIV infection) is effective and safe (12). For specialists in obstetrics and gynecology, it is relevant to warn female patients about this possibility and to recognize the need to expand the scope of the annual gynecological exam to include the routine assessment of the perianal area; moreover, specialists should also become aware of the usefulness of alternative screening for AIN. It is worth remembering that the most widely used tests for AIN screening and diagnosis, as reported in the literature, are anal cytology - reported with the Bethesda system - together with digital anorectal exam (DARE) (12) and high resolution anoscopy (13). Also, units working with lower genital tract and colposcopy pathology should consider the creation of multidisciplinary teams for the diagnosis and care of women with premalignant conditions, including AIN.

Finally, researchers working with lower genital tract pathology should conduct studies in high risk populations to determine the frequency of anal infection due to HPV 16 and 18, and to assess screening tests for accuracy and also for their effectiveness safety and acceptability in our setting. Likewise, the role of vaccination against high-risk HPV in preventing this disease condition should also be assessed (14).

It is worth remembering that many women trust their ob/gyn doctor as their primary care practitioner

from whom they expect guidance as well as intervention or early detection of any morbid conditions that may affect them.

Jorge Andrés Rubio-Romero

Associate Editor

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (RCOG)

Luz Amparo Díaz-Cruz

Associate Professor

Obstetrics and Gynecology Department,
Universidad Nacional de Colombia

REFERENCES

1. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis.* 2010;202(12):1789-99. <https://doi.org/10.1086/657321>
2. de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: A worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e180-e190. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Cancers associated with human papillomavirus, United States—2013-2017. *United States Cancer Statistics Data Brief.* 2020;18. Available in: <https://www.cdc.gov/cancer/uscs/pdf/USCS-DataBrief-No18-September2020-h.pdf>
4. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer.* 2017;141(4):664-70. <https://doi.org/10.1002/ijc.30716>
5. Alemany L, Saunier M, Alvarado-Cabrero I, Quirós B, Salmeron J, Shin HR, et al. Human papillomavirus DNA prevalence and type distribution in anal carcinomas worldwide. *Int J Cancer.* 2015;136(1):98-107. <https://doi.org/10.1002/ijc.28963>

6. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, et al. Human papillomavirus and related diseases in the world - Summary report. ICO/IARC Inf Cent HPV Cancer (HPV Inf Centre). 2019;307. Available in: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
7. National Cancer Institute. Surveillance, epidemiology and end results program. Cancer Stat Facts: Anal Cancer. 2018. Available in: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/anus.html>
8. Bregar AJ, Cronin B, Luis C, DiSilvestro P, Schechter S, Pisharodi L, et al. Anal and cervical high-risk human papillomavirus genotyping in women with and without genital neoplasia. *J Low Genit Tract Dis.* 2018;22(2):115-9. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000368>
9. Ebisch RMF, Rutten DWE, Int'Hout J, Melchers WJG, Massuger LFAG, Bulten J, et al. Long-lasting increased risk of human papillomavirus-related carcinomas and premalignancies after cervical intraepithelial neoplasia grade 3: A population-based cohort study. *J Clin Oncol.* 2017;35(22):2542-50. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.71.4543>
10. Tatti S, Suzuki V, Fleider L, Maldonado V, Caruso R, Timirello M de L. Anal intraepithelial lesions in women with human papillomavirus-related disease. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(4):454-9. <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e31825d2d7a>
11. Gómez S, Castillo M, Amaya J, Restrepo O, Puentes E y Sanabria D. Prevalencia de neoplasia intraepitelial, infección por VPH y alteraciones en citología anal en mujeres con LEI de alto grado y cáncer in situ de cérvix en una población de Bogotá. Trabajos ganadores presentados en el XXXI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología realizado del 9 al 12 de mayo de 2018 en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2018;69(3):218-21. Available in: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3234>
12. Alam NN, White DA, Narang SK, Daniels IR, Smart NJ. Systematic review of guidelines for the assessment and management of high-grade anal intraepithelial neoplasia (AIN II/III). *Colorectal Dis.* 2016;18(2):135-46. <https://doi.org/10.1111/codi.13215>
13. Bull-Henry K, Morris B, Buchwald UK. The importance of anal cancer screening and high-resolution anoscopy to gastroenterology practice. *Curr Opin Gastroenterol.* 2020;36(5):393-401. <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000661>
14. Roden RBS, Stern PL. Opportunities and challenges for human papillomavirus vaccination in cancer. *Nat Rev Cancer.* 2018;18(4):240-54. <https://doi.org/10.1038/nrc.2018.13>



PRÁCTICAS INSTITUCIONALES EN SALUD EN MATERNAS SEGÚN CLASE SOCIAL. BOGOTÁ, COLOMBIA, 2018

Institutional practices in maternal health according to social class. Bogotá, Colombia, 2018

Libia Amparo Bedoya-Ruiz, M. D., M. Sc., Ph. D.¹; Andrés Alonso Agudelo-Suárez, D. D. S., M. P. H., Ph. D.²; Diego Alveiro Restrepo-Ochoa, Psic, M. Sc., Ph. D.³; Santiago Henao-Villegas, M. V., M. Sc., Ph. D.⁴

Recibido: 27 de febrero de 2020/Aceptado: 31 de agosto de 2020

RESUMEN

Objetivo: comprender las prácticas institucionales en salud que se realizan en las mujeres en embarazo parto y posparto, según la clase social, en Bogotá.

Materiales y métodos: estudio cualitativo, desde el paradigma de la hermenéutica crítica. Método de etnografía crítica, con muestreo teórico. Participaron 9 mujeres y 8 profesionales de la salud de la ciudad de Bogotá, que asistieron a instituciones públicas y privadas, pertenecientes a los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS). Se realizaron 38 entrevistas a profundidad durante 13 meses y 62 acompañamientos a las maternas en las actividades

de control prenatal, vacunación, trabajo de parto, consulta posparto, exámenes de seguimiento, curso psicoprofiláctico, hospitalización y sala de espera, tanto en servicios públicos como privados. Análisis por triangulación en Atlas Ti.

Resultados: teniendo en cuenta los discursos de los actores, la observación participante y el contexto, se encontraron dos categorías que determinan estas inequidades, denominadas el mercado regula la salud, y la vigilancia y el control en los servicios de salud.

Conclusiones: en la práctica médica es conveniente fortalecer las competencias ciudadanas para garantizar los derechos del personal de salud y de las mujeres. Estudiar desde la investigación cualitativa es una oportunidad para promover la transformación de las racionalidades médicas que afectan a las mujeres.

Palabras clave: clase social, embarazo, parto, periodo posparto, medicalización.

ABSTRACT

Objective: To understand institutional practices in healthcare as relates to women during pregnancy, childbirth and the postpartum period according to social class in Bogota.

* **Correspondencia:** Libia A. Bedoya-Ruiz, Escuela de Graduados, Universidad CES, Calle 10 A, No. 22-04. Campus Poblado. Teléfono (+574) 444 05 55, ext. 1963, Medellín (Colombia). bedoya.libia@uces.edu.co / bedoyalibia@hotmail.com

1 Doctora en Salud pública, Escuela de graduados; doctorado en Salud Pública Universidad CES, Medellín (Colombia).

2 Doctor en Salud Pública, Escuela de Graduados, Universidad CES, Medellín (Colombia). Profesor titular, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). Investigador Senior Colciencias.

3 Doctor en Salud Pública. Profesor titular, Universidad CES, Medellín (Colombia). Presidente, Asociación Colombiana de Facultades de Psicología.

4 Doctor en Bioética. Profesor titular, Universidad CES, Medellín (Colombia).

Materials and methods: Qualitative study based on the critical hermeneutics paradigm. Critical ethnographic method with theoretical sampling. The participants included 9 women and 8 health-care professionals from the city of Bogotá, attending public and private healthcare institutions that serve populations under both the subsidized as well as the contributive regimes of the General Social Security System. Overall, 38 in-depth interviews were conducted during a 13-month period, with 62 instances of support to the mothers in terms of prenatal care, vaccination, labor, postpartum visits, follow-up tests, psychoprophylactic course, hospitalization and waiting room. Triangulation analysis on Atlas Ti.

Results: Taking into account the discourse of the different players, observations and context, two categories were found to be determining factors of inequities: “Market-regulated health” and “Oversight and control in health services”.

Conclusions: It is advisable in medical practice to build competencies in the population in order to ensure the realization of the rights of women and healthcare personnel. Qualitative research offers the opportunity to promote the transformation of medical rationale affecting women.

Key words: Social Class, Pregnancy, Childbirth; Postpartum Period, Medicalization.

INTRODUCCIÓN

Fernández define las prácticas institucionales en salud (PIS) como un “conjunto de estructuras organizativas” orientadas a la prestación de servicios de salud que integran “acceso, atención, educación, saberes, quehacer profesional, actividades, equipos, técnicas, y formación de recurso humano en derechos” (1).

A nivel mundial se ha evidenciado que existen ciertas PIS que afectan los derechos de las mujeres en embarazo, parto y posparto (EPP); algunas de estas no son recomendadas por la evidencia científica en condiciones de bajo riesgo, por lo que su aplicación en este grupo de gestantes podría llevar

a la llamada violencia obstétrica (2-6). Este término incluye experiencias de procedimientos invasivos no consentidos que ocurren de forma rutinaria durante el parto (7), y el irrespeto y abuso durante este (2, 8).

Al respecto, se ha informado que en algunas regiones de Colombia aún se utilizan prácticas que cabrían en esta definición, tales como: la maniobra de Kristeller y la episiotomía de rutina (9-12, 13), los tactos vaginales no consentidos o por horario (9-11, 13-15), la ruptura artificial de membranas (9, 10, 12, 13), la inducción artificial del parto (9, 10, 12, 13, 15), el pujo dirigido (9, 12-14), la prohibición de comer, beber y moverse durante el trabajo parto (9, 10, 12-15); intervenciones médicas de estudiantes sin consentimiento de la gestante (9-12, 14), prohibición de la entrada del acompañante (9-11, 14, 15), bloqueo del apego madre-hijo (9, 10, 12), aislamiento e incomunicación de la parturienta mientras se está en sala de partos (9, 10, 12, 14, 15), entre otras. En algunos servicios de salud públicos se realizan historias clínicas conjuntas sin confidencialidad, existe insuficiencia de camas en el posparto que obligan a las mujeres a compartir camas, y los familiares deben esperar o dormir afuera de la institución (10).

La clase social se define como “el conjunto de sujetos organizados alrededor de intereses comunes” (16) que “se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y, por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen” (17). Esta es una categoría relevante en salud pública que permite comprender desigualdades sociales y de salud asociadas a la injusticia social (18-20).

En los estudios mencionados, algunas de las PIS de las mujeres en EPP en Colombia se muestran problemáticas (9-15); sin embargo, encontramos como vacío en la investigación la ausencia de visibilización de las desigualdades en las prácticas institucionales

en salud, que podrían originar experiencias de procedimientos invasivos no consentidos en el EPP, de manera diferencial según la clase social (8, 21). De acuerdo con lo anterior, surge la pregunta objeto de la presente investigación, acerca de si existen desigualdades, según la clase social, en las prácticas institucionales que se realizan en las mujeres en EPP en los servicios de salud de Bogotá (Colombia).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este proyecto se formula a partir de uno de los objetivos específicos de una investigación más amplia (22). En esta investigación se formularon otros dos objetivos específicos cuyos resultados ya fueron publicados (23, 24).

Diseño y población. Se realizó un estudio cualitativo, desde el paradigma de la hermenéutica crítica (25), que da cuenta de la reflexividad y subjetividad de la investigadora principal, que se identifica como mujer, médica y madre. El método es la etnografía crítica (26), que permite no solo entrevistar a los participantes de la investigación, sino también aproximarse a la perspectiva de otros actores, al contexto epidemiológico del EPP en Bogotá, y a las políticas del sistema de salud colombiano que dan significado a los resultados. El diseño metodológico fue flexible, coherente con el paradigma y método. Esto implica adaptar el proyecto a las necesidades del trabajo de campo y tener en cuenta las categorías y los referentes teóricos que emergen en la relación con los sujetos.

El trabajo de campo empezó en noviembre 2017 y finalizó en diciembre 2018. En esta fase se hizo presencia en el terreno, y se realizaron intercambios virtuales en las redes sociales a fin de crear sintonía con los participantes para generar un ambiente de confianza donde los sujetos pudieron expresar libremente lo que pensaban en el momento que ellos lo deseaban. La fase de análisis y redacción de la información inició en el trabajo de campo y finalizó en noviembre 2019.

Los criterios de inclusión fueron mujeres en primer trimestre de embarazo o más en la ciudad

de Bogotá, que asistieron a instituciones públicas y privadas, pertenecientes a los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS). Se excluyeron del estudio mujeres con enfermedad mental, discapacidad, menores de edad y quienes pudieran cambiar de residencia fuera de Bogotá.

Muestreo: teórico (27), según los conceptos de clase social de Breilh (17, 28), quien expone la clase social como una categoría analítica, en concordancia con el proceso de trabajo de la población y su relación con los medios de producción. En esta teoría se identifican los siguientes elementos diferenciadores entre las mujeres: ocupación, tipo de trabajo, actividad económica, empresa, contrato; grado, control y proceso de trabajo (vigila, realiza trabajo); posesión de medios de producción (propietario o no del lugar donde trabaja); fuente y forma de obtención de recursos. Lo anterior determina el régimen de salud en Colombia (29). En ese sentido, en la presente investigación participaron tres mujeres con trabajo informal que pertenecen al régimen subsidiado, tres mujeres asalariadas que pertenecen al régimen contributivo y tres mujeres con capacidad de ahorro que dentro del régimen contributivo pueden pagar un seguro privado o prepagada (tabla 1). Los conceptos de clase social, régimen de salud e instituciones públicas y privadas están relacionados en el marco referencial elegido.

Procedimiento. Según el presupuesto y el tiempo programado para realizar el trabajo de campo, se acompañaron 9 mujeres (tabla 1). Dada la conceptualización de clase social se hubiera podido invitar a más mujeres a la investigación, por eso no se cumplió con el criterio de saturación de la información (27). Las mujeres fueron contactadas a través de redes sociales y el servicio de control prenatal del sector público, donde tres mujeres rechazaron participar pues no requerían el acompañamiento propuesto.

Se invitó a participar al personal de salud que estaba en contacto con las mujeres. La mayoría rechazó participar en la investigación sin aportar razón alguna. Por tanto, se cambió la estrategia y fue

Tabla 1.
Características sociodemográficas de mujeres gestantes participantes en la investigación de prácticas institucionales de salud, Bogotá, 2018

Mujer	Régimen salud	Edad (años)	Semanas gestación inicio estudio	Ocupación	Nivel educativo	Estado civil	ESE ^a	Fuente ingresos	Localidad vivienda	Localidad servicios salud
Gp	Prepagada	38	27	Empresaria servicios privados medicina estética	Profesional Medicina Posgrado	Casada	5	Trabajo (de ella, pareja) y propiedades	Usaquén	Usaquén
Ap	Plan complementario C ^b	32	8	Ama de casa	Profesional Ingeniería	Casada	3	Trabajo pareja y propiedades ^c	Cercanía Suba	Chapinero
Lp	Plan complementario S	34	32	Trabajo informal investigadora	Profesional Antropología Posgrado	Unión marital de hecho	3	Trabajo de ella, pareja, padre	Engativá	Chapinero, Usaquén
Kc	Contributivo S	27	28	Asalariada	Profesional Ingeniería	Casada	3	Trabajo de ella, pareja	Kennedy	Kennedy, Teusaquillo
Ac	Contributivo N	23	16	Asalariada	Técnica en gestión de archivo	Casada	2	Trabajo de ella, pareja	Bosa ^f	Bosa ^f , Chapinero Puente Aranda
Lc	Contributivo C	18	20	Ama de casa	Bachiller	Soltera	2	Trabajo, padres, hermanos	Bosa ^f	Kennedy Usaquén Puente Aranda
Ss	Subsidiado ES ^d	19	25	Ama de casa	Séptimo bachillerato	Unión marital de hecho	1	Trabajo pareja, suegra	Ciudad Bolívar ^f	Ciudad Bolívar ^f Tunjuelito ^f
Gs	Subsidiado ES	36	20	Trabajo informal varios	Octavo bachillerato	Soltera	1	Trabajo de ella	Bosa ^f	Bosa ^f
Vs	Subsidiado FF ^e	27	38	Ama de casa	Bachiller	Soltera	1	Trabajo padres	Ciudad Bolívar ^f	Ciudad Bolívar ^f

a. Estratos socioeconómicos. En Colombia son 6, donde el 1 es el más bajo y el 6 el más alto. Esta estratificación se realiza de acuerdo con el lugar de la vivienda. B. A pesar de que dos mujeres tienen planes complementarios, las empresas que prestan los servicios son diferentes y, por tanto, las clínicas de atención son diferentes. Lo anterior también sucede en el régimen contributivo y subsidiado. Por esta razón, se coloca la inicial para visibilizar las empresas que son diferentes. En Colombia la mayoría de los usuarios del régimen subsidiado son atendidos en instituciones públicas, el resto de usuarios son atendidos en instituciones privadas. c. Familias que tienen capacidad de ahorro y reciben ingresos de otras fuentes diferentes al trabajo (arriendos, alquiler de equipos). d. EPS subsidiada. e. Fondo Financiero. f. Localidades del sur de Bogotá vulnerables, con peores indicadores de salud materno-fetal, contaminación ambiental, déficit de transporte público, inseguridad, déficit de servicios de salud, traslados prolongados entre el domicilio y los servicios de salud, servicios de salud públicos involucrados en corrupción, hacinamiento.

contactado personal de salud, con experiencia en atención materna, a través de redes sociales, así no estuviera en contacto con las mujeres participantes. Esta aproximación permitió la participación de 8 profesionales de la salud (tabla 2), dos de los cuales eran conocidos de la investigadora principal antes de la investigación.

Previo al trabajo de campo se programó hacer una entrevista con las mujeres por cada trimestre de embarazo, una entrevista posparto y otra entrevista después de finalizada la licencia de maternidad. Estas se desarrollaron a profundidad de manera longitudinal en el proceso de EPP durante 13 meses. Se realizaron 30 entrevistas a las mujeres y una a cada trabajador de la salud para un total de 38 entrevistas.

En el trabajo de campo, el tiempo planificado inicialmente para realizar las entrevistas cambió según las dificultades de las mujeres. Por ejemplo, una de ellas tuvo una pérdida gestacional al cuarto mes de embarazo. Con esta participante solo se realizaron dos entrevistas posaborto en el momento que lo deseó la mujer. A pesar de lo anterior, el acompañamiento de la mujer continuó, sin importar que las PIS pudieran ser diferentes a las previstas. En este caso, el paradigma elegido permite aproximarse a categorías nuevas que emergen en el campo y desde una postura ética se priorizan las necesidades de los participantes. Estos aspectos relacionados hacen parte de la etnografía (22).

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal, de manera no estructurada, con pre-

Tabla 2.
Características del personal de salud con experiencia en atención materna participante en el estudio de prácticas institucionales de salud, Bogotá, 2018

Tipo	Lugar de trabajo	Sexo	Edad	Experiencia laboral en maternidad (años)
Obstetra, atención de partos, consulta externa, preparación parto	Prepagada	F	48	18
Asesora de lactancia materna	Prepagada y contributivo	F	41	21
Enfermera, consulta externa	Prepagada y contributivo	F	28	4
Médica, atención de partos, consulta externa	Contributivo y subsidiado	F	40	5
Obstetra, consulta externa	Subsidiado	M	54	25
Obstetra, atención de partos, consulta externa	Subsidiado	F	32	8
Enfermera, consulta externa y preparación embarazo, parto y posparto	Subsidiado	F	46	15
Fisioterapeuta, atención de partos, preparación embarazo, parto y posparto	Contributivo y prepagada	F	33	5

guntas abiertas (30). Se utilizó una guía que incluyó temas relacionados con la clase social (17, 28) y los significados de las prácticas institucionales de salud (1, 31, 32), adaptada según la situación particular de cada mujer. Los encuentros se programaron según la disponibilidad de las participantes, en lugares elegidos por ellas, en organizaciones sociales, en el domicilio cuando las mujeres estaban solas, y en restaurantes poco frecuentados. La duración fue de una hora en promedio y mantuvieron un carácter confidencial.

La observación participante (OP) (26, 33) fue realizada por la investigadora principal en los servicios de salud donde asistieron a las mujeres. Se ingresó a varias instituciones, tanto públicas como privadas, según los diferentes seguros de salud (tabla 1). La mayoría de las mujeres transitaron por distintos niveles de atención y de complejidad; en general, el control prenatal se realizó en el primer nivel y la atención del parto en segundo y tercer nivel. Otras características de las instituciones y los tránsitos de las mujeres se describen en la investigación etnográfica original (22).

Se efectuaron 62 acompañamientos a maternas en las diferentes instituciones de salud (tabla 1). Lo observado se registró en el diario de campo donde se tomaron pequeñas notas a diario y se intentó que no se bloqueara la interacción con los sujetos. La redacción completa se realizó cuando no se estaba en el terreno. En el diario de campo quedó registrada la reflexividad de la investigadora principal y las transformaciones que presentaron los sujetos que participaron. Lo anterior se organizó en itinerarios de acompañamiento (uno por cada mujer participante), en forma de relato etnográfico y se recopiló información relacionada con el contexto (22).

Estrategias de análisis de la información: en los itinerarios de acompañamiento se identificaron aspectos en común de las participantes y los que las diferenciaban. Esta información se organizó en el proceso de EPP, lo que permitió ver recurrencias de aspectos teóricos a través del tiempo por cada una de las mujeres (33). Lo anterior se transcribió en un formato

Excel y fue un insumo importante para el análisis de las entrevistas pues había aspectos en ellas que parecían no recurrentes, pero que al triangularlos con los itinerarios de acompañamiento adquirirían importancia teórica. Las entrevistas fueron grabadas por la investigadora principal y transcritas por dos transcriptoras de la Universidad CES de Medellín. Las transcripciones de las entrevistas y el itinerario de acompañamiento fueron entregados a los participantes para retroalimentación.

El análisis se realizó en Atlas ti versión 7, donde se le asignó un código a los párrafos o frases, lo cual permitió clasificar la información. Se buscó desagregar datos, para volverlos a unir de manera diferente en forma de categorías. Esto busca construir conceptos relacionados con la teoría (análisis de contenido) y agrupar datos que tengan significados similares, con el fin de construir conceptos que den sentido a los resultados (34). Se identificaron 179 códigos derivados de los datos, organizados en 11 categorías. En el presente documento se publican 2 categorías en los resultados. Estas dos categorías se denominan: el mercado regula la salud, y vigilancia y control en los servicios de salud. Algunas de las otras categorías han sido publicadas previamente (23, 24). El proceso de codificación se realizó con el grupo de investigación y una trabajadora social.

Se triangularon (27, 35) los resultados teniendo en cuenta las técnicas metodológicas y el proceso de socialización. Este se realizó con pares investigadores de la Universidad CES y expertos en el tema, ajenos al proceso, lo que permitió incluir perspectivas diferentes e interdisciplinarias. Igualmente, la socialización fue progresiva con los participantes para validar la información y proponer estrategias que emerjan de ellos mismos.

Criterios de rigor metodológico en investigación cualitativa (35, 36): en la confiabilidad se diferenciaron los discursos de los actores de los análisis de la investigadora principal. Hubo tiempo suficiente para construir una relación de confianza con las personas. Los resultados fueron socializados de forma progresiva con las y los participantes, expertos en

el tema, incluyendo perspectivas interdisciplinarias. En la credibilidad se evaluó el efecto de la investigadora principal, aspectos que están descritos en la etnografía principal (22). El marco referencial y la recolección de la información fueron realizados en diferentes momentos del proceso investigativo. Se analizaron resultados desde diferentes teorías (1, 8, 17, 18, 21, 31, 32, 37, 38) y fueron incluidas las perspectivas de otros sujetos no participantes. El relato etnográfico contextualizado se construyó con información descriptiva y detallada (22). En la auditabilidad, los registros y los audios estuvieron a disposición de evaluadores externos ajenos al proceso para verificar resultados. Se desarrolló un informe de memoria metodológica que hizo explícitos los ajustes al proyecto realizados según las necesidades del trabajo de campo. En la consistencia se triangulaban datos teniendo en cuenta lo observado en el diario de campo, el discurso de los actores, la verificación de resultados por evaluadores externos, y las cifras estadísticas del contexto. Los datos en relación con los discursos de los participantes obtenidos de las entrevistas (tabla 3, 4) se confrontaron en el proceso de triangulación, con la observación participante realizada por la investigadora principal en el trabajo de campo, y los datos obtenidos del contexto (22). En la transferibilidad se construyeron el contexto y los itinerarios de acompañamiento con información descriptiva y detallada (22) como insumo para comparar con otros contextos urbanos latinoamericanos con sistemas de salud similares.

Aspectos éticos. Se contó con aprobación del comité de ética de la Universidad CES (Acta 99/2016) y de la Secretaría de Salud de Bogotá (Acta N00 41000/2017). Según el código de ética médica colombiano, en el ámbito asistencial se respetaron las decisiones clínicas tomadas por el personal de salud, pues la atención dada por los trabajadores de la salud excluyó la posible atención médica requerida de la investigadora principal. En el consentimiento informado se aclaró quién era la investigadora y sus intereses siendo mujer, médica y madre.

RESULTADOS

Participaron mujeres de estratos 1 al 5, con edades desde los 18 a los 38 años, nivel educativo séptimo de bachillerato hasta posgrado, ocupación (ama de casa, asalariada, empresaria, trabajo informal), y régimen de salud (subsidiado, contributivo básico, contributivo prepagado y planes complementarios). Los servicios de salud estaban ubicados en diferentes localidades de Bogotá que contrastan por las desigualdades sociales y de salud (39) (tabla 1). También participaron 8 profesionales de la salud (tabla 2) que trabajan en cada uno de los regímenes de salud, en consulta de control prenatal, y atención del parto y posparto.

Como resultado del análisis se construyeron dos categorías emergentes en el trabajo de campo (figuras 1 y 2) en relación con las PIS. Los datos fueron organizados en códigos (tabla 3 y 4) que representan un concepto que, al relacionarse entre sí, le da sentido a la categoría.

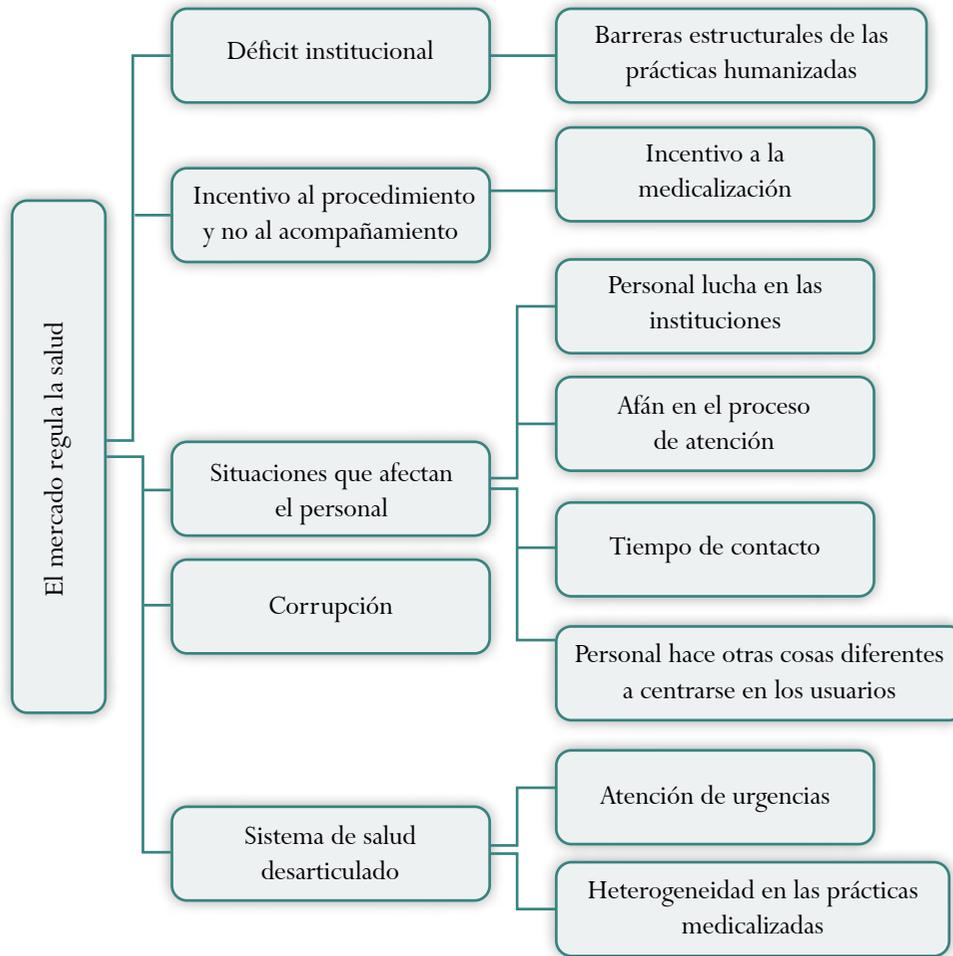
Categoría: el mercado regula la salud

Las PIS están inmersas en el contexto del sistema de salud colombiano, el cual está regulado por políticas en salud (figura 1). En la búsqueda de datos de contexto en relación con lo anterior se encontró que la Ley 100 de 1993 estuvo enmarcada bajo políticas neoliberales de tipo económico que nacieron en los años setenta a nivel mundial para disminuir el gasto público en salud dada la crisis del capitalismo global. Estas políticas fueron importadas a Colombia, lo que provocó que el mercado reemplazara al Estado en la regulación económica, y la justicia social quedara relegada a los procesos de oferta y demanda en los servicios de salud. Adicionalmente, el Estado delega la prestación del servicio de salud público a seguros privados (Entidades Promotoras de Salud - EPS) con ánimo de lucro, lo cual afecta el derecho a la salud de las personas y los derechos laborales del personal de salud (40-44).

En relación con el discurso de los participantes, que sustentan la presente categoría, estos dan

Figura 1.

El mercado que regula la salud en Colombia, 2018



cuenta de que las PIS se reproducen en la forma como funciona el sistema de salud colombiano. Con respecto a los códigos “Incentivo económico al procedimiento” y “Corrupción” (tabla 3), en la presente investigación se intenta visibilizar que las PIS, como la inducción medicalizada del parto y la cesárea, en condiciones fisiológicas, se presentan en situaciones no recomendadas por la evidencia científica (3), y se relacionan con aspectos estructurales de tipo económico, todo lo cual es relevante en la conceptualización de la violencia obstétrica (6)

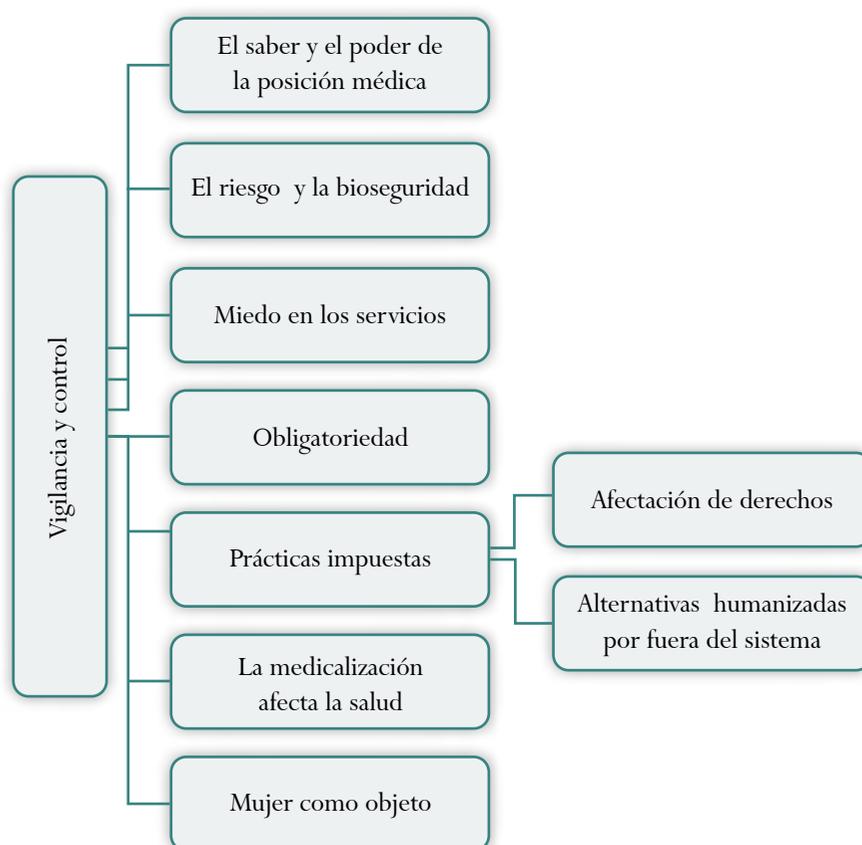
Estos aspectos se confrontaron con los datos de contexto que mostraron que para 2016, el porcentaje de partos por cesárea en Colombia fue de 45,8% y

para Bogotá fue de 43%. En algunos departamentos colombianos, como el Atlántico, la tasa es de 68% (45). Esta tasa de cesáreas ha aumentado a través del tiempo y es una de las más altas a nivel mundial.

En Colombia, los determinantes más relevantes asociados a la tasa de cesáreas están relacionados con el prestador de servicios. Entre estos determinantes se encuentran con mayor tasa de cesáreas las siguientes variables: el sector privado, los incentivos financieros del prestador (pago del evento), y el nivel de especialización de la IPS que tiene servicio de obstetricia (46). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando las frecuencias de cesáreas son superiores al 10-15%, no se da un efecto signi-

Figura 2.

La vigilancia y el control en los servicios de salud



ficativo en la disminución de las tasas de mortalidad materna o neonatal; esto afecta la salud del binomio madre-hijo, pues la cesárea programada sin indicación médica tiene efectos secundarios (47). No obstante, existen otras opiniones con relación a esta tasa de cesáreas, por ejemplo, en varios países miembros de la OMS se ha hecho hincapié en que un porcentaje por debajo del 19% en la tasa de cesáreas puede disminuir la mortalidad materna o neonatal (48). Por ello, agremiaciones de obstetras y perinatólogos colombianos han realizado recomendaciones, basadas en evidencia, para disminuir la tasa de cesáreas, teniendo en cuenta la seguridad en la atención (49). Estas recomendaciones están enfocadas en el comportamiento individual de los actores involucrados, pero sin visibilizar aspectos estructurales relacionados con los temas expues-

tos en la tabla 3, referentes al funcionamiento del sistema de salud colombiano.

Referente al código “Déficit institucional” (tabla 3), en relación con el número de camas, ambulancias y cierre de servicios de maternidad, se confrontó esta información con los datos encontrados en el contexto que mostraron que en Colombia la construcción hospitalaria viene en descenso desde 2014 y aumentan las construcciones hospitalarias que están paralizadas y no finalizadas (50). Para 2018, por cada 10.000 habitantes había 7,3 camas y 0,51 ambulancias básicas y medicalizadas. Para 2017, en Bogotá había 0,26 camas por cada 10.000 habitantes y 0,00 ambulancias por cada 10.000 habitantes (51). Lo anterior muestra un déficit cuando se comparan estos indicadores con otros países. Para 2011 había 21 camas por 10.000 habitantes

Tabla 3.
Códigos de la categoría: El mercado regula la salud

Código	Definición conceptual	Citas
Déficit institucional	Falta de insumos, infraestructura y talento humano en las instituciones de salud. Este aspecto está relacionado con las barreras estructurales para el desarrollo de las prácticas humanizadas. Por ejemplo, la falta de anestesia epidural, privacidad en la sala de partos, espacio para acondicionar salas de partos que permitan el movimiento en el trabajo de parto, personal que acompañe a las maternas durante el trabajo de parto, camas que permitan tener a una materna el tiempo suficiente para el desarrollo de un parto natural, ambulancias para remitir los pacientes de un primer nivel al siguiente nivel de atención.	“Disminuyeron en el hospital público el número de profesionales y las camas, en este momento solamente hay 12 camas para todo lo que llegue, hay 6 camillas de observación para lo que llegue, entonces se mete en el mismo espacio a pediátricos y a gestantes. En el mismo espacio, todo queda igual, todo quedó en la misma área y el espacio que estaba destinado para obstetricia que era aparte y el de pediatría que era aparte, eso está clausurado, ahí no se hace nada” (Médica general, régimen subsidiado y contributivo).
Incentivo económico al procedimiento	Estrategia del sistema de salud que valora económicamente los procedimientos medicalizados y la tecnología en salud, pero esto mismo no sucede con los aspectos relacionados con la humanización como el acompañamiento que se les hace a las maternas en el trabajo de parto y las valoraciones basadas en la clínica.	“Fueron dos días y medio acompañando el trabajo de parto y recibí mi tarifa de siempre, como si hubiera estado como 1 hora. Entonces parte del planteamiento es que volvamos a institucionalizar la obstetricia en el sector privado, porque finalmente ahí sí se solucionarían algunos de los problemas en términos de que no estaríamos con afanes viviendo inducciones fallidas como de tres horas y como no tengo tiempo de acompañarte más ni tampoco me lo pagan, pues hacemos cesárea, daríamos más como espera a los tiempos naturales que tiene cada mujer para parir” (Obstetra, medicina prepagada).
Situación que afecta al personal de salud	Condiciones en que el personal desarrolla su trabajo, donde hay déficit institucional y no se valora económicamente el proceso de acompañamiento de las maternas. Esto provoca situaciones de sobrecarga laboral y agotamiento que es considerado como violencia contra el personal. Adicionalmente, el personal debe adaptarse a las demandas del mercado que impone tiempos de atención reducidos y rentabilidad relacionados con el afán en el proceso de atención y la necesidad de inducir médicamente el parto. La manera como funciona el sistema genera cargas administrativas que alejan al profesional de la atención de las mujeres. Para el personal que ha sido capacitado en el concepto de parto humanizado aplicar esta perspectiva genera luchas y resistencias en los servicios de salud.	“Me quedo colgada en el tiempo y me puedo retrasar una hora y obviamente son quejas y también me lo auditan. Me hacen plan de mejora entonces entro en vigilancia en un tiempo X y si no muestro resultados pues me terminan el contrato” (Médica general, régimen subsidiado y contributivo).

Código	Definición conceptual	Citas
Corrupción	No solo se refiere a la corrupción que tiene en quiebra al sistema de salud colombiano, también incluye las conductas antiéticas de los actores. La manera como está concebido el sistema favorece la corrupción. El mercado deja libre a los actores del sistema para que presten servicios bajo el concepto de la rentabilidad. En este contexto, el personal impone prácticas innecesarias como la cesárea en condiciones fisiológicas sin buscar el bienestar de la mujer y su hijo.	“La doctora dijo: ‘para acelerar el parto, pues lo tendría en mi turno, pues yo la dejo para parto normal. En cambio, mi compañero no, si él llega mañana y usted no ha tenido el bebé la manda de una vez a cesárea’” (Mujer bachiller, ama de casa, beneficiaria del régimen contributivo).
El sistema de salud está desarticulado	La libertad de los actores se traduce en que cada uno va por su lado. No se trabaja en equipo en beneficio de los usuarios. El primer nivel hace recomendaciones a las mujeres que no son coherentes con la atención que presta el tercer nivel. La atención de urgencias impone a las mujeres situaciones que afectan su dignidad cuando no consiguen ser atendidas en los diferentes niveles de atención. El personal no trabaja en equipo y a pesar de que existen guías de manejo basadas en evidencia, en una misma institución no se ponen de acuerdo frente a la atención de las maternas, sometiénolas a la incertidumbre de prácticas médicas heterogéneas.	“Hay una soledad para las prácticas de la humanización. El sistema ha fraccionado los equipos, no trabajamos en equipo, pues como que el sistema tiene tan alto nivel de exigencia que fracciona y cada uno trabaja el pedacito que le corresponde... Por ejemplo, una bebida hidratante es un detalle tan sencillo, que es posible, y que bueno yo lo he vivido en algunas de las instituciones en las que trabajo, en otras es más luchado. La enfermera jefe me dice ‘doctora vaya y pídale permiso al anestesiólogo si la deja darle agua’” (Obstetra, medicina prepagada).

en Chile y 82 en Alemania (52). En Colombia hay insuficiencia de servicios especializados, se cierran servicios de pediatría y obstetricia porque no son rentables y la oferta se concentra en servicios de alto costo (53, 54).

En los datos de la OP se señaló que este déficit de camas y ambulancias es significativo porque la programación de un parto humanizado (3) requiere tiempo y espacio, acordes con el proceso natural del trabajo de parto, donde se garantice la seguridad del binomio madre-hijo en caso de necesitar remisión a otro nivel de atención (22).

Articulado al “déficit institucional” (tabla 3), en los datos de contexto son visibles las desigualdades entre las instituciones públicas y privadas (55), lo cual afecta los derechos de las mujeres del régimen subsidiado. Al respecto, en Bogotá el 99,3 % de IPS (clínicas y hospitales) son privadas. En 2016, había 18 IPS públicas menos con respecto al 2015. Para el caso

de ginecobstetricia había 611 servicios habilitados en el sector privado y 34 en el público. Para pediatría había 603 servicios privados y 27 públicos (55).

En los datos de la OP se apreció que las problemáticas relacionadas con el “déficit institucional” y los tiempos reducidos de atención en “Situación que afecta el personal de salud” (tabla 3), se acentuaron en las mujeres de régimen subsidiado y algunas de régimen contributivo. Esto vulnera en mayor medida a las mujeres de una clase social menos aventajada (22).

Lo anterior se confrontó con los datos de contexto que dan cuenta de la difícil situación de los hospitales públicos colombianos, los cuales no reciben el dinero del Estado sino de empresas privadas, a través de cuentas de cobro, en un contexto donde se presta un servicio menos competitivo de salud integral, educación y gratuidad (43, 44).

Los recursos son retenidos por las EPS a través de la auditoría médica, malversación de fondos y

competencia desleal (43, 44). Lo anterior provoca el cierre de instituciones de salud para las personas más necesitadas del país y el despido masivo y violento del personal, como sucedió con los hospitales públicos más representativos de Bogotá (Materno Infantil y San Juan de Dios), a partir de la reforma neoliberal. En los hospitales públicos que continúan vigentes en la actualidad se evidencia la flexibilización del trabajo del personal, su explotación, y una visión del usuario pobre como objeto de gestión económica (43, 44).

Estos aspectos influyen de manera importante en la salud pública, pues la desfinanciación de las instituciones de salud afecta la calidad en la prestación de servicios de salud, no solo por la falta de insumos, sino por la situación del personal de salud (22, 56). Lo anterior no es evidenciado a profundidad en los documentos producidos por los entes estatales (51, 55, 57), que son fundamentales para ejecutar la Política de Atención Integral en Salud en Colombia (58).

Los datos de la OP permitieron generar diálogos con los obstetras participantes (tabla 2). Ellos manifestaron no estar de acuerdo con la normatividad que busca penalizar la violencia obstétrica en Colombia. Sin embargo, no pertenecen a ningún colectivo político que busque la transformación del sistema de salud colombiano. Al respecto, los datos del contexto mostraron que un gremio de obstetras a nivel nacional manifestaron estar en desacuerdo con el proyecto de ley que penaliza la violencia obstétrica porque la responsabilidad recae sobre los individuos y no se enfoca en otras causas más estructurales (59).

Categoría: la vigilancia y el control en los servicios de salud

Vigilar y controlar clínicamente a las mujeres es una herramienta en el proceso de atención de las maternas que busca disminuir la morbilidad materna (figura 2). Los datos, en relación con los discursos de los participantes, que sustentan esta categoría se presentan en la tabla 4.

Los datos de la OP mostraron que los derechos del parto humanizado solo son asequibles para las mujeres con mayor poder adquisitivo (22). Por ejemplo, el derecho a disminuir la percepción del dolor, ya sea con la analgesia epidural u otros métodos naturales, derecho a la privacidad en el trabajo de parto, derecho a tener un acompañante en el trabajo de parto, derecho a elegir el personal que atiende el parto, y oportunidad de pagar una doula (acompañante en el EPP que promueve en condiciones fisiológicas el parto natural no inducido y el trabajo de parto en movimiento en sintonía con las necesidades de la mujer) (60).

Para el caso de la presente investigación, solo una mujer de medicina prepagada pudo sufragar la doula que trabajó en equipo con un obstetra de una clínica privada para garantizar un proceso humanizado y sin complicaciones a nivel institucional (tabla 4, código “Alternativas humanizadas por fuera del sistema”, y datos reportados en la etnografía (22)).

En respuesta a la pregunta de investigación, los datos de OP mostraron que las desigualdades según clase social para las PIS (tabla 4) son: prácticas medicalizadas impuestas, falta de derechos en relación con prácticas humanizadas y obligatoriedad en los servicios. En estos aspectos se afecta en mayor medida a las mujeres de una clase social menos aventajada (22).

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta el paradigma elegido (25) es necesario dar significado a los resultados a partir de la teoría y discutir el porqué de las problemáticas planteadas. Adicional a los aspectos teóricos publicados previamente (8, 21), son relevantes los referentes teóricos que emergen con los datos. Al respecto, Das (37) explica que las estructuras políticas nacionales e internacionales generan violencia estructural en la población. Las organizaciones internacionales imponen sus intereses en salud pública sobre las necesidades de las personas en el contexto local de los países en vías de desarrollo. La salud y la vigilancia se conceptualizan como “un bien

Tabla 4.
Códigos de la categoría: La vigilancia y el control en los servicios de salud

Código	Definición conceptual	Citas
Saber-Poder de la posición médica	Los saberes de los galenos sobre el cuerpo de las mujeres son considerados un saber experto y autorizado que no se cuestiona ni se pone en duda. En ese sentido, las mujeres obedecen la autoridad médica porque ellas no tienen el conocimiento ni el reconocimiento que los médicos tienen.	“Si los médicos están diciendo que no es posible de pronto la equivocada soy yo porque es que todo el mundo lo dice y son personas que estudian para eso o sea, como no creerles si están con especializaciones precisamente y son especialistas en el tema entonces. Que te digan que no, que está muy grande, pues obviamente ya tú empiezas a dudar de que no es posible el parto natural y no voy a insistir” (Mujer profesional, ama de casa, plan complementario).
Riesgo y bioseguridad	Aspectos que justifican las prácticas medicalizadas. Se visibilizan como verdades absolutas, no se cuestionan y se imponen para disminuir morbilidad materno-infantil.	“En una clínica que me dicen que por bioseguridad del paciente no es permitida la movilidad de una mujer en trabajo de parto a partir de la fase activa, o sea de 5 centímetros de dilatación hacia arriba, o no las dejan mover si han roto fuente así esté en cero centímetros de dilatación y lo que argumentan es que es la bioseguridad de la paciente, pero pues realmente yo pienso que también es un poco de desconocimiento y de pérdida de confianza en esa mujer, la debilitan tanto, les da susto que se vaya a caer, entonces yo pienso que como culturalmente o como nos educaron, en los partos hospitalarios no fueron en movimiento sino acostadas, pues se nos hace, que peligro tan tremendo es una gestante caminando en fase activa ¿no?” (Obstetra, medicina prepagada).
Miedo	Se presenta tanto en las mujeres como en el personal. No solo incluye el miedo a los riesgos, a la enfermedad y a la muerte, también a la violencia y al maltrato. Está relacionado con el hecho de estar prevenido, sentirse a la defensiva en los servicios de salud y de ir a ellos solo si es estrictamente necesario.	“Yo siento que de pronto si tocara el tema con el obstetra de decirle: ‘no voy a ir a la programación de la cesárea’, sería como una guerra, no sé si incluso tenga represalias conmigo, me da miedo eso, me ponga una cita porque ya la otra semana tenemos el control con él, y que me diga: ‘no, ya, me toca programarte, o sea, no podemos esperar más’; entonces ¿cómo le voy a decir?” (Mujer ama de casa, profesional, plan complementario).
Obligatoriedad	La concepción de derechos en el sistema de salud se convierte en obligaciones para las mujeres, que si no se cumplen se plantean represalias como el regaño o el castigo.	“Si uno no va a citas que le toca taller, y que si no va a taller no les dan citas nuevamente porque, pues, a veces uno no tiene el tiempo para ir a esos talleres cuando pierde las citas, y pues a veces uno no puede asistir a las citas porque se le presentan inconvenientes, y pues le ponen a uno esas tareas sin uno tener tiempo ni nada, entonces digo que también deberían cambiar eso” (Mujer ama de casa, régimen subsidiado).

Código	Definición conceptual	Citas
Saber-Poder de la posición médica	Los saberes de los galenos sobre el cuerpo de las mujeres son considerados un saber experto y autorizado que no se cuestiona ni se pone en duda. En ese sentido, las mujeres obedecen la autoridad médica porque ellas no tienen el conocimiento ni el reconocimiento que los médicos tienen.	“Si los médicos están diciendo que no es posible de pronto la equivocada soy yo porque es que todo el mundo lo dice y son personas que estudian para eso o sea, como no creerles si están con especializaciones precisamente y son especialistas en el tema entonces. Que te digan que no, que está muy grande, pues obviamente ya tú empiezas a dudar de que no es posible el parto natural y no voy a insistir” (Mujer profesional, ama de casa, plan complementario).
Riesgo y bioseguridad	Aspectos que justifican las prácticas medicalizadas. Se visibilizan como verdades absolutas, no se cuestionan y se imponen para disminuir morbilidad materno-infantil.	“En una clínica que me dicen que por bioseguridad del paciente no es permitida la movilidad de una mujer en trabajo de parto a partir de la fase activa, o sea de 5 centímetros de dilatación hacia arriba, o no las dejan mover si han roto fuente así esté en cero centímetros de dilatación y lo que argumentan es que es la bioseguridad de la paciente, pero pues realmente yo pienso que también es un poco de desconocimiento y de pérdida de confianza en esa mujer, la debilitan tanto, les da susto que se vaya a caer, entonces yo pienso que como culturalmente o como nos educaron, en los partos hospitalarios no fueron en movimiento sino acostadas, pues se nos hace, que peligro tan tremendo es una gestante caminando en fase activa ¿no?” (Obstetra, medicina prepagada).
Miedo	Se presenta tanto en las mujeres como en el personal. No solo incluye el miedo a los riesgos, a la enfermedad y a la muerte, también a la violencia y al maltrato. Está relacionado con el hecho de estar prevenido, sentirse a la defensiva en los servicios de salud y de ir a ellos solo si es estrictamente necesario.	“Yo siento que de pronto si tocara el tema con el obstetra de decirle: ‘no voy a ir a la programación de la cesárea’, sería como una guerra, no sé si incluso tenga represalias conmigo, me da miedo eso, me ponga una cita porque ya la otra semana tenemos el control con él, y que me diga: ‘no, ya, me toca programarte, o sea, no podemos esperar más’; entonces ¿cómo le voy a decir?” (Mujer ama de casa, profesional, plan complementario).
Obligatoriedad	La concepción de derechos en el sistema de salud se convierte en obligaciones para las mujeres, que si no se cumplen se plantean represalias como el regaño o el castigo.	“Si uno no va a citas que le toca taller, y que si no va a taller no les dan citas nuevamente porque, pues, a veces uno no tiene el tiempo para ir a esos talleres cuando pierde las citas, y pues a veces uno no puede asistir a las citas porque se le presentan inconvenientes, y pues le ponen a uno esas tareas sin uno tener tiempo ni nada, entonces digo que también deberían cambiar eso” (Mujer ama de casa, régimen subsidiado).

Código	Definición conceptual	Citas
Prácticas medicalizadas impuestas	Existen, dada la visión del riesgo, la bioseguridad y la obligatoriedad en condiciones fisiológicas. Por ejemplo, tomar vitaminas así las mujeres se sientan mal con ellas o no sean necesarias, la inducción médica del parto y su cadena de medicalización, el ayuno prolongado en el trabajo de parto, la cesárea, la medicalización neonatal relacionada con los procedimientos médicos del recién nacido en el momento del nacimiento, la canalización endovenosa y la monitoría fetal permanente que impide la movilización durante el trabajo de parto, la elección de la posición del parto que rechaza las posiciones verticales por bioseguridad, la episiotomía, el control del pujo y los tactos vaginales por horario que no son necesarios en un parto natural.	<p>“Es doloroso arrastrarse de una camilla a la otra de la sala de partos, de por sí que es horrible parir acostada, yo quería ir de pie” (Mujer profesional, asalariada, régimen contributivo)</p> <p>“Ese parto es mi frustración pues no era el momento de la inducción del parto porque, el cuerpo es sabio, y pues nada, que todo estaba bien, y yo entiendo que la cesárea es necesaria cuando hay un riesgo para la mamá y el bebé. Uno entiende que hay razones técnicas, o de la ciencia, pero yo no tenía ninguna razón simplemente porque él bebé no bajaba, estando yo acostada. Quedé como con esta sensación de no haberle preguntado a otra persona si de pronto era verdad, o él simplemente tenía afán porque tenía que hacer la cirugía y ya, y bueno, ese fue el tema feo. No sentí confianza en el obstetra, no le creí todo lo que me dijo” (Mujer profesional, ama de casa, plan complementario)</p>
Alternativas humanizadas por fuera del sistema	Las prácticas medicalizadas obligan a pagar alternativas por fuera del sistema de salud como las doulas, las parteras y los partos domiciliarios donde tienen alternativas cuando el EPP es fisiológico. Los derechos que buscan las mujeres por fuera del sistema de salud son: derecho al parto natural, derecho a que el recién nacido no sea separado de la madre en el momento del nacimiento, derecho a disminuir el dolor, derecho a la movilidad durante el trabajo de parto, derecho a elegir la posición durante el trabajo de parto, derecho a manifestar el dolor, derecho a decidir el tipo de parto, derecho a elegir la forma de alimentar el bebé, derecho al acompañamiento por el personal de salud, derecho a que sus redes sociales participen en el proceso de atención y derecho a la privacidad.	<p>“He pensado incluso que si no encuentro el apoyo del sistema de salud, de pronto pagar aparte del sistema y hacerlo aislada. Yo tengo un objetivo y un sueño y creo que las mujeres estamos preparadas para eso y creo que podemos. La doula me daba como esa seguridad y me decía: ‘lo estás haciendo muy bien’. Ya en el trabajo de parto fue importante aprender cómo controlar el dolor. Se necesita tener las herramientas para que no sea algo tortuoso ni tan sufrido porque es un momento que se puede llegar a disfrutar. La oxitocina se eleva con el placer, entonces es buscar dentro de ese mismo nivel de dolor, empezar a identificar el placer de parir” (Mujer profesional, ama de casa, plan complementario).</p>

Código	Definición conceptual	Citas
La medicalización afecta la salud	Efectos secundarios de determinadas prácticas institucionales que no son visibles para las mujeres en los servicios de salud. Un ejemplo de lo anterior son los efectos secundarios de los procedimientos invasivos como la cesárea, la anestesia epidural, o los diagnósticos que requieren invadir la cavidad uterina.	“Tome la decisión de tener otro concepto, de otro médico, o sea pregunté si había la posibilidad porque una amiga mía médica también ya había estado ahí entonces con otra persona, a ver si había posibilidad y la doctora tenía citas, entonces pues pedí con ella, a ver qué otro concepto había, porque pues obviamente no sé si por ser médica o no, pero en todo caso uno no se queda como muy tranquilo, que le vayan a empezar a hacer más exámenes, ella me advirtió que de repente sí empezaba a subir la inmunoglobulina lo que tocaba era sacar líquido, una amniocentesis, y pues eso sí ya me preocupaba porque uno puede hacer contracciones u otras cosas” (Mujer médica, empresaria, medicina prepagada).
Mujer como objeto	Forma como es vista la mujer en los servicios de salud en medio de la vigilancia, la cual se centra en los exámenes y en el control del riesgo, desconociendo los aspectos emocionales y sociales.	“El ejercicio médico se ha vuelto así, ‘¿a qué viene y qué quiere que le mande, cuántos días de incapacidad quiere que le mande?’, así es porque lo he visto en mis compañeros, entonces se vuelve como como una cosa de confección, de corte, una panadería que uno mete al horno y saca. Entonces se ha perdido el amor por la profesión, por lo que uno hace y eso hace que a uno no le importa. Yo he encontrado patologías, he encontrado enfermedades que son simplemente que si alguien lo hubiera tocado se hubiera dado cuenta” (Médica general, régimen subsidiado y contributivo).

público global” (37). La influencia de las organizaciones internacionales es tan fuerte que construye subjetividades en los trabajadores locales de salud, quienes tampoco se enfocan en las necesidades de la población, sino en las demandas internacionales (37) relacionadas con los objetivos del milenio de morbilidad materna, pero que no evalúan la calidad de la atención. Al respecto, en los datos de la OP de la presente investigación se dialogó con los trabajadores(as) de la salud participantes (tabla 2), quienes refirieron que los indicadores de mortalidad materno-infantil generan una presión sobre el personal y por eso su enfoque en el momento de la atención requiere estar basado en el riesgo (22).

Algunas de las estrategias de salud pública son de carácter obligatorio y generan acciones de vigi-

lancia. Si la comunidad o el trabajador no realizan las actividades requeridas por la salud pública, se penaliza. Esta situación sucede en territorios donde las personas no tienen sus necesidades básicas satisfechas y hay déficit de insumos médicos. Este tipo de programas saludables provoca rechazo en la población y afecta los derechos ciudadanos (37). Lo anterior se puede observar en los resultados de la presente investigación (tabla 4, código “Obligatoriedad”), donde las mujeres tienen que disponer de tiempo extra y dinero para ir a talleres si no asisten a las consultas. En la OP se observó que algunos trabajadores de la salud del régimen subsidiado le explican a las mujeres que si “no asisten a las citas habrá consecuencias”, pero no se especifica qué tipo de consecuencias. Igualmente, se observó que

cuando las participantes no cumplen las órdenes médicas son regañadas y culpabilizadas por no ser “buenas madres” (22).

El déficit de calidad en la atención obliga a la población a pagar servicios privados de salud costosos (en continuo crecimiento) que no tienen regulación por parte del Estado. Las prácticas privadas en salud no siempre son de calidad, pues se formulan en el contexto del mercado (37). Lo anterior se puede visibilizar en la presente investigación (tabla 4, código “Alternativas humanizadas por fuera del sistema”), donde las mujeres especifican que existe mala calidad en la atención pues no se garantizan prácticas humanizadas del parto y necesitan pagar atención privada con doulas y parteras. Para las mujeres que no tienen conocimiento sobre el tema no es fácil elegir la mejor opción en el contexto del mercado (22).

En los datos de la OP también se apreció que las mujeres necesitaban pagar por alternativas diferentes a la medicalización, entre ellas las terapias tradicionales y alternativas que son valoradas positivamente por las participantes porque se tiene en cuenta su contexto cultural, social y emocional. Asimismo, las mujeres más pobres debían pagar por servicios de salud que son derechos como, por ejemplo, la atención de urgencias pediátricas. Para algunas mujeres del régimen subsidiado es más barato solucionar el problema en la farmacia del barrio, que someterse a barreras de acceso como las condiciones de la espera en los servicios de salud y el déficit de insumos médicos (22, 24). En la OP se observó de manera recurrente, en los itinerarios de las mujeres participantes del régimen subsidiado, el déficit de insumos. Por ejemplo, exámenes diagnósticos necesarios para identificar el riesgo del embarazo, los cuales no están disponibles oportunamente en el momento que las mujeres los necesitan, así como algunos reactivos de tamizaje de toxoplasmosis, y algunas ecografías cubiertas por la seguridad social (22).

Scheper-Hughes analiza que la problemática es reproducida por la burocracia administrativa de las

instituciones y el personal de salud, que desarrollan un discurso altamente autorizado y especializado que tiene poder sobre el actuar de la comunidad. Develar qué hay detrás del lenguaje que legitima las injusticias es fundamental en los procesos de investigación (38). Al respecto, en la OP de la presente investigación se reflexiona sobre lo que hay detrás del concepto del riesgo. En el contexto de los servicios de salud este es visto de una manera superficial, parece ser un asunto técnico, estadístico, probabilístico y naturalizado. Pero el concepto en sí no deja ver la incertidumbre que lo acaricia, ni cómo se instrumentaliza para tomar decisiones sobre el cuerpo de las mujeres. Asimismo, detrás del concepto del riesgo están también los discursos del capitalismo, que en su afán de producción económica se articulan con la biomedicina para medicalizar los cuerpos de las mujeres sanas, incurriendo en violencia obstétrica (22).

La medicalización invisibiliza los orígenes políticos de las problemáticas sociales (38). Al respecto, en la OP de la presente investigación se reflexiona acerca de cómo medicalizar oculta a las mujeres el déficit estructural del sistema de salud: el hecho de parir rápido para descongestionar el servicio no es visible para las mujeres, porque la responsabilidad de la violencia obstétrica recae sobre el personal de salud (22).

Tanto usuarios como personal de salud “comparten” la ideología del sistema de salud y político. Trabajan y se relacionan en las instituciones de salud al parecer “voluntariamente”. Así las instituciones reproduzcan la violencia, los humanos participan de ella y la legitiman (38). Lo anterior se puede visibilizar en la presente investigación (tabla 4, código “Saber-Poder de la posición médica”).

Las prácticas institucionales en salud han sido analizadas previamente desde las teorías del género y feminista (1, 8, 9, 12, 13, 23). Para el caso de la presente investigación, este tipo de violencias se intensifican en el contexto del capitalismo global que afecta el funcionamiento del sistema de salud colombiano (22).

Respecto a las limitaciones operativas del trabajo de campo y metodológicas se aclara que esta investigación no desarrolla un modelo comparativo en investigación cualitativa, el cual tiene un carácter controlado, selección rigurosa de casos, sistematización con enfoque matemático y generalización a la población de estudio. Estos modelos comparativos se ubican epistemológicamente en un paradigma positivista (61), diferente al expuesto en la presente investigación.

A pesar de lo anterior, la pregunta de investigación incluye la categoría clase social que permite hacer comparaciones en un método descriptivo como la etnografía. La clase social es una categoría analítica que permite comparar grupos de personas según lo expuesto en los resultados. Lo anterior buscó darle sentido a los datos, lo cual es coherente con la investigación cualitativa en general (62). Al respecto, la comparación que se realiza en la presente investigación, es un “recurso cognitivo inherente a todo proceso de intelección” (61). Se realiza “contrastación como auxiliar en la producción de conocimiento” (61). Esto es diferente a los modelos comparativos donde se recurre a la comparación de manera sistemática (61), ajena al diseño metodológico de la presente investigación.

El método de la etnografía crítica (38, 63, 64) es una herramienta fundamental en salud pública que permite la construcción de proyectos de investigación con acercamientos a la realidad integrales, éticos y que buscan el beneficio de los colectivos. Puede incluir otras herramientas como la epidemiología y la estadística que, a su vez, se benefician de la reflexión que aporta el método y da cuenta de aspectos estructurales relevantes para comprender la realidad.

Los sesgos del estudio, reconocidos en la investigación cuantitativa, no aplican para la investigación cualitativa. Por ejemplo, el hecho de que el personal de salud que acompaña a las mujeres no quisiera participar fue discutido por el grupo de investigación como un resultado significativo que indaga sobre las dificultades que podría afrontar el personal en el proceso de atención.

CONCLUSIÓN

Respondiendo a la pregunta planteada se concluye que existen desigualdades según la clase social en las prácticas institucionales en salud que se realizan en las mujeres en embarazo, parto y posparto. Estas desigualdades se acentúan en las mujeres con una clase social menos aventajada, en los siguientes aspectos: déficit institucional, tiempo de contacto en las citas, prácticas medicalizadas impuestas, derecho a prácticas humanizadas, y obligatoriedad en los servicios.

Es importante promocionar una visión crítica en el personal de salud frente a la formación médica y el funcionamiento del sistema de salud. La construcción de competencias ciudadanas en estos aspectos podría ser una herramienta para cambiar colectivamente el funcionamiento del sistema de salud y garantizar los derechos de las mujeres

AGRADECIMIENTOS

A Colciencias y la Convocatoria de mínima cuantía de la Universidad CES de Medellín por la financiación. A las mujeres y el personal de salud que participaron en la investigación. A la Fundación Arka, Organización Apapachoa, Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, Tribu Criarte, Secretaría de Salud de Bogotá. A Marcelo Amable, Alfredo Maya y Mónica Sáenz por sus aportes desde las ciencias sociales.

FINANCIACIÓN

Beca doctorado nacional Colciencias, Convocatoria 647-2014 y Convocatoria de pequeña cuantía de la Universidad CES, Medellín (Colombia).

REFERENCIAS

1. Fernández S. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2007;6(12):52-76.
2. Santiago RV, Monreal LA, Rojas Carmona A, Domínguez MS. “If we’re here, it’s only because we have no money...”. Discrimination and violence in Mexican

- maternity wards. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018;18(1):244. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra: OMS; 2018.
 4. Al Adib Mendi M, Ibáñez-Bernáldez M, Casado-Blanco M, Santos-Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med Leg Costa Rica*. 2017;34:104-11.
 5. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=8D5556D17EF46062AA6DDB21F34094F4?sequence=1.
 6. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
 7. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: A systematic review. *Reprod health*. 2018;15(1):23. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>
 8. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Mujeres en embarazo, parto y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(1):142-7. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.371.4981>.
 9. Monroy MSA. El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. Bogotá: Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia; 2012.
 10. Colón IC. Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto. El caso de centros hospitalarios en Cartagena. Cartagena: Universidad de Cartagena y Universidad Nacional de Colombia; 2008.
 11. Mejía-Merino CM, Faneyra-Zapata L, Molina-Berrío DP, Arango-Urrea JD. Dehumanization during delivery: Meanings and experiences of women cared for in the Medellín public network. *Invest Educ Enferm*. 2018;36(1):e03. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03>
 12. Rocha-Acero ML, Socarrás-Ronderos F, Rubio-León DC. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019;37(1).
 13. Vallana-Sala VV. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. Bogotá: Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana; 2016.
 14. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Suárez Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(2):136-47. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
 15. Briceño-Morales X, Enciso-Chaves LV, Yepes-Delgado CE. Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qual Health Res*. 2018;28(8):1308-19. <https://doi.org/10.1177/1049732318763351>
 16. Breilh J. Replanteo del método epidemiológico En: Breilh J, editor. *Crítica a la interpretación capitalista de la Epidemiología. Un ensayo de desmitificación del proceso de salud y enfermedad*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1977.
 17. Breilh J. Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS); 1989. p. 1-12.
 18. OMS. Determinantes e inequidades en salud. Ginebra: OMS; 2012 Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es.
 19. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de Colombia. Clase social y salud. Bogotá: Instituto Nacional de salud, Observatorio Nacional de Salud, Ministerio de Salud de Colombia; 2016. Disponible

- en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/8.%20Clase%20Social%20y%20Salud.pdf>.
20. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18:16-23. <https://doi.org/10.1157/13062246>
 21. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2019;18(36). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp18-36.rmep>
 22. Bedoya-Ruiz LA. Configuración de la relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto con los servicios de salud en diferentes niveles de atención según la clase social. Bogotá (Colombia). Medellín: Escuela de Graduados, Doctorado Salud Pública, Universidad CES; 2020. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4450>.
 23. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Relaciones que establecen las mujeres durante el embarazo, parto y postparto con el personal de salud según clase social en Bogotá: estudio cualitativo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(1):7-16. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.371.4963>
 24. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Acceso de mujeres en embarazo, parto y postparto a servicios de salud según clase social. *Salud UIS*. 2020;52(3):285-94.
 25. Kincheloe J, McLaren P. Replanteo de la teoría crítica y de la investigación cualitativa. En: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Manual de investigación cualitativa. Paradigmas y perspectivas en disputa*. II vol. Barcelona: Gedisa; 2012. p. 241-91.
 26. Menéndez EL. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En: Menéndez EL, editor. *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2002. p. 291-365.
 27. Galeano ME. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Bogotá: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004.
 28. Breilh J. Las categorías causalidad y clase social como elementos de la ideología epidemiológica En: Breilh J, editor. *Crítica a la interpretación capitalista de la Epidemiología*. Un ensayo de desmitificación del proceso de salud y enfermedad. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1977. p. 78-90.
 29. Restrepo-Ochoa DA. Vigencia de la categoría clase social en salud pública. En: Estrada MJH, editor. *Teoría crítica de la sociedad y salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia; 2011. p. 134-44.
 30. Fontana A, Frey JH. La entrevista. En: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Manual de Investigación Cualitativa. Métodos de recolección y análisis de datos*. Barcelona: Gedisa; 2015. p. 140-89.
 31. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educ Med Salud*. 1977;11(1):2-25.
 32. Restrepo LJ. Parteras, comadronas y médicos: la instauración de la obstetricia en Medellín 1870-1920. *Rev Univ Pontif Boliv*. 2015;44(140):10.
 33. Evens TMS, Handelman D. Introduction: The Ethnographic Praxis of the Theory of Practice. *Social Analysis*. 2005;49(3):1-11. <https://doi.org/10.3167/015597705780275075>
 34. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
 35. Mendizábal N. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: de Gialdino V, editor. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 65-103.
 36. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 37. Das V. Bien público, ética y vida cotidiana: más allá de los límites de la bioética. En: Das V, editor. *Violencia, cuerpo y lenguaje*. Ciudad de México: Umbrales, Fondo de Cultura Económica; 2016.
 38. Scheper-Hughes N. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel; 1997.
 39. Oróstegui R, Bermúdez C, Linares A, Rueda M, Gonzales J, Arévalo T. Informe de calidad de vida de

- Bogotá. Bogotá: Programa “Bogotá cómo vamos”; 2017. Disponible en: <http://www.bogotacomovamos.org/documentos/informe-de-calidad-de-vida-en-bogota-en-2017/>.
40. De Groote T, De Paepe P, Unger J-P. Las consecuencias del neoliberalismo Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Rev Fac Nal Salud Pública*. 2007;25:106-17.
 41. Borrero RYE. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Rev Fac Nal Salud Pública*. 2011;29:299-307.
 42. Labonté R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: The role of the global marketplace (part 2 of 3). *Glob Health*. 2007;3(6). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-3-6>
 43. Abadía C, Pinilla MY, Ariza K, Ruiz HC. Neoliberalismo en salud: la tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2012;14(1s):14. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000700003>
 44. Pinilla MY, Abadía CE. Hospital San Juan de Dios: actor y víctima de las políticas públicas en Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(2):287-92. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2888>
 45. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Cuadro 10. Nacimientos por tipo de parto, según departamento de residencia de la madre y multiplicidad del embarazo. Bogotá: DANE; 2016. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1246&Itemid=73.
 46. Ministerio de Salud de Colombia. Estudios sectoriales. Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2015.
 47. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: OMS; 2015.
 48. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA*. 2015;314(21):2263-70. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15553>
 49. Integrantes del Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSO), Federación Colombiana de Perinatología. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. *Rev Col Obstet Ginecol*. 2014;65(2):139-51. <https://doi.org/10.18597/rcog.62>
 50. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. La realidad financiera de los hospitales y clínicas. Bogotá: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas; 2017. Disponible en: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/Realidad-Financiera-Hospitales.pdf>.
 51. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
 52. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: OMS; 2012.
 53. Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. Fallas del mercado de salud colombiano. *Rev Fac Med*. 2017; 65(1):107-13. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>
 54. Centro de investigaciones y consultorías. Grupo de Economía de la Salud. Análisis del costo de la atención del parto en Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia; 2015.
 55. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Grupo Análisis de Condiciones Calidad de Vida Salud y Enfermedad. Documento de Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud para el Distrito Capital. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2017.
 56. Ramírez HS. Calidad de la atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del antiplano boliviano. La Paz: OPS; 2010.
 57. Ministerio de Salud de Colombia. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2015.
 58. Ministerio de Salud de Colombia. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2016.

59. Opinión y Salud. Polémica por proyecto de ley que sanciona la violencia obstétrica. Opinión&Salud.com Revista digital; 2017. Disponible en: <https://www.opinionysalud.com/2018/04/30/polemica-proyecto-ley-sanciona-la-violencia-obstetrica/>.
60. Uribe BDM, Viveros ML. Modelo de atención en salud “doulas”, para mejorar la calidad del cuidado perinatal en instituciones de primer nivel de atención en Bogotá. Cuadernos Latinoamericanos de Administración. 2009;V(9):95-119.
61. Ariza M, Gandini L. El análisis comparativo cualitativo como estrategia metodológica. En: Ariza M, Gandini L, editores. Métodos cualitativos y su aplicación empírica. Por los caminos de la investigación sobre migración internacional. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
62. Denzin NK, Lincoln YS. Las estrategias de investigación cualitativa: Manual de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2012.
63. Osorio-Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México DF: Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2000.
64. Martínez HA. Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Bogotá: Anthropos; 2008. Tabla 1. CarTabla 3. Códigos de la categoría: El mercado regula la salud

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO Y CITOLOGÍA ANORMAL EN LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN ANAL EN MUJERES CON DISPLASIA CERVICAL. BOGOTÁ, COLOMBIA, 2017-2019

Prevalence of high-risk human papilloma virus infection and abnormal cytology of the anal transformation zone in women with cervical dysplasia. Bogotá, Colombia, 2017-2019

Cristhiam David Sánchez-Corredor, M. D.¹; Mónica Guerrero-Machado, M. D.²; Jorge Andrés Rubio-Romero, M. D.³; Edith Ángel-Müller, M. D.⁴; Gustavo Rey-Serrano, M. D.⁵; Luz Amparo Díaz-Cruz, M. D.⁶

Recibido: 12 de junio de 2020/Aceptado: 03 de noviembre de 2020

RESUMEN

Objetivo: establecer la prevalencia de infección anal por virus de papiloma humano de alto riesgo (VPH- AR) y citología anal anormal en mujeres con displasia cervical confirmada.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal que incluyó pacientes entre 30 y 65 años con diagnóstico nuevo de displasia cervical por histopatología, en dos unidades de colposcopia y patología del tracto genital inferior (una de carácter público y otra privada) entre diciembre de 2017 y abril de 2019. Se excluyeron mujeres con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), inmuno-compromiso (uso de esteroides, trasplante, quimioterapia), en embarazo o con malformaciones anorrectales. Muestreo consecutivo. Se evaluaron variables sociodemográficas, tipo de relaciones sexuales, el grado de displasia cervical, resultado positivo de prueba de reacción en cadena de la polimerasa para VPH de alto riesgo en canal anal y tipo de VPH-AR identificado (16-18 u otro). Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: de 188 candidatas a ingresar se incluyeron 100 pacientes en el análisis, se encontró una

* Autor de correspondencia: Mónica Guerrero Machado, Carrera 30 # 1-63, apto. 303. Teléfono: 300 488 53 37. moguerreroma@unal.edu.co

¹ Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia).

² Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia; especialista en Cirugía Endoscópica Ginecológica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá (Colombia).

³ Especialista en Ginecología y Obstetricia; magíster en Epidemiología Clínica. Profesor titular, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia).

⁴ Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesora titular, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia).

⁵ Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia; magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque, Bogotá (Colombia).

⁶ Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesora asociada, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia).

prevalencia de 32 % de infección por VPH de alto riesgo y de 2,8 % de citología anal anormal (ASCUS) en el canal anal. El 68,8 % de las infecciones por VPH-AR en el canal anal correspondió a genotipos de VPH-AR diferentes a 16 o 18.

Conclusiones: la prevalencia de infección anal por VPH-AR en mujeres con displasia cervical fue del 32 %. Es importante determinar la utilidad del tamizaje del compromiso de la mucosa anal por virus VPH de alto riesgo de cáncer en mujeres con displasia cervical. Se requieren estudios sobre el pronóstico de la infección anal por VPH-AR en las mujeres con displasia cervical.

Palabras clave: virus de papiloma humano; citología; canal anal; displasia cervical; diagnóstico; prevalencia.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of anal infection caused by high-risk human papilloma virus (HR-HPV) and of abnormal anal cytology in women with confirmed cervical dysplasia.

Materials and methods: Cross-sectional study that included patients between 30 and 65 years of age with a new diagnosis of cervical dysplasia by histopathology attended in two lower genital tract colposcopy and pathology units (one public and one private institution), conducted between December 2017 and April 2019. Women with human immunodeficiency virus (HIV) infection, immune compromise (use of steroids, transplant, chemotherapy), pregnancy or anorectal malformations were excluded. Consecutive sampling. Sociodemographic variables, intercourse type, degree of cervical dysplasia, positive results of HR HPV Polymerase Chain Reaction test in anal canal and HR - HPV type identified (16-18 or others) were evaluated. Descriptive statistics were used.

Results: Of 188 candidates, 100 were included in the analysis. A 32 % prevalence of high-risk HPV infection and a 2.8 % prevalence of abnormal cytology in the anal canal (ASCUS) were found. Of the HR-HPV

infections in the anal canal, 68.8 % corresponded to HR-HPV genotypes different from 16 or 18.

Conclusions: Prevalence of HR HPV infection in women with lower genital tract dysplasia was 32%. It is important to determine the usefulness of screening for anal mucosa compromise by HPV virus associated with a high risk of cancer in women with cervical dysplasia. Studies are needed on the prognosis of anal HR-HPV infection in women with cervical dysplasia.

Key words: Human papilloma virus; cytology; anal canal; cervical dysplasia; diagnosis; prevalence.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia intraepitelial anal (NIA) es una lesión premaligna de la mucosa anal, también denominada displasia anal (1). Al igual que su contraparte, la displasia cervical, la NIA exhibe gran predilección por la zona de transformación (70 a 80 %), al tiempo que se clasifica en NIA de bajo grado y NIA de alto grado (2).

En Estados Unidos se estima que ocurren 7.000 casos de cáncer anal al año, lo que corresponde a una incidencia de 2 por cada 100.000 habitantes (3), con sobrevivida a 5 años del 65,7 % (4). En Colombia, para 2018, la incidencia de cáncer anal en mujeres fue de 1,1 por cada 100.000 habitantes (5).

Salem *et al.* documentaron una incidencia de cáncer anal de 16,4 % (intervalo de confianza [IC] 95 %: 13,7-19,2) en pacientes con diagnóstico de cáncer *in situ* de cérvix (6). La displasia cervical de alto grado es uno de los factores de riesgo reportados en la literatura para el desarrollo de NIA (7-9). Sand *et al.* evaluaron el riesgo de desarrollar cáncer anogenital a 25 años en una cohorte de 156.290 pacientes en Dinamarca, con diagnóstico de neoplasia cervical intraepitelial de alto grado confirmada, y encontraron que el Hazard Ratio (HR) en pacientes con NIC 2 fue de 2,8 (IC 95 %: 2,0-4,1), mientras que en las pacientes con NIC 3 fue de 4,1 (IC 95 %: 3,4-5,0) comparado con pacientes que no tenían displasia cervical (10).

La NIA ha sido asociada con el virus del papiloma humano de Alto Riesgo (VPH-AR). Se ha descrito que la prevalencia de VPH-AR anal [16 y 18] es más alta en mujeres con displasia genital, en comparación con su contraparte, las mujeres sin displasia (83 vs. 22 % respectivamente) (11). Por otra parte, se ha informado que en pacientes con NIA de alto grado la prevalencia de VPH-AR es del 95 % y en mujeres con carcinoma escamocelular anal, la prevalencia es del 88 %, asociado directamente con los genotipos 16 y 18 (12), mientras que el riesgo de displasia en pacientes con infección por otros genotipos oncogénicos es menor (13). Otros factores descritos que incrementan el riesgo de NIA son: tabaquismo (14), hombres que tienen sexo con hombres, presencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y uso crónico de esteroides (15). Se ha descrito que el riesgo de progresión de la NIA a carcinoma invasor en pacientes inmunocompetentes es de 10 % y en presencia de inmunosupresión puede llegar al 50 % en 5 años (16).

De Carvalho *et al.* (17) han sugerido utilizar la tamización de la NIA con citología anal en poblaciones de alto riesgo para el desarrollo de neoplasia en esta localización, es decir, en pacientes VIH positivos o con displasia cervical asociada a VPH-AR, la citología debe ser informada según el sistema Bethesda. Por otra parte, Pineda *et al.* han sugerido que, en casos de una prueba de tamización positiva, los pacientes deberían ser llevados a anoscopia de alta resolución y biopsia dirigida para confirmar el diagnóstico de la enfermedad (18). La guía de la Sociedad de Coloproctología del Reino Unido para el manejo de la NIA recomienda que en presencia de lesiones de bajo grado se haga seguimiento anual, en tanto que las lesiones de alto grado sean candidatas a terapia ablativa para disminuir el riesgo de progresión a carcinoma (19).

Es escasa la información acerca de la exactitud de la citología y la prueba de detección del VPH-AR en el diagnóstico temprano de la NIA, sobre la concordancia interobservador para la citología anal

o la efectividad de las pruebas de tamización en términos de sus falsos positivos y falsos negativos (1). Se ha reportado una sensibilidad y una especificidad de la citología anal de 77,3 y 55,5 %, respectivamente, para la detección de NIA (20). Por otra parte, dada la asociación de VPH con la NIA, surge la pregunta sobre si la prueba de detección de VPH-AR podría ser utilizada para la tamización de la NIA de manera similar a como se utiliza para la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) (21-23) por lo que un resultado negativo en la prueba de VPH-AR podría evitar procedimientos diagnósticos innecesarios (24). Como paso inicial es importante identificar la prevalencia de la infección del VPH-AR en la región anal en poblaciones de alto riesgo, para determinar la magnitud del problema localmente y, con base en esta prevalencia, evaluar el desempeño operativo de las pruebas de tamización o confirmatorias (25,26). Consecuentemente, el objetivo del presente estudio es hacer una aproximación a la prevalencia del VPH-AR y de citología anal anormal en mujeres con displasia cervical confirmada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio de corte transversal en el que se incluyeron mujeres entre 30 y 65 años, con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo grado (LEI-BG) o lesión intraepitelial de alto grado (LEI-AG) confirmada por histopatología en los tres meses previos al ingreso del estudio, atendidas entre diciembre de 2017 y abril de 2019, en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE de la Secretaría de Salud, y la Unidad de Patología Cervical de Cafam IPS de Bogotá, centros de mediana complejidad de referencia para patologías del tracto genital inferior, que atienden población perteneciente al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Se excluyeron mujeres gestantes, con diagnóstico conocido de infección por VIH, uso crónico de esteroides, antecedente de trasplante de órgano

sólido o en quimioterapia, con malformaciones o deformidades anorrectales o con antecedente de procedimientos quirúrgicos en la zona anorrectal.

Tamaño de muestra y muestreo: se estimó un tamaño de muestra de 162 mujeres con displasia cervical confirmada y una prevalencia esperada de NIA en dichas mujeres del 12 % (27) con una precisión del 5 %, nivel de confianza de 0,95. Se realizó muestreo consecutivo por conveniencia.

Procedimiento. Las pacientes con diagnóstico confirmado de displasia cervical en los centros participantes fueron invitadas al estudio. Verificados los criterios de selección, y luego de firmar el consentimiento informado, se diligenció un cuestionario donde se registraron las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres y se procedió en el consultorio, sin preparación previa, a tomar la muestra del canal anal para la tipificación de VPH-AR y el procesamiento de la citología. Para ello, la participante se colocó en posición ginecológica y se insertó un citocepillo de dacrón de cinco centímetros dentro del canal anal, girándolo 360 grados de cinco a diez veces. El cepillo se retiró y se introdujo en un recipiente de base líquida para el procesamiento simultáneo de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa para VPH (PCR-VPH) y la citología. La muestra se rotuló, se empacó y se envió al laboratorio especializado para su procesamiento. Los procedimientos de recolección de datos, toma, procesamiento y almacenamiento de la muestra fueron estandarizados mediante capacitación al personal por parte de uno de los investigadores. No se almacenaron muestras para estudios futuros.

El reporte de la citología en base líquida fue realizado según el sistema Bethesda 2015 (28) por patólogos entrenados. La tipificación del VPH-AR se realizó mediante PCR en tiempo real (Cobas 4800® de Roche, Canadá), que reporta la presencia de los genotipos de alto riesgo 16 o 18 y otros VPH-AR (genotipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68), siguiendo las instrucciones del fabricante. Los resultados de la prueba de VPH se reportaron

como positivos (16 o 18 u otros virus AR), negativos o inválidos empleando como control de la reacción completa el gen de B-globina (29).

Las participantes con reporte de citología anal anormal (ASCUS, ASC-H, ASIL-L y ASIL-H) o prueba de VPH-AR positiva fueron referidas a cirugía general o coloproctología por su entidad administradora de planes de beneficios (tercer pagador) en salud (EAPB) para la realización de anoscopia de alta resolución y tratamiento según los protocolos institucionales de cada EAPB.

Variables medidas: las variables demográficas evaluadas fueron: edad, estado civil, nivel educativo, tipo de seguridad social (subsidiado, contributivo, vinculado), tabaquismo, paridad, uso de métodos anticonceptivos en el último año, antecedente de infecciones de transmisión sexual, orientación sexual, historia de sexo anal receptivo, historia de vacunación contra el VPH, presencia de VPH-AR cervical y grado de displasia cervical (LEI-B, LEI-AG) al momento del ingreso al estudio. Las variables de resultado fueron la presencia de VPH-AR en el canal anal (presente o ausente) y anomalías en la citología anal (negativa, insatisfactoria, ASC-US, ASIL-L, ASIL-H).

Análisis estadístico. Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central de acuerdo con su distribución, y las variables cualitativas en frecuencias absolutas y proporciones. El análisis se realizó con el *software* Epi Info.7.2. Se estimó la prevalencia de citología anal anormal y de la infección por VPH-AR en la zona de transformación anal.

Aspectos éticos. El presente estudio se consideró de riesgo mínimo y fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia (Acta 003-019-17) y por los Comités de Investigación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y Cafam IPS (Acta ES-DI-F-04-01). Todas las pacientes firmaron el consentimiento informado para ingresar al estudio. Se garantizó la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio asistieron a las entidades participantes 188 pacientes elegibles con reporte de biopsia cervical LEI-BG o más, de las cuales 69 (36 %) no aceptaron participar. Se excluyeron 6 pacientes: 2 con diagnóstico de inmunosupresión y 4 embarazadas. Se tomaron muestras a 113 pacientes, de 13 de estas no se tuvo información de los resultados del VPH-AR ni de la citología anal. De esta forma, se incluyeron en el análisis 100 mujeres (53 %) (figura 1).

La tabla 1 muestra los hallazgos relacionados con las variables demográficas de la población estudiada. La mediana de edad fue de 38 (rango intercuartílico [RIC]: 34-43) años. El 74 % había terminado su educación media, el 63 % convivía con sus parejas y solo el 9 % eran nulíparas. El 17 % de las mujeres fumaba, con una mediana de consumo de 2 (RIC: 1-3) cigarrillos/día. Un total de 31 pacientes refirieron relaciones sexuales anales en algún momento de su vida y dos pacientes mencionaron un antecedente de infección de transmisión sexual (ITS) además de la infección por VPH. El 54 % de las mujeres ingresó al estudio por un reporte de biopsia cervical con LEI-AG y el 46 % restante con diagnóstico de LEI-BG. El 5 % de la población estaba vacunada para VPH.

Con respecto a la presencia de VPH-AR en el canal anal en mujeres con displasia cervical confirmada, se obtuvo un resultado positivo en 32 (prevalencia de 32 %). La distribución de la presencia de VPH-AR en el canal anal según el grado de displasia cervical se muestra en la tabla 2. En estas mujeres con VPH AR positivo, el 45 % reportó relaciones sexuales anales y el 41 % reportaron ser fumadoras. Se encontró que 10/32 (31,2 %) de las mujeres positivas para VPH-AR tuvieron presencia de genotipos 16 o 18, mientras que en 22/32 (68,8 %) la infección encontrada se debió a otros genotipos de alto riesgo diferentes a 16 o 18.

Con respecto a la prevalencia de citología anal anormal, durante el periodo de estudio se obtuvo

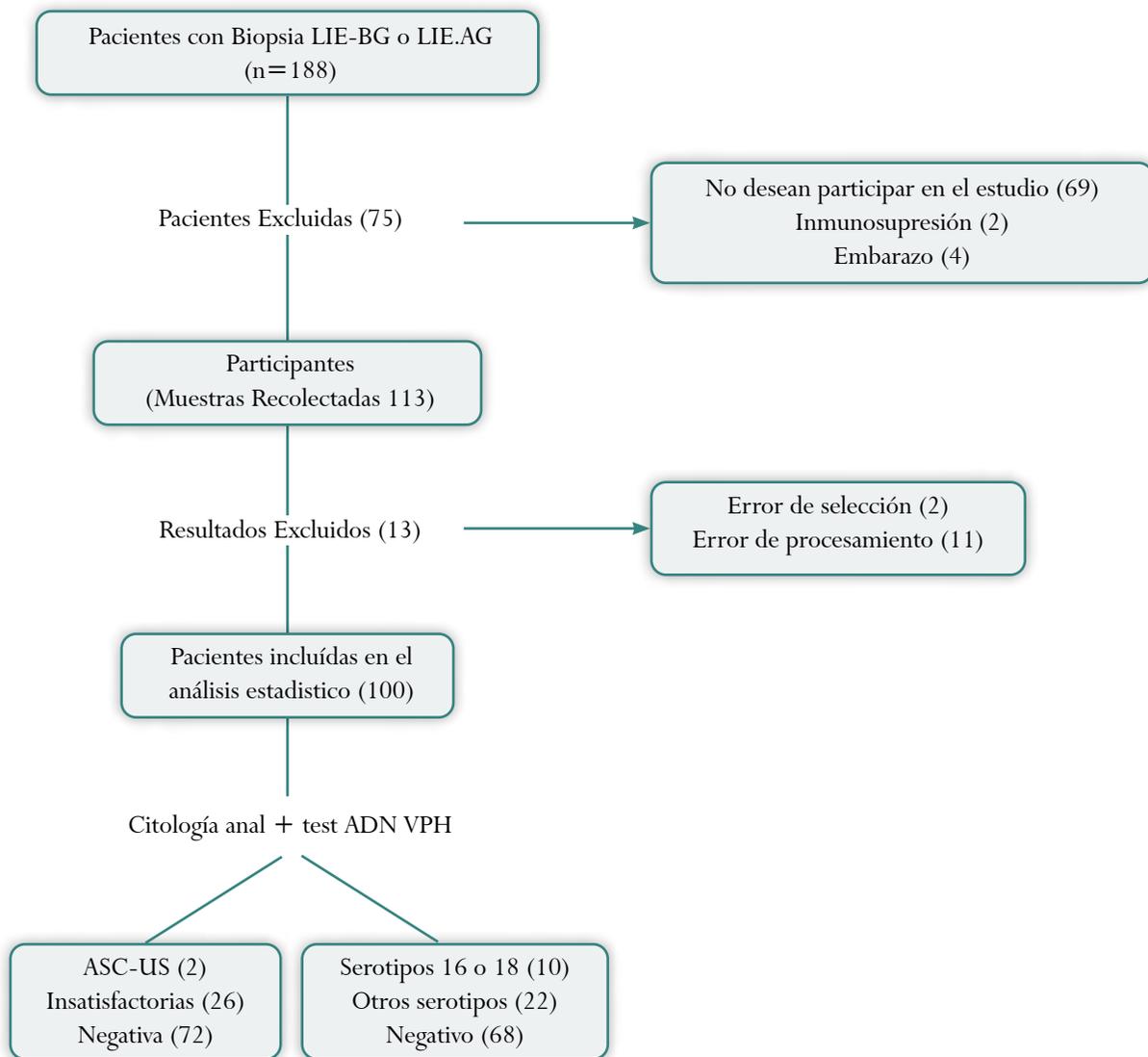
un reporte insatisfactorio en el 26 % de las muestras debido a la presencia de células anucleadas. De las 74 citologías anales 2 (2,8 %) fueron positivas por ASCUS, ambas procedentes de mujeres con LEI-BG en el cérvix y una de las cuales fue concurrente con una prueba positiva para VPH-AR.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, en las mujeres con displasia cervical confirmada por biopsia se determinó una prevalencia de prueba de ADN VPH de alto riesgo positiva anal del 32 % y una prevalencia de citología anal anormal del 2,8 %.

Nuestros resultados son similares a los informados por Véó *et al.*, quienes en un estudio de prevalencia realizado en Brasil, que incluyó 40 pacientes con displasia cervical (NIC 3), detectaron VPH en el canal anal en un 35 %, mientras que en pacientes sin displasia cervical solo se identificó VPH anal en un 10 % (30). Sin embargo, estudios realizados en Europa muestran prevalencias de VPH en mujeres con displasia cervical superiores a las encontradas en el presente estudio: Nasioutziki *et al.*, entre 2015 y 2016, en un estudio de corte transversal en Grecia evaluaron 118 mujeres con citología cervical anormal o que se encontraban en seguimiento colposcópico posterior a procedimientos quirúrgicos asociados a NIC. Se les realizó test de VPH cervical, anal y oral, y se encontró una prevalencia de VPH-AR anal del 54,2 % (31). Por su parte, Sehnal *et al.*, en un estudio transversal en República Checa, reportaron una prevalencia del 48 % de infección anal por VPH en un grupo de 172 mujeres con NIC de alto grado o cáncer microinvasivo cervical. La prevalencia de genotipos de alto riesgo fue mayor en este grupo y las infecciones concurrentes de cérvix y ano se presentaron 5,3 veces más que en las mujeres sin lesión intraepitelial cervical (32). Donaire *et al.*, en una cohorte en España publicada en 2017, reportaron la presencia de VPH en el canal anal en 64,5 % de 166 mujeres con patología ginecológica asociada con esta infección genital. Sin embargo,

Figura 1.
Flujograma



el 50,5 % de los genotipos encontrados fueron de virus de alto riesgo diferentes a 16 y 18, hallazgo similar al del presente estudio (33).

Respecto a la citología anal, Hosseini *et al.*, en un estudio transversal realizado en Irán, encontraron que el 25 % de 39 mujeres con LEI-AG en la citología cervical y el 30,8 % de 61 mujeres con NIC III presentaron anomalías citológicas anales concurrentes (34). Por su parte, en España, Do-naire *et al.* reportaron un 3,6 % de citologías anales

anormales en mujeres con patología ginecológica asociada al VPH (33).

El presente estudio se realizó en unidades de patología cervical, en mujeres con diagnóstico nuevo de displasia cervical. Se estandarizó la toma de muestras para citología y VPH-AR mediante entrenamiento previo, las cuales fueron interpretadas por patólogos entrenados. Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran el limitado tamaño de la muestra debido a la baja aceptabilidad en la toma

Tabla 1.
Datos sociodemográficos y clínicos pacientes con neoplasia intraepitelial cervical sometidas a tamización de VPH de alto riesgo anal en dos instituciones de salud en Bogotá, Colombia

Variable	Valor (n = 100)
Edad (años)	38 (RIC*: 34-43)†
Estado Civil	
Casada	15 (15%)
Soltera	26 (26%)
Unión libre	48 (48%)
Separada	9 (9%)
Viuda	2 (2%)
Escolaridad	
Primaria	18 (18%)
Secundaria	56 (56%)
Técnico	14 (14%)
Tecnológico	3 (3%)
Universitario	8 (8%)
Ninguno	1 (1%)
Tabaquismo	
Sí	17 (17%)
No	83 (83%)
Orientación sexual	
Heterosexual	96 (96%)
Homosexual	4 (4%)
Paridad	
Múltiparas	91 (91%)
Nulíparas	9 (9%)
Uso de métodos anticonceptivos	
Sí	77 (77%)
No	23 (23%)
Antecedente de ITS	
Sí	2 (2%)
No	75 (75%)
NS/NR	23 (23%)
Relaciones sexuales anales	
Sí	31 (31%)
No	69 (69%)
Biopsia cervical	
LEI BG	46 (46%)
LEI AG	54 (54%)
Tipificación de VPH-AR cervical	
Sí	2 (2%)
No	98 (98%)

† mediana

* Rango intercuartílico

Tabla 2.
VPH-AR en mucosa anal según el grado de displasia cervical

Biopsia cervical	Presencia de genotipos de VPH-AR*	VPH-AR negativo	Total
LIE-AG	17 (31,5 %)	37 (68,5 %)	54 (100 %)
LIE-BG	15 (32,6 %)	31 (67,4 %)	46 (100 %)
Total	32 (32 %)	68 (68 %)	100 (100 %)

* Genotipos 16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 o 68.

de las pruebas por dolor, razón por la que solo se logró el análisis de 100 pacientes sin completar el número esperado durante el periodo de estudio. Esta situación también ha sido reportada en Canadá, en donde la aceptación para realizar las pruebas es cercana al 80 %, donde la mayor barrera reportada para hacerlas es el dolor (35). Dado que no se realizó un muestreo aleatorio, las conclusiones solo se aplican a la población estudiada, que tiene un alto nivel de selección. Asimismo, la presencia de resultados insatisfactorios puede subestimar la prevalencia de las alteraciones en la citología anal. Igualmente, la ausencia de información sobre la presencia y genotipo del VPH a nivel cervical limita la posibilidad de establecer la coexistencia sincrónica de la infección en ambos sitios anatómicos.

CONCLUSIONES

La prevalencia de infección anal por VPH en mujeres con displasia cervical fue del 32 %, con un mayor porcentaje de infecciones correspondientes a genotipos de alto riesgo diferentes al 16 y 18 (68,8 %). Es importante determinar la utilidad del tamizaje del compromiso de la mucosa anal por virus VPH de alto riesgo de cáncer en mujeres con displasia cervical. Se requieren estudios sobre el pronóstico de la infección anal por VPH-AR en las mujeres con displasia cervical.

AGRADECIMIENTOS

A la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE por su apoyo incondicional. Al doctor Jairo

Amaya Guío por su direccionamiento y acompañamiento; a los residentes de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia por la búsqueda activa y toma de muestras, y muy especialmente a Paola Gutiérrez, su gestión hizo posible este trabajo.

FINANCIACIÓN

Este trabajo recibió financiamiento de la Dirección de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá., Código DIB: 35975.

REFERENCIAS

1. Roberts JR, Siekas LL, Kaz AM. Anal intraepithelial neoplasia: A review of diagnosis and management. *World J Gastrointest Oncol.* 2017;9(2):50-61. <https://doi.org/10.4251/wjgo.v9.i2.50>
2. Messick CA, Rodriguez-Bigas MA. Anal Dysplasia. *Surg Oncol Clin N Am.* 2017;26(1):33-43. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2016.07.005>
3. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(1):10-29. <https://doi.org/10.3322/caac.20138>
4. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. Cancer Stat Facts: Anal Cancer. 2018. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/anus.html>
5. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, et al. Human papillomavirus and related diseases in the world - Summary report. ICO/IARC Inf Cent HPV Cancer (HPV Inf Centre). 2019;307. Disponible en: <https://hpcvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>

6. Saleem AM, Paulus JK, Shapter AP, Baxter NN, Roberts PL, Ricciardi R. Risk of anal cancer in a cohort with human papillomavirus-related gynecologic neoplasm. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):643-9. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820bfb16>
7. Lin C, Slama J, Gonzalez P, Goodman MT, Xia N, Kreimer AR, et al. Cervical determinants of anal HPV infection and high-grade anal lesions in women: A collaborative pooled analysis. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(8):880-91. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30164-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30164-1)
8. Goodman MT, Shvetsov YB, McDuffie K, Wilkens LR, Zhu X, Thompson PJ, et al. Sequential acquisition of human papillomavirus (HPV) infection of the anus and cervix: The Hawaii HPV cohort study. *J Infect Dis.* 2010;201(9):1331-9. <https://doi.org/10.1086/651620>
9. Slama J, Sehna B, Dusek L, Zima T, Cibula D. Impact of risk factors on prevalence of anal HPV infection in women with simultaneous cervical lesion. *Neoplasma.* 2015;62(2):308-14. https://doi.org/10.4149/neo_2015_037
10. Sand FL, Munk C, Jensen SM, Svahn MF, Frederiksen K, Kjær SK. Long-term risk for noncervical anogenital cancer in women with previously diagnosed high-grade cervical intraepithelial neoplasia: A Danish nationwide cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016;25(7):1090-7. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-1291>
11. Stier EA, Sebring MC, Mendez AE, Ba FS, Trimble DD, Chiao EY. Prevalence of anal human papillomavirus infection and anal HPV-related disorders in women: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(3):278-309. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.03.034>
12. Alemany L, Saunier M, Alvarado-Cabrero I, Quirós B, Salmeron J, Shin HR, et al. Human papillomavirus DNA prevalence and type distribution in anal carcinomas worldwide. *Int J Cancer.* 2015;136(1):98-107. <https://doi.org/10.1002/ijc.28963>
13. Bregar AJ, Cronin B, Luis C, Disilvestro P, Schechter S, Pisharodi L, et al. Anal and cervical high-risk human papillomavirus genotyping in women with and without genital neoplasia. 2018;22(2):115-9. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000368>
14. Daling JR, Sherman KJ, Hislop TG, Maden C, Mandelson MT, Beckmann AM, et al. Cigarette smoking and the risk of anogenital cancer. *Am J Epidemiol.* 1992;135(2):180-9. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116270>
15. Benevolo M, Donà MG, Ravenda PS, Chiocca S. Anal human papillomavirus infection: Prevalence, diagnosis and treatment of related lesions. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016;14(5):465-77. <https://doi.org/10.1586/14787210.2016.1174065>
16. Scholefield JH, Castle MT, Watson NFS. Malignant transformation of high-grade anal intraepithelial neoplasia. *Br J Surg.* 2005;92(9):1133-6. <https://doi.org/10.1002/bjs.4994>
17. de Carvalho NS, Ferreira AM, Tremel Bueno CC. HPV infection and intraepithelial lesions from the anal region: How to diagnose? *Brazilian J Infect Dis.* 2011;15(5):473-7. [https://doi.org/10.1016/s1413-8670\(11\)70230-6](https://doi.org/10.1016/s1413-8670(11)70230-6)
18. Pineda CE, Berry JM, Jay N, Palefsky JM, Welton ML. High-resolution anoscopy targeted surgical destruction of anal high-grade squamous intraepithelial lesions: A ten-year experience. *Dis Colon Rectum.* 2008;51(6):829-37. <https://doi.org/10.1007/s10350-008-9233-4>
19. Scholefield JH, Harris D, Radcliffe A. Guidelines for management of anal intraepithelial neoplasia. *Color Dis.* 2011;13(Suppl 1):3-10. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2010.02494.x>
20. Clarke MA, Wentzensen N. Strategies for screening and early detection of anal cancers: A Narrative and Systematic Review and Meta-Analysis of Cytology, HPV Testing, and Other Biomarkers. *Cancer Cytopathol.* 2018;126(7):447-60. <https://doi.org/10.1002/cncy.22018>
21. Palefsky JM, Rubin M. The epidemiology of anal human papillomavirus and related neoplasia. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(1):187-200. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.02.003>

22. Salit IE, Lytwyn A, Raboud J, Sano M, Chong S, Diong C, et al. The role of cytology (Pap tests) and human papillomavirus testing in anal cancer screening. *AIDS*. 2010;24(9):1307-13. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328339e592>
23. Padilla-España L, Repiso-Jiménez B, Fernando F-S, Frieyro-Elicegui M, Fernández-Moranoa T, Peredac T, et al. Utilidad de la detección del virus del papiloma humano en el cribado de neoplasia intraepitelial anal en pacientes con conductas de riesgo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(9):560-4. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.03.008>
24. do Socorro Nobre M, Jacyntho CM, Eleutério J, Giraldo PC, Gonçalves AK. Abnormal anal cytology risk in women with known genital squamous intraepithelial lesion. *Brazilian J Infect Dis*. 2016;20(3):294-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2016.01.008>
25. Wentzensen N, Follansbee S, Borgonovo S, Tokugawa D, Schwartz L, Lorey TS, et al. Human papillomavirus genotyping, human papillomavirus mRNA expression, and p16/Ki-67 cytology to detect anal cancer precursors in HIV-infected MSM. *AIDS*. 2012;26(17):2185-92. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328359f255>
26. Burgos J, Hernández-Losa J, Landolfi S, Guelar A, Dinares MA, Villar J, et al. The role of oncogenic human papillomavirus determination for diagnosis of high-grade anal intraepithelial neoplasia in HIV-infected MSM. *AIDS*. 2017;31(16):2227-33. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001605>
27. Santoso JT, Long M, Crigger M, Wan JY, Haefner HK. Anal intraepithelial neoplasia in women with genital intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol*. 2010;116(3):578-82. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181ea1834>
28. Nayar R, Wilbur DC. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes*. Springer International Publishing; 2015. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-11074-5>
29. Lefevre J, Hankins C, Pourreaux K, Voyer H, Coutlée F. Real-time PCR assays using internal controls for quantitation of HPV-16 and beta-globin DNA in cervicovaginal lavages. *J Virol Methods*. 2003;114(2):135-44. <https://doi.org/10.1016/j.jviromet.2003.09.003>
30. Véo CAR, Saad SS, Nicolau SM, Melani AGF, Denadai MVA. Study on the prevalence of human papillomavirus in the anal canal of women with cervical intraepithelial neoplasia grade III. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;140(1):103-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.02.024>
31. Nasioutziki M, Chatzistamatiou K, Loufopoulos PD, Vavoulidis E, Tsampazis N, Pratilas GC, et al. Cervical, anal and oral HPV detection and HPV type concordance among women referred for colposcopy. *Infect Agent Cancer*. 2020;15(1):22. <https://doi.org/10.1186/s13027-020-00287-7>
32. Sehna B, Dusek L, Cibula D, Zima T, Halaska M, Driak D, et al. The relationship between the cervical and anal HPV infection in women with cervical intraepithelial neoplasia. *J Clin Virol Publ Pan Am Soc Clin Virol*. 2014;59(1):18-23. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2013.11.004>
33. Donaïre C, Reillo M, Martínez-Escoriza JC, López-Fernández JA. Anal study in immunocompetent women with human papillomavirus related lower genital tract pathology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;211:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.023>
34. Hosseini MS, Khosravi D, Farzaneh F, Ebrahimi A, Arab M, Ashraf Ganjoie T, et al. Evaluation of anal cytology in women with history of abnormal pap smear, cervical intraepithelial neoplasia, cervical cancer and high risk HPV for anogenital dysplasia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(11):3071-5. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2018.19.11.3071>
35. Kaufman E, Castro C, Williamson T, Lessard B, Muñoz M. Acceptability of anal cancer screening tests for women living with HIV in the EVVA study. 2020; 7(1):19-26. <https://doi.org/10.3747/co.27.5401>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Cristhiam David Sánchez Corredor: elaboración y desarrollo del protocolo de investigación, gestión de aval de comités de ética e investigación, recolección de datos y análisis de resultados, elaboración del informe final.

Mónica Guerrero Machado: elaboración y desarrollo del protocolo de investigación, gestión de aval de comités de ética e investigación, recolección de datos y análisis de resultados, elaboración del informe final.

Jorge Andrés Rubio Romero: elaboración y desarrollo del protocolo de investigación, gestión de aval de comités de ética e investigación, análisis de resultados y revisión del informe final.

Edith Ángel Müller: asesora temática y revisión del informe final.

Gustavo Rey: elaboración del protocolo de investigación.

Luz Amparo Díaz Cruz: elaboración y desarrollo del protocolo de investigación, gestión de aval de comités de ética e investigación, recolección de datos y análisis de resultados, elaboración del informe final.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



FRECUENCIA Y CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS Y SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES: HOSPITAL III ESSALUD, LIMA, PERÚ

Frequency and causes of suspension of gynecological surgeries and patient satisfaction: Hospital III EsSalud, Lima-Perú

Karen Giovanna Blas-Benites, M. D.¹; Juan Pedro Matzumura-Kasano, Ph. D.²; Hugo Gutiérrez-Crespo, M. Sc.³

Recibido: 08 de septiembre de 2020/Aprobado: 20 de noviembre de 2020

RESUMEN

Objetivo: describir la frecuencia de la cancelación de cirugía ginecológica, así como los factores causantes de esta suspensión y hacer una aproximación a la percepción de los pacientes ante esta situación.

Materiales y métodos: serie de casos en la que se incluyeron pacientes de 18 años o más programadas para cirugía ginecológica por patología benigna, a quienes les fue cancelada la cirugía, en un hospital general de referencia, ubicado en Lima, Perú, entre junio de 2019 y marzo de 2020. Se evaluaron las características basales de las pacientes, la causa de la cancelación y se aplicó el instrumento de satisfacción del paciente versión corta (*Patient Satisfaction*

Questionnaire Short Form [PSQ-18]). Se hace análisis descriptivo.

Resultados: el estudio incluyó a 84 pacientes. La frecuencia de cancelación de cirugía fue del 11 % en el periodo a estudio. Las causas médicas fueron el principal factor en la suspensión de cirugías con 46,5 %; las causas administrativas representaron 36,6 %, principalmente por falta de tiempo operatorio en 25,4 %. Con respecto a la satisfacción, el 21,4 % de las pacientes quedaron satisfechas con esta cancelación

Conclusión: es importante una buena comunicación con las pacientes en quienes se debe cancelar la cirugía. Se requieren más estudios que evalúen este problema en nuestra región.

Palabras clave: ginecología; servicio de cirugía en hospital; satisfacción del paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency of gynecological surgery cancellation as well as the factors leading up to cancellation, and to examine how patients perceive this situation.

* **Correspondencia:** Karen Giovanna Blas-Benites, Av. Angamos 261, Miraflores, Lima (Perú). Teléfono: +51 997108150. kgbb123@hotmail.com

1. Médico cirujano, Departamento de Cirugía, Hospital III Suárez-Angamos, Lima (Perú).
2. Médico ginecoobstetra. Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; vicedecano de Investigación y Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú).
3. Profesor auxiliar, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; magíster en Docencia e Investigación en Salud, Lima (Perú).

Materials and methods: Case series including patients over 18 years of age scheduled for gynecological surgery due to benign conditions whose surgery was cancelled in a general referral hospital in Lima, Peru, between June 2019 and March 2020. Baseline characteristics of the patients and the reasons for cancellation were assessed, and the Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) tool was administered. Descriptive analysis.

Results: The study included 84 patients. During the study period, the frequency of surgery cancellations was 11%. Medical reasons were the main factor for surgery suspension, at 46.5%; administrative causes accounted for 36.6% of the cancellations, due mainly to lack of operation time in 25.4%. In terms of satisfaction, 21,4% of the patients were satisfied with the cancellation.

Conclusion: Good communication with patients whose surgery needs to be cancelled is essential. Further studies that look into this problem in our region are required.

Key words: Gynecology; hospital surgery department; patient satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La cancelación quirúrgica se define como la interrupción/suspensión de cualquier operación programada y que no se realiza en el día proyectado, por razones generalmente identificadas el siguiente día hábil (1). Es un evento no deseado durante el proceso de atención en salud. Desde el punto de vista del paciente, las consecuencias de las cancelaciones son: demora en el retorno a las actividades laborales, pérdida de días laborales, gastos adicionales en el servicio de transporte y la presencia de síntomas psicológicos como tristeza, decepción (2) y estrés emocional (3). Por otra parte, causa un importante desperdicio de recursos en términos de tiempo del personal de salud y ocupación de la sala de cirugía y gastos en equipos e insumos (4). La demora en recibir la atención afecta a la institución en cuanto a la evaluación de la calidad de los servicios de salud

ofrecidos, ya que uno de los indicadores de calidad es el índice de cancelación de cirugías (5,6). Hay amplia variabilidad en la frecuencia de suspensión quirúrgica el día de la cirugía. Se ha descrito desde el 2% en Estados Unidos (7), al 7,6% en Arabia Saudita (8), un 8% en Korea (9) hasta 21% en Tanzania (10).

Las causas de la cancelación de cirugía han sido ampliamente estudiadas, Botazini *et al.*, en una revisión de la literatura que incluyó 63 estudios, describe que las causas más frecuentes son condiciones clínicas del paciente no favorables para la cirugía, problemas relacionados con la institución y su organización y la no asistencia del paciente (11). En otra revisión que incluye 23 estudios, Al Talalwah y McIltrout describen que las causas se clasifican en relacionadas con el hospital, con el paciente y con el cirujano (12).

Un aspecto que podría afectarse como consecuencia de las cancelaciones es la satisfacción del paciente. Esta ha sido definida como la medida en la cual la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario (13). Entre los instrumentos utilizados para evaluar la satisfacción del paciente está el Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ 18) (14). Este cuestionario fue validado al español para procedimientos endoscópicos en gastroenterología. Mostró una adecuada validez interna: confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,82; correlación total interítem corregida media (CTITM) de 0,59 y una adecuada validez externa: Kappa ponderada que varió entre 0,51 y 0,81 según entrevistador y modo de la entrevista, y una correlación (Rho de Spearman) en la puntuación total de 0,78 (15). Por otra parte, se ha descrito que las percepciones de los pacientes pueden modificarse de acuerdo con la cultura a la que pertenecen (16).

Son escasas las publicaciones sobre la cancelación en cirugía ginecológica, y no se ha evaluado la percepción del paciente ante la cancelación de la cirugía en especial respecto a la satisfacción

o insatisfacción resultante del aplazamiento del procedimiento, en nuestro contexto de la cultura regional. Así, el objetivo de esta investigación es describir la frecuencia de cancelaciones de la cirugía ginecológica, las cirugías más afectadas por este problema, los factores influyentes en la suspensión de cirugías ginecológicas programadas y hacer una aproximación a la percepción de satisfacción con la cancelación de la cirugía en una institución hospitalaria en el Perú

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Reporte de casos, en el que se incluyeron mujeres de 18 años o más, que fueron programadas a cirugía ginecológica electiva de baja y mediana complejidad (ambulatoria o con internamiento), la que fue suspendida el día programado. Se excluyeron pacientes sometidas a cirugías ginecooncológicas radicales y aquellas que no desearon participar en el estudio. El estudio fue realizado entre el 1 junio de 2019 y el 15 de marzo de 2020 en el Hospital III Suárez-Angamos, institución pública de alta complejidad de la Seguridad Social de Salud en Lima, Perú. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Procedimiento. Las pacientes fueron escogidas a partir de los registros de cirugía institucionales donde se identificó el término “cirugía suspendida”, a partir del total de mujeres programadas para cirugía electiva de la institución. Estas mujeres fueron contactadas mediante llamada telefónica tras la suspensión de su cirugía. A aquellas que cumplían con los criterios de selección se les explicaron los objetivos del estudio y se les solicitó el consentimiento para participar en este garantizándoles la confidencialidad de la información. Se aplicó una ficha de registro de datos que constó de dos secciones, la primera de ellas incluyó datos sociodemográficos. Posteriormente, se aplicó el instrumento denominado Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) (6,7), el cual contiene 18 preguntas divididas en siete dimensiones (satisfac-

ción general, calidad técnica, forma interpersonal, comunicación, aspectos financieros, tiempo dedicado por el médico, accesibilidad y conveniencia); las respuestas posibles se diseñaron con una escala de Likert: desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Posterior al registro, se tomaron en cuenta las recomendaciones de Chakraborty *et al.* (17), mediante la modificación inversa de las preguntas con enunciado afirmativo. Se registró la valoración del puntaje obtenido por cada dimensión y se establecieron valores mediante una tabla de baremo para describir los niveles de satisfacción; insatisfecho (18-36 puntos), parcialmente satisfecho (37-54), satisfecho (55-72) y totalmente satisfecho (73-80).

La recolección de la información estuvo a cargo de un miembro del equipo de investigación, el cual revisó la historia clínica para determinar la patología de base, la cirugía a la que estaba programada y los factores que influyeron en la suspensión quirúrgica, teniendo en cuenta los criterios de González-Arévalo *et al.* (18).

Variables medidas: se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas tales como: edad, estado civil y grado de instrucción. Otras variables estudiadas fueron: tiempo de espera para la cirugía, diagnóstico y factores influyentes en la suspensión quirúrgica. Las causas de cancelación son definidas en el presente estudio por las siguientes dimensiones: causas médicas (infecciones o fiebre, alteración aguda cardiovascular, alteración aguda respiratoria, preparación prequirúrgica incompleta y otras causas no quirúrgicas), causas quirúrgicas (falta de preparación quirúrgica, equipo quirúrgico no disponible, cambio en el diagnóstico o indicación quirúrgica), causas anestesiológicas (no cumplimiento del ayuno, complicaciones anestésicas, dificultad del manejo de la vía aérea, no aceptación de la técnica anestésica, falta de anestesia o falta de anestesiólogo), causas relacionadas con el paciente (inasistencia del paciente, negativa del paciente a la cirugía, alta u óbito); y, causas administrativas (falta de tiempo operatorio,

falta de equipamiento, error de programación quirúrgica, falta de camas y vencimiento del seguro) (tabla 1). Respecto al nivel de satisfacción fueron medidas sus siete dimensiones por puntuaciones categorizadas como insatisfecho, parcialmente satisfecho, satisfecho y totalmente satisfecho (15).

Análisis estadístico. Se realizó análisis descriptivo, la información de las variables cuantitativas se resumió con medidas de tendencia central y dispersión y las categóricas mediante proporciones, las cuales se presentan en tablas de distribución.

Aspectos éticos. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud (Carta 269-GRPR-ESSALUD-2020) y se mantuvo la confidencialidad de los pacientes durante todo el tiempo de ejecución del estudio.

RESULTADOS

Durante el periodo en estudio se programaron un total de 927 cirugías ginecológicas, de las cuales se cancelaron 102 (11%). De estas, un total de 99 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de las cuales 15 no aceptaron participar; finalmente quedaron 84 mujeres para el análisis.

Las mujeres incluidas tenían una media de 51,3 años (desviación estándar [DE] \pm 13,7). El 47,6% se encontraba en el grupo de edad de 30 a 50 años, de las cuales el 57,1% estaban casadas y el 45,2% del grupo tenía como grado de instrucción educación secundaria. Respecto al tiempo de espera para las cirugías, 45,2% de las mujeres esperaron la programación de una cirugía por un periodo de 7 a 13 meses desde que fueron evaluadas en consulta, mientras 33,3% esperaron un periodo entre 1 a 6 meses. Con relación a los diagnósticos encontrados, el prolapso genital se presentó en 28,6% de mujeres, seguido de los diagnósticos NIC 2 y miomatosis uterina, ambos representando un 14,3% cada uno.

La distribución de la frecuencia de los factores mostró que la dimensión causas médicas fue la

más frecuente (46,5%); la dimensión causas administrativas fue la segunda más frecuente (36,6%); las causas quirúrgicas tuvieron una frecuencia del 11,3%; mientras que en las causas relacionadas con anestesia y con el paciente la frecuencia fue del 2,8% cada una (tabla 1).

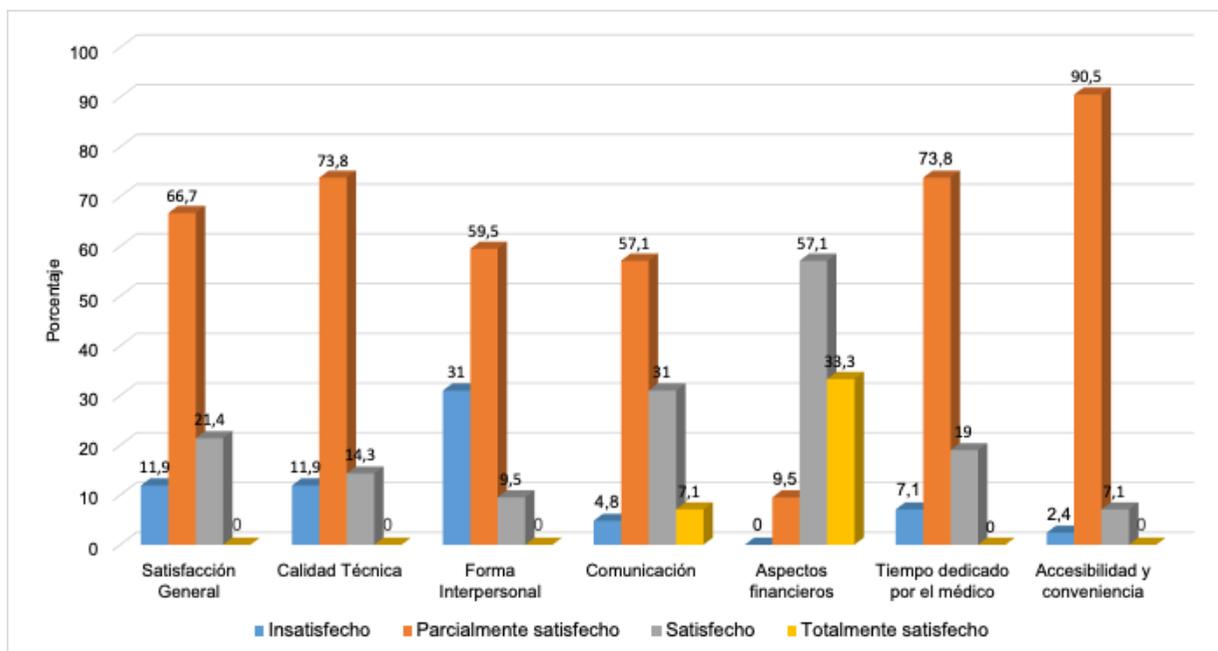
En el análisis de los resultados respecto a satisfacción en la dimensión accesibilidad y conveniencia, 7,1% de pacientes manifestaron estar satisfechas con la cancelación de su cirugía. El indicador respecto a las dificultades para la obtención de una cita médica de manera oportuna mostró insatisfacción en 64,3% de los casos. En la dimensión aspectos financieros, el 90,5% manifestó estar satisfecha o totalmente satisfecha ya que no incurrieron en gastos adicionales; el 100% de las mujeres negó haber pagado más de lo debido para recibir atención médica, y 60% refirió no perjudicarse económicamente. En la dimensión comunicación, el 38% refirió sentirse satisfecha. Cabe señalar que 54,8% de pacientes manifestó haber recibido una adecuada explicación de los procedimientos médicos por realizarse, mientras que 31% mostró su satisfacción en la dimensión forma interpersonal. Respecto a la dimensión calidad técnica, el 14,3% de las pacientes declaró estar satisfecha; 54,7% manifestó su incertidumbre con respecto al diagnóstico realizado, debido a que en su mayoría fueron evaluadas por diferentes médicos en consulta, lo que genera desconfianza debido a que algunos ginecólogos indicaban cirugía y en otros casos tratamiento médico. Este problema fue más frecuente con patología del piso pélvico y miomatosis uterina. Un 23,8% estaba satisfecha con respecto a las habilidades del médico especialista. En lo referente a la dimensión tiempo dedicado por el médico a la preparación preoperatoria, el 19% manifestó sentirse satisfecha, sin embargo, el 61,9% señaló que el tiempo otorgado por el médico fue adecuado. Por último, en la dimensión satisfacción general con el proceso de atención, el 21,4% se sintió satisfecho tras la suspensión de su cirugía (figura 1).

Tabla 1.
Causas de cancelación de cirugía ginecológica en el Hospital III Suárez-Angamos en Lima, Perú, junio 2019 a marzo 2020

Causa	n	%
Causas médicas	39	46,5
Infecciones o fiebre	14	16,90
Alteración aguda cardiovascular	12	14,10
Alteración aguda respiratoria	5	5,60
Preparación prequirúrgica incompleta	3	4,20
Otras causas no quirúrgicas	5	5,60
Causas quirúrgicas	10	11,30
Falta de preparación quirúrgica	1	1,30
Equipo quirúrgico no disponible	4	4,50
Cambio en el diagnóstico o indicación quirúrgica	5	5,60
Causas de anestesia	2	2,80
No cumplimiento del ayuno	0	0
Complicaciones anestésicas	1	1,40
Dificultad del manejo de la vía aérea	1	1,40
No aceptación de la técnica anestésica	0	0
Falta de anestesia o anestesiólogo	0	0
Causas del paciente	2	2,80
Inasistencia del paciente	1	1,40
Negativa del paciente a la cirugía	1	1,40
Alta u óbito	0	0
Causas administrativas	31	36,60
Falta de tiempo operatorio	22	25,40
Falta de equipamiento	3	4,20
Error de programación quirúrgica	1	1,40
Falta de camas	5	5,60
Vencimiento del seguro	0	0
Total	84	100

Figura 1.

Niveles de satisfacción por dimensiones en pacientes con cirugías ginecológicas suspendidas entre junio de 2019 y marzo de 2020 en el Hospital Suárez-Angamos, Lima, Perú



DISCUSIÓN

En este estudio encontramos una frecuencia del 11% de cancelación de cirugía ginecológica. Las causas médicas fueron las más frecuentes (46,5%), seguidas por las administrativas (36,6%) y quirúrgicas (11,3%). Respecto a la satisfacción, el 21% de las pacientes quedó globalmente satisfecha con la cancelación, los dominios que más influyeron en esta calificación fueron los aspectos financieros y la comunicación. Hubo importante insatisfacción con la conveniencia, la forma interpersonal, el tiempo dedicado por el médico y la calidad técnica.

Respecto a la frecuencia de cancelación de cirugía en servicios de cirugía ginecológica nuestros resultados son similares a los presentados por Aguirre *et al.* (19), quienes reportaron una tasa de suspensión de 17% en esta especialidad en un hospital en México, y a la informada por Fernández Mogollón *et al.* en un hospital de seguridad social en la ciudad Chiclayo, Perú (20), que informan una proporción de cancelación del 11,4% en 2016.

Nuestra proporción de cancelación es superior a lo observado por Muñoz Caicedo *et al.* (21) quienes informan una proporción de cancelación de cirugías ginecológicas del 5,4% en 2016, en un hospital de referencia en Popayán, Colombia, y por Domínguez Lozano *et al.* (22) en un hospital universitario ubicado en Barranquilla, Colombia, que señalan un 2,7% en cirugía ginecológica en el mismo año; Broullón *et al.*, en España (23) con el 3,38% entre 2010 y 2018, e inferiores a los informados por Gonzales y Aragón (24) que señalan un 17% de cancelación entre septiembre y noviembre de 2014 en la especialidad en una clínica privada de alta complejidad en Bogotá, Colombia.

En cuanto a las causas de cancelación en ginecología no encontramos estudios que, como el nuestro, estén centrados solo en cirugía ginecológica, sino que abarcan otros servicios quirúrgicos; sin embargo, son similares a las informadas por Aguirre (19), quienes ubican las causas médicas como las más frecuentes, con 40%, y en segundo lugar la falta de

tiempo operatorio o material con un 30,1%; por Muñoz-Caicedo *et al.* (21) con las causas médicas en el 56% y las causas institucionales en el 40% (21), y Broullón *et al.* (23) en España, que indican las causas médicas como la principal razón con el 44% y administrativas con el 39%. Por su parte Fernández *et al.*, en Perú, informan que las causas administrativas fueron las más frecuentes, seguidas por las causas médicas (20); Domínguez Lozano *et al.* (22) reportan que la principal causa estuvo asociada a problemas con el paciente (40%), especialmente porque no acudía a la cirugía o no firmaba el consentimiento; por su parte, Al Talalwah y McIltrout indican que en la revisión sistemática se encontró que los aspectos administrativos son responsables de más del 60% de la suspensión de cirugías (12).

Respecto al punto de vista de la satisfacción del paciente es poca la evidencia publicada en cancelación de cirugías. Este es un aspecto muy importante por evaluar, pero poco explorado. Ivarsson *et al.* (3), en pacientes de cirugía cardíaca, informan que, en general, estos reaccionaron negativamente a la cancelación en forma de ansiedad, decepción y miedo a verse afectados por problemas cardiovasculares pero, también, se mostraron satisfechos con la atención recibida por parte del personal del hospital. Este mismo autor informa que especialmente cuando la causa es organizacional hay una negativa respuesta de los pacientes, sin embargo, ellos se sienten satisfechos cuando la información sobre las razones de la cancelación es adecuadamente comunicada (25).

Las limitaciones se refieren al tipo de muestra, lo cual no permite hacer inferencias de los resultados. La falta de sistematización de la información del hospital, que dificulta su obtención, limita la contrastación de los resultados de investigaciones con similares características.

La fortaleza de este estudio es que hace una aproximación a un aspecto poco explorado en la calidad de la atención como son las consecuencias sobre el paciente y la familia por la cancelación a última hora de una cirugía. Es importante explorar la asociación

con el estrés (26) y con la condición de base ya que en casos de pacientes con patología maligna de base la evaluación podría ser diferente (27).

CONCLUSIONES

Es importante una muy buena comunicación con las pacientes en quienes se debe cancelar la cirugía. Además, se requieren más estudios que evalúen la magnitud de este problema en nuestra región, donde frecuentemente hay limitaciones de acceso a procedimientos quirúrgicos. A su vez, se debe indagar acerca de las consecuencias que estas cancelaciones tienen sobre la condición de base que indica la cirugía, como también sobre su salud mental y el bienestar del paciente a fin de minimizar los efectos sobre este.

REFERENCIAS

1. Pinheiro SL, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Matos FGOA, Tonini NS, Alves DCI. Surgical cancellation rate: Quality indicator at a public university hospital. *REME – Rev Min Enferm.* 2017;21:e-1014. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170024>
2. Herrod PJJ, Adiamah A, Boyd-Carson H, Daliya P, El-Sharkawy AM, Sarmah PB, et al. Winter cancellations of elective surgical procedures in the UK: A questionnaire survey of patients on the economic and psychological impact. *BMJ Open.* 2019;9(9):e028753. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028753>
3. Ivarsson B, Larsson S, Sjöberg T. Postponed or cancelled heart operations from the patient's perspective. *J Nurs Manag.* 2004;12(1):28-36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00400.x>
4. Sodré RLS, Fahl MAFE. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. *RAS.* 2014;16(63):67-70. Disponible en: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1355&p_nanexo=611
5. Ministerio de Protección Social, Colombia - Observatorio de la calidad de la atención en salud. Indicadores de instituciones prestadoras de servicios de salud 2006-2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>

- gov.co/sites/rid/1/Bolet%C3%ADn%20%20Observatorio%20de%20Calidad%20en%20Salud.pdf
6. Perroca MG, Jericó MC, Facudin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):113-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100015>
 7. Matzek LJ, Smith BB, Mauermann WJ, Bower TC, Smith MM. Same-Day cancellation in vascular surgery: 10-year review at a large tertiary care center. *Ann Vasc Surg*. 2020;62:349-355. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2019.06.036>
 8. Dhafar KO, Ulmalki MA, Felemban MA, Mahfouz ME, Baljoon MJ, Gazzaz ZJ, et al. Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals: Frequency, reasons and suggestions for improvements. *Pak J Med Sci*. 2015;31(5):1027-32. <https://doi.org/10.12669/pjms.315.7932>
 9. Cho HS, Lee YS, Lee SG, Kim JM, Kim TH. Reasons for surgery cancellation in a general hospital: A 10-year Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;16(1):7. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010007>
 10. Chalya PL, Gilyoma JM, Mabula JB, Simbila S, Ngayomela IH, Chandika AB, et al. Incidence, causes and pattern of cancellation of elective surgical operations in a university teaching hospital in the Lake Zone, Tanzania. *Afr Health Sci*. 2011;11(3):438-43. PMC3261008
 11. Botazini NO, de Carvalho R. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. *Rev SOBECC*. 2017;22(4):230-44. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040008>
 12. Al Talalwah N, McIltrout KH. Cancellation of surgeries: Integrative review. *J Perianesth Nurs*. 2019;34(1):86-96. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.012>
 13. Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Couns*. 2019;102(4):790-6. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
 14. Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short-form (PSQ-18). Santa Monica, CA: RAND; 1994.
 15. Sánchez-del Río A, Alarcón-Fernández O, Baudet JS, Sainz-Menéndez Z, Socas-Méndez M, Piera-Jaén G. Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97(8):554-61. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082005000800003>
 16. Nápoles-Springer AM, Santoyo J, Houston K, Pérez-Stable EJ, Stewart AL. Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expect*. 2005;8(1):4-17. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00298.x>
 17. Chakraborty SN, Bhattacharjee S, Rahaman A. A cross-sectional study on patient satisfaction in an urban health care centre of Siliguri Municipal Corporation, Darjeeling, West Bengal. *Med J DY Patil Univ*. 2016;9(3): 325-30. <https://doi.org/10.4103/0975-2870.182502>
 18. González-Arévalo A, Gómez-Arnau JI, De la Cruz FJ, Marzal JM, Corral EM, et al. Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *Anaesthesia*. 2009;64(5):487-93. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05852.x>
 19. Aguirre JF, Chávez G, Huitrón GA, Cortés N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac Méd Méx*. 2009;139(6):545-51.
 20. Fernández-Mogollón JL, Zapata-Velezmoro R, Cruz-Polo RS. Características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú. 2016. *Rev Cuerpo Méd. HNAAA*. 2017;10(3):126-31. <https://doi.org/10.35434/rmh-naaa.2017.103.3>
 21. Muñoz-Caicedo A, Perlaza-Cuero LA, Burbano-Álvarez VA. Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica de alta complejidad de Popayán, Colombia. *Rev Fac Med*. 2019;67(1):17-21. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66648>
 22. Domínguez-Lozano B, Ortega-Crespo G, Díaz-Pérez A. Incidencias y causas de la cancelación de cirugía en un hospital universitario, Barranquilla, Colombia, 2016. *Enferm Glob*. 2020; 19(57):507-26. <https://doi.org/eglobal.19.1.380441>

23. Broullón A, Cabadas R, Sonsoles M, Vázquez A, Ojea M, Fernández N, et al. Análisis retrospectivo de las suspensiones quirúrgicas y de los factores influyentes durante 8 años. *Cir Esp.* 2019; 97(4):213-21. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.01.006>
24. González AP, Aragón AM. Costos de no calidad por la cancelación de cirugías en una clínica privada de Bogotá D.C., Colombia. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración.* 2015;11(21):17-26. <https://doi.org/10.18270/cuaderlam.v11i21.1616>
25. Ivarsson B, Kimblad PO, Sjöberg T, Larsson S. Patient reactions to cancelled or postponed heart operations. *J Nurs Manag.* 2002;10(2):75-81. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00293.x>
26. Marshall GN, Hays RD, Mazel R. Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(2):380-90. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.380>
27. Lee Y, Kasper JD. Assessment of medical care by elderly people general satisfaction and physician quality. *Health Serv Res.* 1998;32(6):741-58.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Karen Blas-Benites: concepción y diseño del trabajo; aporte de pacientes o material de estudio; recolección, análisis e interpretación de datos.

Juan P. Matzumura-Kasano: redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Hugo Gutiérrez-Crespo: recolección de datos, concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de datos.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18597/rcog.3543>

APLASIA ERITROIDE PURA SECUNDARIA A EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pure red-cell aplasia secondary to pregnancy: Case report and review of the literature

Juan Felipe Herrera-Quintana, M. D.¹; Ana Carolina Rojas-Figueroa, M. D.²; Rafael Leonardo Aragón-Mendoza, M. D.³; Roberto Gallo-Roa, M. D.⁴; Marcos Fidel Castillo-Zamora, M. D.⁴

Recibido: 16 de mayo de 2020/Aceptado: 18 de noviembre de 2020

RESUMEN

Objetivo: reportar el caso de una aplasia eritroide pura secundaria al embarazo y hacer una revisión de la literatura sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico materno y perinatal.

Materiales y métodos: se presenta el caso de una paciente de 24 años, con embarazo de 34 semanas, remitida a un hospital público de referencia regional por anemia en estudio; se realiza biopsia de médula ósea sobre la que se hace diagnóstico de aplasia eritroide pura asociada al embarazo. Recibe manejo con transfusiones seriadas de glóbulos rojos; se realiza cesárea a término, con recién nacido sano; en su puerperio presenta estabilidad de los valores de hemoglobina. Se realizó búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de Medline vía

PubMed, LILACS, SciELO y ScienceDirect, con los términos “embarazo”, “aplasia pura de células rojas”, “pregnancy” y “pure red-cell aplasia”. Se incluyeron reportes de caso, series de casos y revisiones bibliográficas en inglés y español, desde enero de 1999 a enero de 2020, de pacientes gestantes con aplasia eritroide pura. Se tomó información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico materno y perinatal. Tres autores seleccionaron los estudios por título y resumen. Se hace síntesis descriptiva.

Resultados: se identificaron 828 títulos, de los cuales 818 fueron descartados luego de revisar los criterios de inclusión. Se incluyeron diez artículos: seis reportes de casos, tres reportes de caso con revisión de la literatura, un reporte de caso en la modalidad de poster, para un total de 10 casos reportados. El diagnóstico se basó en bajos niveles de hemoglobina y compromiso de la línea eritroide en la biopsia de médula. El tratamiento en transfusiones de glóbulos rojos y el pronóstico materno-fetal fueron buenos.

Conclusión: el diagnóstico de la aplasia eritroide pura en el embarazo requiere biopsia de médula. El pronóstico materno-perinatal es bueno, con soporte transfusional. Se requieren más estudios para eva-

* Correspondencia: Juan Felipe Herrera Quintana, Carrera 8 # 0-29 Sur, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia). Teléfono 4077075. juanfe_quintana@hotmail.com

1 Médico, residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de La Sabana, Bogotá (Colombia).

2 Médico, residente de Ginecología y Obstetricia Universidad de La Sabana, Bogotá (Colombia).

3 Médico, ginecobstetra, Medicina materno-fetal, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia).

4 Médico, ginecobstetra, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá (Colombia).

luar la seguridad y eficacia de los corticosteroides para esta entidad en el embarazo.

Palabras clave: embarazo; aplasia pura de células rojas.

ABSTRACT

Objective: To report a case of pure red-cell aplasia secondary to pregnancy and to conduct a review of the literature regarding diagnosis and treatment, as well as maternal and perinatal prognosis.

Materials and methods: This is the case of a 24-year-old patient at 34 weeks of gestation, referred to a regional public referral hospital due to anemia. Bone marrow biopsy was performed, leading to the diagnosis of pregnancy-related pure red-cell aplasia. The patient received serial red blood cell transfusions. Delivery by Cesarean section at term resulted in a healthy newborn. Hemoglobin values remained stable during the postoperative period. A literature search was conducted in Medline via PubMed, LILACS, SciELO and ScienceDirect using the terms “pregnancy” and “pure red-cell aplasia”. Case reports, case series and literature reviews in English and Spanish published between January 1999 and January 2020 that report pregnant women with pure red-cell aplasia were included. Information on diagnosis, treatment and maternal and perinatal prognosis was collected. Three of the authors selected the studies by title and abstract; A descriptive synthesis is provided.

Results: Overall, 828 titles were identified; of these, 818 were discarded after reviewing the inclusions criteria. Ten articles were included: six case reports, three case reports with literature review, and one case report in the poster modality, for a total number of 10 reported cases. Diagnosis was based on low hemoglobin levels and compromised erythroid cell line in bone marrow biopsy. Treatment consists of red blood cell transfusions, with good maternal and fetal prognosis.

Conclusion: Diagnosis of pure red-cell aplasia during pregnancy requires bone marrow biopsy. With transfusion support, maternal perinatal

prognosis is good. Further studies are required to assess the safety and efficacy of steroid use in this pregnancy-related condition.

Key words: Pregnancy; pure red-cell aplasia.

INTRODUCCIÓN

La aplasia eritroide pura (AEP) es un trastorno hematológico descrito por primera vez en 1922, que se caracteriza por anemia severa debido a depresión selectiva en la eritropoyesis de la médula ósea. Existe una forma congénita o síndrome de Diamond Blackfan, que se presenta en cinco casos por un millón de nacidos vivos, caracterizada por malformaciones como dismorfismo craneofacial, anomalías urogenitales, entre otros, hasta en un tercio de todos los pacientes; y una forma adquirida (AEPA), la cual está asociada a múltiples causas infecciosas, autoinmunes, neoplásicas, entre otras, donde no se encuentra reportada una frecuencia estimada en su presentación (1).

El diagnóstico de la aplasia eritroide está dado por una anemia normocítica normocromática, asociada a reticulocitopenia en la sangre periférica y eritoblastos ausentes o poco frecuentes en la biopsia de médula ósea, con precursores intactos de plaquetas y leucocitos; su tratamiento corresponde al soporte transfusional asociado al manejo específico de la etiología subyacente (1). Se han utilizado algunos tratamientos farmacológicos entre los que se encuentran con mejor eficacia la ciclosporina (2), y los corticosteroides (3).

La fisiopatología en el embarazo aún no está clara. Se ha propuesto que las progestinas juegan un papel en la génesis, de tal forma que los cambios hormonales durante el embarazo desencadenan un mecanismo autoinmune en pacientes predisuestas que lleva a inhibición de colonias eritroides, lo que sugiere una respuesta autoinmune humoral (4-5), y la presencia en la sangre periférica de la madre y células placentarias de un factor inhibidor que afecta la eritropoyesis y diferenciación eritroide (6). El diagnóstico de la AEP en el embarazo es por descarte y los hallazgos de la biopsia de médula ósea

y la recuperación de los niveles de hemoglobina en pocas semanas posteriores al parto soporta aún más el diagnóstico (6). El tratamiento estaría basado en múltiples transfusiones de hemoderivados durante su periodo gestacional para mantener los niveles de hemoglobina, con riesgo de reacciones secundarias. Como tratamiento adicional (al uso de hemoderivados), en reportes de caso publicados hasta 2003 se había descrito el uso de corticoides y ciclofosfamida (6), sin embargo, es poca la información sobre su seguridad y el pronóstico fetal y perinatal de la condición posterior a esta revisión.

Se presenta un caso de AEP asociada al embarazo y se realiza una revisión de la literatura con el objetivo de determinar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico materno y perinatal en pacientes gestantes con aplasia eritroide pura secundaria al embarazo, tratado con transfusión de hemoderivados.

REPORTE DE CASO

Paciente de 24 años, G1P0, con gestación de 34 semanas calculadas por ultrasonido de primer trimestre. Ingresa referida de la consulta externa del servicio de hematología del Hospital Universitario de La Samaritana, institución de alta complejidad, y centro de referencia de pacientes de la región central del país, pertenecientes al régimen subsidiado por el Estado en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, para estudio de síndrome anémico; durante la gestación había recibido transfusión de 11 unidades de glóbulos rojos empaquetados.

No se identificaron antecedentes patológicos, quirúrgicos, tóxico/alérgicos familiares. Había recibido micronutrientes en la gestación actual. Al examen físico se observó buen estado general, alerta, con palidez mucocutánea. Tensión arterial: 102/74 mmHg, frecuencia cardiaca: 76 latidos por minuto, temperatura: 36,2 °C y saturación de oxígeno de 92 % al ambiente, abdomen con altura uterina de 31 centímetros con feto único en presentación de pelvis con frecuencia cardiaca fetal de 147 latidos por minuto. Sin otros datos positivos, la paciente se hospitaliza para estudios comple-

mentarios de anemia severa sin etiología clara, con vigilancia materno-fetal y tratamiento de la misma; el hemograma de ingreso con hemoglobina 4,9 g/dl, hematocrito 14 %, volumen corpuscular medio 86 fL y hemoglobina corpuscular media 28 pg, con leucocitos $6,71 \times 10^3/uL$, con un diferencial leucocitario normal, plaquetas $203 \times 10^3/uL$. Velocidad de sedimentación globular 42 mm, el extendido de sangre periférica con eritrocitos con anisocitosis, policromatofilia ligera, hipocromía ligera, leucocitos y plaquetas con morfología normal. Bilirrubina total: 0,88 mg/dl, bilirrubina directa: 0,07 mg/dl, vitamina B12: 186 pg/L (niveles normales [NN]: 99-526 pg/L), ácido fólico: 18,6 ng/ml (NN: 1,4-20,7), reticulocitos: 0,40 % (NN 0,4-1,5 %), Coombs directo negativo, ferritina: 693,8 ng/ml (NN 0-116 ng/ml), transferrina: 208 mg/dl (NN: 200-530), con función renal y hepática normales. A la valoración fetal con monitoreo fetal reactivo, ultrasonido obstétrico que evidencia embarazo de 34,6 semanas por biometría, sin malformaciones anatómicas, con peso fetal estimado de 2.344 g, percentil 42 %, placenta normo-inserta, índice de líquido amniótico de 13,5 cm, *doppler* feto-placentario y velocidad pico de arteria cerebral dentro de límites normales. Se decide realizar aspirado y biopsia de médula ósea. El aspirado de médula ósea mostró celularidad normal para la edad, maduración adecuada en línea mieloide y linfoide con ausencia total de precursores de la línea roja, se hace impresión diagnóstica de hipoplasia eritroide (figura 1). Se practicó simultáneamente biopsia de médula ósea que evidenció celularidad variable del 10-30 %, con hematopoyesis de las tres líneas celulares; relación mieloide-eritroide 3:1, la línea mieloide con adecuada maduración y morfología, la línea eritroide marcadamente disminuida ($CD71 < 5 \%$). Megacariocitos presentes, hasta seis por campo, de alto poder sin alteraciones morfológicas, sugestivo de aplasia eritroide pura asociada al embarazo. Se indica la transfusión de glóbulos rojos empaquetados. Se indica continuar con vigilancia materno-fetal hospitalaria, realizando hemoglobinas seriadas, monitoreo fetal diario y tratamiento con

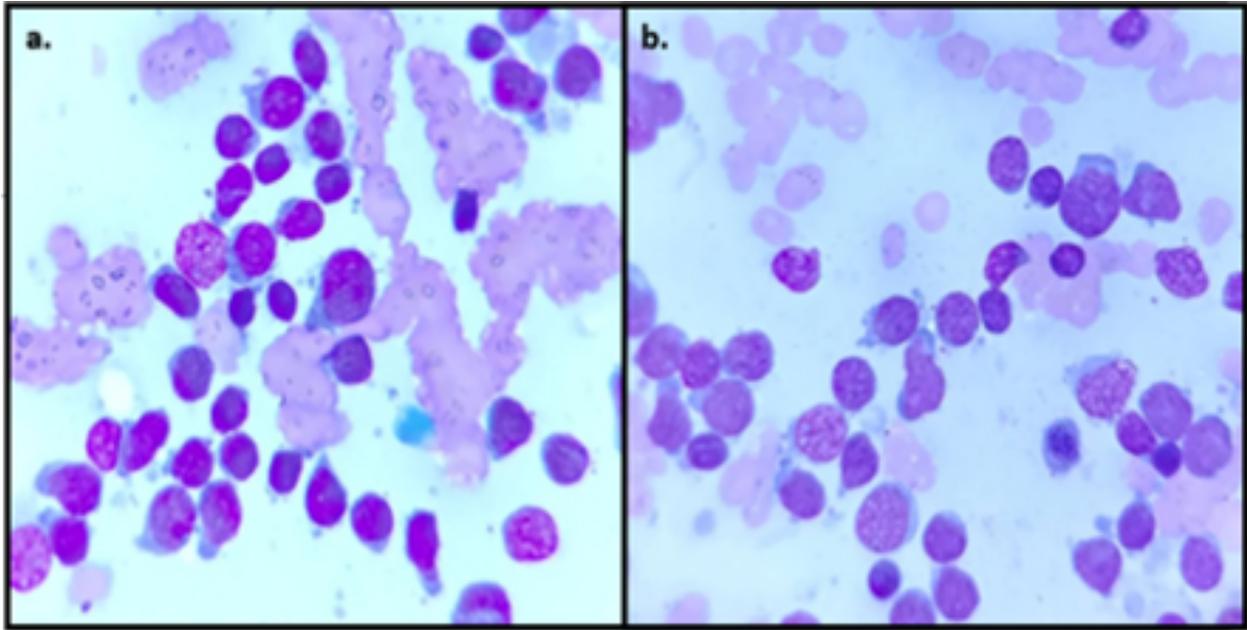


Figura 1. Aspirado de médula ósea: láminas a y b (100X): se observa celularidad normal; precursores de la línea mieloide y linfoide normales en número y morfología. Ausencia total de precursores de línea roja. Aplasia eritroide

soporte transfusional seriado para mantener niveles de hemoglobina mayor a 7 g/dl.

Se realiza junta multidisciplinaria médico-quirúrgica con los servicios de hematología, ginecología, medicina materno-fetal y neonatología, donde se valoran los paraclínicos previos a la hospitalización. La paciente tiene cariotipo euploide 46XX, por lo que se descarta etiología de origen genético; tampoco hay antecedentes que orienten a etiología infecciosa, autoinmune, tumoral (timoma) o por medicamentos, por lo que se considera que corresponde a una AEPA asociada al embarazo. Se realiza cesárea en la semana 38 por feto en presentación de pelvis con recién nacido sano, con un peso de 2.775 g, APGAR: 8-9-10. La paciente evoluciona adecuadamente en su posoperatorio, con estabilidad hemodinámica y paraclínicos con hemoglobina de control de 10 g/dl, hematocrito 29 %, con posterior egreso, requiriendo un total de 8 unidades de glóbulos rojos empaquetados transfundidas durante la estancia hospitalaria (6 unidades durante seguimiento hospitalario y 2 unidades intraquirúrgico). A su control posoperatorio en consulta externa

asiste asintomática, con estabilidad hemodinámica y adecuada evolución de su puerperio, con una hemoglobina de control de 6,3 g/dl y hematocrito del 18 %; se indica la transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados con hemoglobina posterior en 8,0 g/dl, completando así un total de 21 unidades de glóbulos rojos empaquetados durante su gestación; a los 10 meses de seguimiento, en control con hematología, no había requerido nuevas transfusiones de hemoderivados.

Aspectos éticos. Se solicitó autorización a la paciente, con consentimiento informado escrito, a través de la oficina de investigación y comité de ética médica del Hospital Universitario de La Samaritana, para publicar el caso y material fotográfico, el cual fue tomado por los autores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de: Medline vía PubMed, LILACS, SciELO y ScienceDirect con los términos: “embarazo”, “aplasia pura de células rojas”, “pregnancy” y “pure red-cell aplasia”. Los criterios

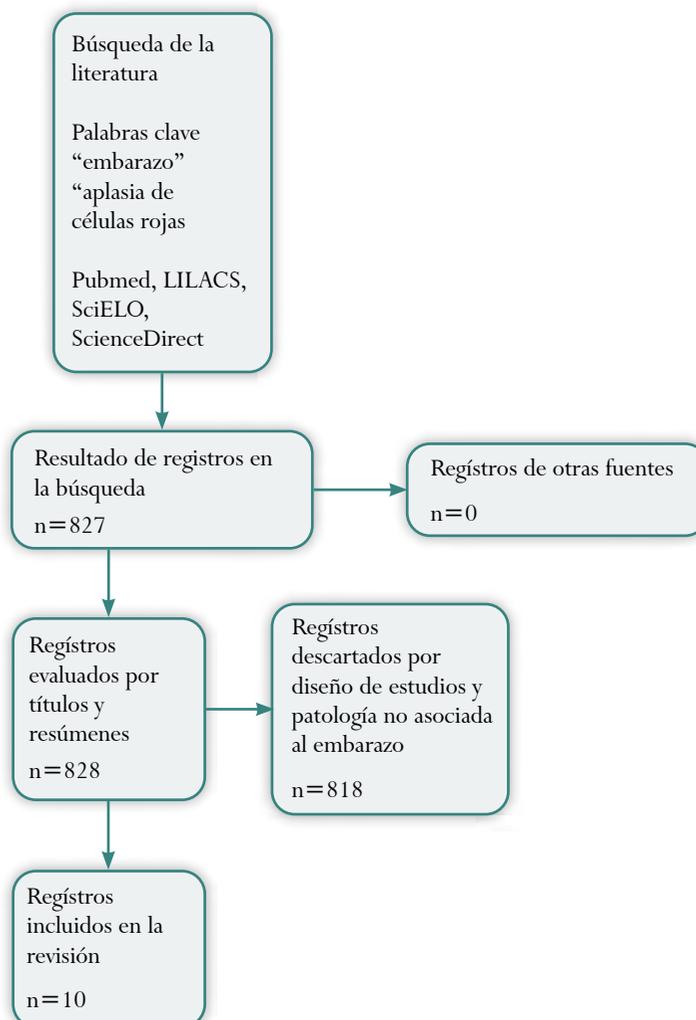
de inclusión por tipo de estudio fueron: reportes y serie de casos, cohortes y revisiones; por tipo de población: mujeres gestantes con diagnóstico de aplasia eritroide pura, desde enero de 1999 a enero de 2020 en español e inglés; se evaluaron aspectos relacionados con las características del estudio: país donde se presentó, diagnóstico, edad gestacional al momento del diagnóstico, valores de hemoglobina, hallazgos en la biopsia de médula ósea, marcadores inmunohistoquímicos o genéticos realizados, otros métodos diagnósticos utilizados para detectar la posible causa. En cuanto al tratamiento: tipo de tratamiento transfusional, farmacológico, inmunológico o de otro tipo. Pronóstico perinatal: peso del recién nacido, comorbilidades, edad gestacional al

momento del parto, tratamiento médico. Pronóstico materno: otras comorbilidades, evolución a los 6 y 12 meses desde el punto de vista de recuperación de la anemia o necesidad de transfusiones. Tres autores seleccionaron los artículos que fueran series de casos o revisiones de la literatura, inicialmente por título y resumen, publicados en inglés y español, desde enero 1999 a enero 2020. La información se extrajo en un archivo de excel. Se hace síntesis narrativa de los hallazgos.

RESULTADOS

Se identificaron 828 títulos, de los cuales 818 fueron descartados luego de revisar los criterios de inclusión (figura 2). Finalmente, se incluyeron

Figura 2.
Flujograma de selección de estudios



diez estudios relacionados con anemia aplásica eritroide pura asociada a embarazo: seis reportes de casos (4,7-11), tres reportes de caso con revisión de la literatura (6,12,13), un reporte de caso en la modalidad de poster (5), para un total de 10 casos reportados (tabla 1).

De los 10 casos reportados, cinco se presentaron entre los 20 y 29 años (4,7-10), cuatro casos se presentaron entre los 30 y 39 años (5, 6,12,13), y un caso no registra la edad de la paciente (11); seis casos fueron primigestantes (5,7-10,12), cuatro casos múltiparas (4,6,11,12).

Tabla 1.
Casos reportados de aplasia eritroide pura asociada a embarazo entre 2000 y 2020

Autor	Edad (años)	Paridad	Edad gestacional (semanas)	Hb Inicial (g/dl)	Biopsia de médula ósea	Tratamiento	Edad gestacional al momento del parto (semanas)	Vía del parto	Resultado perinatal	Peso recién nacido (g)	Recuperación de Hb (semanas)	Observaciones
Ohno 2002 Japón (10)	26	G1P0	31	5.8	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión	34	Cesárea	Vivo	1631	12	Asociada a hepatitis de etiología desconocida, restricción de crecimiento intrauterino, isoimmunización
Makino 2003 Japón (12)	31	G2A1	19	6	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión Prednisona	37	Cesárea	Vivo	2577	2	
Chung 2004 Corea (8)	28	NR	38	7.9	Aplasia selectiva de línea eritroide	Inmunoglobulina Metilprednisona Prednisona	A término	NR	Vivo	NR	8	Asociado a enfermedad de Still
Choudry 2007 EE. UU. (6)	33	G3P2V2	14	NR	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión Prednisona	A término	Cesárea	Vivo	NR	10	Antecedente de 2 episodios asociados a aplicación de medroxiprogesterona

Autor	Edad (años)	Paridad	Edad gestacional (semanas)	Hb Inicial (g/dl)	Biopsia de médula ósea	Tratamiento	Edad gestacional al momento del parto (semanas)	Vía del parto	Resultado perinatal	Peso recién nacido (g)	Recuperación de Hb (semanas)	Observaciones
Miller EE. UU 2008 (11)	NR	G2P1	NR	3.2	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión	A término	Vaginal	Vivo	NR	Poparto	Presentó nuevo episodio en 2 gestaciones posteriores
Kashap 2010 India (4)	24	G4P2A1	21	3.3	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión Prednisona	37	Vaginal	Muerte Fetal	2650	4	
Aggarwal 2013 India (7)	28	G1P0	15 días post-parto	3.2	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión	A término	Cesárea	NR	NR	6	Caso en puerperio
Moussa 2014 Egipto (9)	25	G1P0	26	5.1	NR	Transfusión Prednisona	NR	NR	NR	NR	4 (durante gestación)	Asociado a enfermedad de Still
Matsui 2017 Japón (5)	37	G1P0	27	NR	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión	40	Vaginal	Vivo	2548	NR	Asociado a tímoma
Edahiro 2019 Japón (13)	35	G1P0	28	3.7	Aplasia selectiva de línea eritroide	Transfusión Corticoides	37	Vaginal	Vivo	NR	28	Presentó nuevo episodio en una gestación posterior con recién nacido a término, tratada con transfusiones

Diagnóstico: el diagnóstico se realizó en el primer trimestre en un caso (6), en el segundo trimestre en cinco casos (4,5,9,12,13), tercer trimestre dos casos (8,10), un caso durante el puerperio (7) y no se registró el momento del diagnóstico en un caso (11). Los niveles de hemoglobina variaron al momento del

diagnóstico: cuatro casos con niveles menores de 5 mg/dl (4,7,11,13), cuatro casos por encima de 5 mg/dl (8-10,12), y no se reportaron niveles de hemoglobina en dos casos (5,6). El diagnóstico confirmatorio se realizó con biopsia de médula ósea en nueve casos en los que se encontró aplasia selectiva de médula

ósea sin compromiso de otras líneas celulares (4-8,10-13); en un caso, por decisión de la paciente, no se realizó biopsia de médula ósea (9). Existen casos reportados de anemia aplásica eritroide pura durante el embarazo, asociados a otras patologías, como enfermedad de Still y hepatitis no infecciosa, lo que dificultó su diagnóstico y la diferenciación de su etiología asociada a la gestación propiamente (8-10).

Tratamiento: de los casos reportados, cuatro se trataron únicamente con transfusión seriada de glóbulos rojos (5,7,10,11); cinco casos recibieron manejo conjunto con transfusiones de glóbulos rojos y corticoides (4,6,9,12,13); un caso fue tratado con administración de inmunoglobulina asociada a corticoides y transfusión de glóbulos rojos (8), sin reportar eventos adversos en ninguno de los casos. No se describen niveles de hemoglobina mínimos u óptimos para mantener durante la gestación. En nuestro caso, se definieron niveles de hemoglobina mayores a 7 g/dl debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define una anemia severa menor a estos niveles con lo cual se puede aumentar la morbi-mortalidad perinatal asociada a anemia materna.

Pronóstico. En la presente revisión se evidenciaron adecuados resultados materno-perinatales. Se informa un total de siete recién nacidos a término (5-8,11-13); se reportó un caso de recién nacido pretérmino con restricción de crecimiento intrauterino (10) y un óbito reportado por Kashap y Pradhan (4). En un estudio se consideró que el resultado fetal adverso en los casos de aplasia eritroide pura se puede dar si los niveles de hemoglobina maternos no son adecuados (7). Un caso no reportó resultado perinatal (9). Se reportaron cuatro casos con parto vaginal (4,5,11,13), cuatro partos por cesárea (6,7,10,12) y dos casos no reportaron vía del parto (8,9).

Con respecto al pronóstico materno, en los reportes de caso no se reseñan muertes maternas debido a la anemia o complicaciones del parto. Se encontró recuperación de los niveles de hemoglobina en la totalidad de los casos; un caso con recuperación en menos de cuatro semanas (12), tres

casos entre cuatro y ocho semanas de tratamiento (4,7,8), dos casos con recuperación entre ocho y doce semanas (6, 10) con un rango hasta de 28 semanas para lograr recuperación total de niveles de hemoglobina (13); no se reportó tiempo de recuperación en tres casos (5,9,11) y un caso presentó recuperación a las cuatro semanas de haber iniciado tratamiento durante la gestación (9). Se reportaron tres casos en los que la aplasia eritroide pura se presentó en gestaciones posteriores, por tanto, podría considerarse una vigilancia más estrecha en estas pacientes (6,11,13).

CONCLUSIÓN

La aplasia eritroide pura asociada al embarazo es una entidad poco descrita en la literatura, su diagnóstico está basado en el descarte de otras etiologías y es confirmado por la biopsia de médula ósea. El tratamiento está basado en transfusiones de glóbulos rojos y el pronóstico materno y perinatal es bueno. Se requieren estudios que evalúen la eficacia y seguridad de los corticosteroides en esta condición en el embarazo.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este proyecto no tuvo fuentes de financiación.

REFERENCIAS

1. Mangla A, Hamad H. Pure red cell aplasia. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. PMID: 31751023.
2. Means RT. Pure red cell aplasia. *Blood*. 2016; 128(21):2504-9. <https://doi.org/10.1182/blood-2016-05-717140>
3. Sawada K, Fujishima N, Hirokawa M. Acquired pure red cell aplasia: Updated review of treatment. *Br J Haematol*. 2008;142(4):505-14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.2008.07216.x>
4. Kashyap R, Pradhan M. Maternal and fetal outcome in pregnancy-associated pure red cell aplasia. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30(7):733-4. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.501919>

5. Matsui H, Umehara N, Shibata M, Kaneko K, Irie R, Yoshioka T, et al. A case of thymoma complicated pure red cell aplasia and candida funisitis during pregnancy. *Placenta*. 2017;57:323. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2017.07.310>
6. Choudry MA, Moffett BK, Laber DA. Pure red-cell aplasia secondary to pregnancy, characterization of a syndrome. *Ann Hematol*. 2007;86(4):233-7. <https://doi.org/10.1007/s00277-006-0211-4>
7. Aggarwal S. Reversible pure red cell aplasia of pregnancy: A therapeutic challenge. *J Obstet Gynecol India*. 2013;63(2):138-9. <https://doi.org/10.1007/s13224-011-0069-9>
8. Chung JW, Suh YJ, Song HJ, Choi JH, Park HS, Cho SR, et al. Pure red cell aplasia and adult-onset Still's disease. *Clin Rheumatol*. 2004;23(4):368-70. <https://doi.org/10.1007/s10067-004-0899-2>
9. Moussa M, Hassan MF. Newly diagnosed adult-onset still's disease with pure red cell aplasia in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290(1):195-8. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3184-x>
10. Ohno Y, Itakura A, Sano M, Mizutani S. Pure red cell aplasia and acute hepatitis during pregnancy. *Gynecol Obstet Investig*. 2002;53:112-3. <https://doi.org/10.1159/000053004>
11. Miller AC, Rashid RM. Three episodes of acquired pure red cell aplasia restricted to pregnancy. *J Perinat Med*. 2008;36(3):270-1. <https://doi.org/10.1515/JPM.2008.041>
12. Makino Y, Nagano M, Tamura K, Kawarabayashi T. Pregnancy complicated with pure red cell aplasia: A case report. *J Perinat Med*. 2003;31(6):530-4. <https://doi.org/10.1515/JPM.2003.082>
13. Edahiro Y, Yasuda H, Ando K, Komatsu N. Self-limiting pregnancy-associated pure red cell aplasia developing in two consecutive pregnancies: Case report and literature review. *Int J Hematol*. 2020;111(4):579-84. <https://doi.org/10.1007/s12185-019-02792-x>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Juan Felipe Herrera Quintana: búsqueda en bases de datos, análisis de información, redacción y revisión final del manuscrito.

Ana Carolina Rojas Figueroa: búsqueda en bases de datos, análisis de información, redacción y revisión final del manuscrito.

Rafael Leonardo Aragón Mendoza: búsqueda en bases de datos, análisis de información, redacción y revisión final del manuscrito.

Roberto Gallo Roa: búsqueda en bases de datos, redacción y revisión final del manuscrito.

Marcos Fidel Castillo Zamora: búsqueda en bases de datos, redacción y revisión final del manuscrito.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18597/rcog.3567>

EMBARAZO POSTERIOR A LIPOABDOMINOPLASTIA DE PLICATURA TRANSVERSA, SIN DISECCIÓN SUPRAUMBILICAL, LIPOSUCCIÓN IRRESTRICTA, NEOUMBILICOPLASTIA Y COLOCACIÓN BAJA DE LA CICATRIZ (TULUA): REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pregnancy after transverse plication lipoabdominoplasty, undermining halted at umbilicus, liposuction without restrictions, umbilicoplasty with a skin graft, and low transverse scar localization (TULUA). Literature review and case report

Francisco Javier Villegas-Alzate, M. D.¹; José Daniel Villegas-Mesa, M. D.²

Recibido: 07 de julio de 2020 / Aceptado: 20 de noviembre de 2020

RESUMEN

Objetivo: reportar el caso de una gestante con antecedente de abdominoplastia con plicatura transversa (transverse plication lipoabdominoplasty, undermining halted at umbilicus, liposuction without restrictions, umbilicoplasty with a skin graft, and low transverse scar localization - TULUA) y revisar la literatura disponible en torno al efecto que

produce la abdominoplastia sobre el embarazo y el impacto de la gestación sobre el resultado estético en una paciente con esta intervención.

Materiales y métodos: se reporta el caso de una mujer de 23 años, en estado de gestación, con antecedente de abdominoplastia ocho meses antes de su embarazo. Se realizó una búsqueda de la literatura en Medline vía PubMed, Cochrane library, SciELO, LILACS, BVS y Google Scholar, sin restricción por tipo de idioma o fecha de publicación. Se incluyeron estudios de cualquier diseño, incluyendo reporte de casos. Se excluyeron capítulos de libro y guías de práctica clínica.

Resultados: la búsqueda identificó 1.158 estudios, de los cuales 13 cumplieron los criterios de inclusión

* Autor de correspondencia: Francisco Villegas A., Carrera 34 # 26-09, of. 504, Edificio Umeva, Tuluá (Colombia). Tel: +57 3155535481. villegastulua@gmail.com

1. Médico, cirujano plástico, Unidad de Cirugía Plástica, Clínica San Francisco, Tuluá (Colombia). Docente de posgrado, Universidad del Valle, Cali (Colombia). ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3883-2713
2. Médico en Internado, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín (Colombia).

y de exclusión, estos fueron series o reportes de caso, para un total de 111 pacientes. No se encontraron reportes de TULUA antes de embarazo. El rango de edad al momento del parto fue de 19 a 37 años y todos los neonatos fueron a término con peso adecuado para la edad gestacional. Once estudios describieron la vía de parto, siete por cesárea y cuatro por vía vaginal; dos estudios reportaron el desarrollo de prolapso cervical uterino, uno de ellos a las 15 semanas de gestación y otro al momento del trabajo de parto; tres pacientes experimentaron deficiente bloqueo nervioso en la pared abdominal durante la cesárea. En lo que respecta a los resultados estéticos después del parto, la literatura es limitada a la hora de describir una posible recidiva de laxitud cutánea o diástasis. No obstante, dos reportes de caso señalaron un resultado estético satisfactorio.

Conclusión: la literatura sobre embarazo posterior a una abdominoplastia es escasa y se limita a reportes de caso. La abdominoplastia podría incrementar la frecuencia de prolapso cervical y de cesárea, sin que se conozca con precisión el impacto de la intervención sobre los resultados perinatales. La reparación de la pared abdominal aparentemente se mantiene. Se requieren más estudios que aborden el resultado perinatal en mujeres con abdominoplastia y el impacto de la gestación sobre los resultados de la intervención.

Palabras clave: abdominoplastia; lipoabdominoplastia; embarazo; parto; cesárea, reporte de caso.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a pregnant woman with a history of transverse plication abdominoplasty (TULUA) and to conduct a review of the available literature on the impact of this intervention on the course of gestation and vice versa.

Materials and methods: Case report of a 23-year-old pregnant woman with a history of TULUA abdominoplasty performed eight months before pregnancy. A literature search was conducted in

Medline, Cochrane Library, SciELO, LILACS, BVS and Google Scholar, with no restriction by language or date of publication. Studies of any design were included, including case reports. Book chapters and clinical practice guidelines were excluded.

Results: Overall, 1,158 studies were identified, of which 13 case reports or case series met the inclusion and exclusion criteria, for a total of 111 patients. No reports of TULUA before pregnancy were found. Age at the time of delivery ranged between 19 and 37 years and all births were at term, with newborns of adequate birth weight. Eleven studies described the route of delivery, including 7 cases of cesarean section and 4 vaginal deliveries. Two studies described the development of cervical prolapse, one at 15 weeks of gestation and the second at the time of labor. Three patients experienced impaired abdominal wall nerve block during the cesarean section. Regarding cosmetic results after delivery, there is a paucity of data about potential relapse in the form of skin laxity or diastasis. However, satisfactory cosmetic results were reported in two cases.

Conclusion: There is a paucity of literature on the topic of pregnancy following abdominoplasty, and it is limited to case reports. The literature suggests that abdominoplasty could increase the frequency of cervical prolapse and cesarean section, although the impact on perinatal outcome is not clear. It appears that abdominal wall repair is maintained. Additional studies focusing on perinatal outcomes in women with abdominoplasty and the impact of gestation on the results of the intervention are required.

Key words: Abdominoplasty; lipoabdominoplasty; pregnancy; delivery; cesarean section; case report.

INTRODUCCIÓN

La abdominoplastia es una cirugía que permite retirar el exceso de piel y grasa del abdomen y corregir la laxitud de la pared abdominal (1). Según el reporte de la International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), en el año 2018 se realiza-

ron en el mundo 888.712 abdominoplastias, de las cuales 23.157 ocurrieron en Colombia (2), lo que convierte a esta intervención en el cuarto procedimiento estético más practicado en mujeres de edad reproductiva (3).

Aunque existen diferentes técnicas acordes con la necesidad de cada paciente, la abdominoplastia “tradicional” consiste en la resección del pániculo abdominal por abajo del ombligo con plicatura de los rectos abdominales en la línea media, para lo cual es necesario hacer un túnel o desprender el colgajo epigástrico, dejando el ombligo adherido a su pedículo, para luego proceder a exteriorizarlo en una nueva posición (1). Como alternativa al abordaje convencional, se ha planteado la abdominoplastia TULUA (transverse plication lipoabdominoplasty, undermining halted at umbilicus, liposuction without restrictions, umbilicoplasty with a skin graft, and low transverse scar localization) (4-6), la cual modifica la técnica convencional al corregir la laxitud de la pared mediante una plicatura transversa en el hipogastrio (4-6), sin que se eleve o desprenda el colgajo epigástrico, acompañada de liposucción sin restricción e implementando amputación umbilical con reconstrucción por neoumbilicoplastia (4-6).

Actualmente, el embarazo podría estar relativamente contraindicado si la paciente ha tenido una abdominoplastia previa (7), debido a que este periodo produce un elongamiento progresivo de la pared abdominal con ensanchamiento de la línea alba y del músculo recto, cuya magnitud se puede determinar clínicamente y cuantificar de manera objetiva por escanografía (7). Este concepto genera dudas sobre la evolución y la estabilidad de la plicatura vertical que acompaña la abdominoplastia convencional (8). Así, los cambios esperados por la gestación podrían impactar el área quirúrgica, favoreciendo la disrupción de la plicatura y la aparición de hernias ventrales (epigástrica, incisional y umbilical) o crurales (9,10), lo que finalmente repercute en el deterioro de la apariencia estética (11,12).

Por otro lado, la plicatura de la pared durante la abdominoplastia incrementa la presión intraabdominal y podría deteriorar la función pulmonar de la gestante (13,14), sin que a la fecha exista información suficiente acerca del efecto de esta intervención sobre el curso de la gestación (13,14). El aumento en la presión intraabdominal y la compresión de la vena cava, podrían comprometer la perfusión uterina afectando el crecimiento fetal, al tiempo que quizás modifican la dinámica del trabajo de parto incrementando el riesgo de cesárea (15,16).

El objetivo de este artículo es reportar el caso de una gestante con antecedente de abdominoplastia TULUA y hacer una revisión de la literatura en torno al efecto que produce esta intervención sobre el embarazo y el impacto de la gestación sobre el resultado estético en una paciente con abdominoplastia previa.

REPORTE DE CASO

Mujer de 23 años que consulta a un centro de atención privado de cirugía plástica para mejorar la apariencia corporal. Reporta flacidez de mamas y abdomen, con historia previa de embarazo y parto vaginal hace cuatro años. A los 18 años, antes de su primera gestación, le habían realizado reafirmación mamaria con implantes de silicona y liposucción del abdomen, tronco y extremidades.

El examen físico documentó peso de 75 kg, altura 1,71 m, con un índice de masa corporal (IMC) de 25,6 kg/m². Ptosis mamaria leve, grado 1 de Regnault (17), y contractura capsular leve a moderada, grado 2 de Spear y Baker (18); la pared abdominal era flácida, sin diástasis patológica, con laxitud y estrías cutáneas de distensión, con acúmulo de grasa en pared abdominal, tronco y extremidades.

De acuerdo con la técnica quirúrgica (4-6,19) se le realizó abdominoplastia tipo TULUA, en la que se resalta la plicatura transversa de 30 x 12 cm en el hipogastrio, en dos planos con sutura no absorbible y la creación de un nuevo ombligo en posición cal-

culada, usando la técnica de neoumbilicoplastia con injerto de piel (20). La paciente fue hospitalizada un día, se retiraron los drenes siete días después y tuvo controles semanales hasta la tercera semana. El procedimiento y el posoperatorio cursaron sin complicaciones y su pérdida de peso fue de 10 kg.

Ocho meses después de la cirugía, la paciente dio inicio a su segunda gestación, no planeada pero aceptada. El primer control prenatal fue a las 7 semanas, con peso de 69 kg e IMC de 23 kg/m², hemoclasificación O factor Rh (Rhesus) positivo, inmunoglobulina G para toxoplasma positiva, cursando con una gestación saludable. A las 33 semanas de embarazo consultó de nuevo al servicio de cirugía plástica, evidenciando para entonces una ganancia de peso de 13 kg, abdomen grávido de apariencia y función normales; neombligo aplanado, discretamente ascendido, pigmentado y ensanchado hasta 2,5 cm. La cicatriz de la abdominoplastia también había ascendido y se encontraba hipertrófica e hiperpigmentada. No se observaron nuevas estrías cutáneas de distensión.

A la semana 39 de gestación inició actividad uterina, logrando parto vaginal eutócico sin complicaciones, fruto de sexo masculino, peso 3.250 g y talla de 50 cm, con adecuada adaptación neonatal. Durante el trabajo de parto, el examen clínico reveló adecuada función de la pared abdominal, sin evidencia de signos sugestivos de diástasis o hernias.

Al sexto mes posparto, el abdomen era de apariencia normal, acorde con su antecedente de abdominoplastia, con ombligo en adecuada localización y con cicatriz transversa a 6,5 cm de la comisura vulvar anterior, con variación de 1,0 cm respecto a la posición reportada antes del embarazo. La distancia de la cicatriz al ombligo fue de 12 cm (elongación de 3,0 cm), la proporción entre esas medidas fue 1,8, discretamente mayor a la ideal de 1,62 (20). Sin evidencia clínica de laxitud de la pared abdominal, diástasis, hernia o eventración, sin exceso de piel significativo y sin estrías cutáneas recientes.

En la tomografía de pared abdominal, la plicatura transversa fue claramente visible, sin evidencia de disrupción, con cambios posquirúrgicos en el tercio inferior de los rectos abdominales, consistentes con espesor de la pared, tres veces mayor respecto al abdomen superior. No presentó abultamientos compensatorios en epigastrio o flancos, la distancia entre los bordes mediales de los rectos abdominales fue de 34 milímetros (mm) a nivel umbilical, con disminución progresiva hasta 24 mm en sentido cefálico. El nuevo ombligo se veía conformado por la unión directa de la piel con la línea alba, sin defecto en la pared. El anillo umbilical antiguo no era visible.

Aspectos éticos. Se solicitó autorización de la paciente para la publicación del caso por medio de consentimiento informado escrito. Se tomaron todas las precauciones para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato de la paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el reporte de caso se implementó la lista de verificación de CARE (*CAsE REport*) (21). Se realizó búsqueda de la literatura médica con base en las siguientes preguntas: ¿qué efectos produce la abdominoplastia sobre el embarazo?, y ¿qué efectos produce el embarazo sobre la pared con abdominoplastia previa? (22).

La búsqueda de información se realizó en Medline vía PubMed, Cochrane library, SciELO, LILACS, biblioteca virtual em saude (BVS) y Google Scholar, utilizando los términos MeSH (Pregnancy OR Pregnant Women OR Delivery Obstetric OR Parturition OR Cesarean section OR Childbirth) AND (Abdominoplasty OR Lipectomy OR Lipoabdominoplasty), junto a sus equivalentes en español y portugués (DeCS), con ligeras variaciones según la base de datos. La búsqueda se amplió a otras fuentes de información implementando para ello la estrategia de “bola de nieve” a partir de los estudios recu-

perados, y se utilizaron las herramientas “estudios similares” y “citado por” (“similar articles”, “cited by”) para identificar otros estudios relevantes.

Criterios de inclusión: se tuvieron en cuenta estudios de cualquier naturaleza, incluyendo reportes de caso, sin restricción por tipo de idioma o fecha. Se excluyeron capítulos de libro y guías de práctica clínica. La población objeto de estudio fueron mujeres con antecedente de abdominoplastia con embarazo posterior al procedimiento. Todos los títulos y resúmenes de los estudios encontrados en la búsqueda fueron tamizados por dos autores quienes, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, definieron aquellos que deberían ser objeto de análisis. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso.

RESULTADOS

Se identificaron 1.158 referencias, todas en inglés. Después de eliminar duplicados y aplicar los criterios de inclusión y de exclusión, se seleccionaron 13 estudios, de los cuales 12 corresponden a reportes de caso (8,11,12,16,23-30) y uno a serie de casos con 99 participantes (15). El rango de edad al momento del parto fue de 19 (29) a 37 años (12), y aunque todos fueron a término, tan solo cinco publicaciones especificaron la edad gestacional al momento del parto con un rango de 37 a 40 semanas (8,23,25,28,29). Todos los estudios reportaron peso adecuado al nacer, pero tan solo tres de ellos precisaron el peso neonatal con un rango de 3.250g (8) a 3.720g (27).

Un estudio informó el caso de una paciente a quien se le realizó la abdominoplastia con embarazo inadvertido al momento del procedimiento; la cirugía se complicó con infección subaguda del sitio operatorio por *mycobacterium* (29). Exceptuando este reporte de caso, el rango desde la realización de la abdominoplastia hasta el inicio de la gestación fue de 2 meses (11) a 13 años (24). Once estudios describieron la vía de parto, siendo siete por cesárea (8,12,24-28) y cuatro por vía vaginal (16,23,29,30). La indicación de la cesárea fue por presentación

podálica en dos casos (26,27); cesárea previa (28); desproporción cefalopélvica (24) prolapso agudo del cuello uterino (25), y finalmente dos cesáreas en las que no se indicó la causa (8,12) (tabla 1).

Dos estudios reportaron el desarrollo de prolapso cervical uterino, uno de ellos se presentó a las 15 semanas de gestación (23), en una paciente de 35 años con abdominoplastia posterior al primer embarazo. La paciente consultó al servicio de urgencias por exposición del cérvix en el introito vaginal, se realizó reducción manual y se prescribió reposo, sin información de recidiva y con parto vaginal a las 40 semanas. El segundo caso de prolapso cervical ocurrió en una mujer de 35 años, también múltipara, con abdominoplastia posterior a su segunda gestación, quien durante el inicio de trabajo de parto a las 39 semanas presentó exposición de cuello uterino y edema cervical pronunciado acompañado de sangrado. No fue factible reducir el prolapso y, debido a la presencia de edema y sangrado, se realizó cesárea (25). Otro caso finalizó con interrupción voluntaria del embarazo tres años después de la abdominoplastia, debido a la incertidumbre sobre las complicaciones que podría generar el antecedente de abdominoplastia en la salud materno-fetal. Después de cinco años de la cirugía esta paciente inició otro embarazo, el cual se desarrolló sin complicaciones aparentes (12).

Tres pacientes experimentaron deficiente bloqueo nervioso en la pared abdominal durante la cesárea, lo cual requirió el refuerzo de la técnica anestésica (24,26,28). El estudio más grande (15) identificó 99 pacientes con abdominoplastia, de una base de datos electrónica, y comparó las características maternas, así como los desenlaces maternos y fetales. La edad media al momento del parto en las pacientes con antecedente de abdominoplastia fue 33 años, con un porcentaje de cesárea del 49,5 %.

Respecto a los resultados estéticos después del parto, la literatura es limitada. No obstante, dos reportes de caso señalaron un resultado estético

Tabla 1
Embarazo después de abdominoplastia, reportes de caso o series de casos (n: 111)
Resumen de revisión de la literatura

Autor/ Año	Edad paciente/ gravidez	Lapso abdominoplastia-embarazo (meses)	Complicación	Vía de parto y edad gestacional	Peso al nacer/medidas antropométricas	Resultado abdomen/tiempo seguimiento (meses)
Menz 1996 (12)	37 años/ G4P3A1	36 meses/ (aborto) 60 meses/ (2º embarazo)	Interrupción voluntaria del embarazo	Cesárea a las 39 semanas (electiva)	ND	ND
Sawyer y Frey 1999 (23)	31 años/ G2P1	ND	Prolapso cervical semana 15	Vaginal a las 40 semanas	3.500 g	ND
Nahas 2002 (8)	25 años/ G2P1	30 meses	Ninguna	Cesárea a las 38 semanas	3.250 g	Normal/ 15 meses
Borman 2002 (11)	34 años/ G3P2	2 meses	Ninguna	ND	ND	Normal/ 12 meses
Wallach 2002 (16)	24 años/ G3P3	9 meses	Ninguna	Parto vaginal. Edad gestacional ND	ND	ND
Joshi y Thomas 2002 (24)	32 años/ G2P1	156 meses	Bloqueo anestésico inadecuado	Cesárea (desproporción céfalo-pélvica). Edad gestacional ND	ND	ND
Chandru 2007 (25)	35 años/ G3P2	ND	Prolapso cervical en trabajo de parto	Cesárea a las 39 semanas	ND	ND
Assas <i>et al.</i> 2011 (26)	32 años/ G1P0	60 meses	Bloqueo anestésico inadecuado	Cesárea (podálico). Edad gestacional ND	ND	ND

Autor/ Año	Edad paciente/ gravidez	Lapso abdominoplastia-embarazo (meses)	Complicación	Vía de parto y edad gestacional	Peso al nacer/medidas antropométricas	Resultado abdomen/tiempo seguimiento (meses)
Nizard <i>et al.</i> 2012* (27)	26 años/ G1C1	120 meses	Ninguna	Cesárea a las 37 semanas (podálico)	3.720 g, talla 50 cm	ND
Darfelt y Aasvang 2014 (28)	32 años/ ND	24 meses	Bloqueo anestésico insuficiente	Cesárea a las 39 semanas (cesárea previa)	ND	ND
Pimentel† 2016 (15)	Promedio años 33,7/2,7	ND	ND	Vaginal-50,5 % Cesárea-49,5 %	ND	ND
Adabi <i>et al.</i> 2017 ‡ (29)	19 años/ ND	0 ‡	Infección abdomen	Vaginal a las 40 semanas	ND	Daño extenso de piel abdomen, cicatrices pigmentadas, ensanchadas. Macro-onfalos (ombligo ensanchado patológicamente).
Mai <i>et al.</i> 2014 (30)	ND	120	Ninguna	Parto vaginal. Edad gestacional ND	ND	Laxitud cutánea (nueva resección de piel) plicatura íntegra.

* Mutación gen receptor de leptina. † n = 99 pacientes. ‡ Embarazo inadvertido al momento del parto; ND: no descrito.

satisfactorio (8,11), uno de ellos documentado con fotografías posoperatorias y con tomografía (TAC), en la que no hubo recidiva de los defectos de la pared abdominal (8). Otros dos estudios reportaron daño extenso de la piel del abdomen (29) y laxitud cutánea con plicatura íntegra (30).

En la literatura revisada no se encontró ninguna alusión a cambios en la posición del ombligo debidos

al embarazo después de abdominoplastia convencional y no se recuperaron estudios relacionados con abdominoplastia TULUA (20).

Aunque la plicatura transversa de la TULUA es sustancialmente diferente a la vertical, existen dudas razonables acerca de los efectos de cualquier tipo de abdominoplastia sobre los resultados maternos y obstétricos como: posible influencia en la vía del

parto, mayor frecuencia de complicaciones, cambios deletéreos en el piso pélvico, efectos sobre la biomecánica postural o efectos perinatales. Estas dudas quedaron sin respuesta después de la revisión de la literatura. De igual manera, quedan sin respuesta las dudas acerca de los efectos del embarazo sobre el resultado de la abdominoplastia, como posibilidad de recidiva de flacidez de pared y cutánea, aparición de nuevas estrías de distensión y, en general, posible deterioro del resultado estético o aparición de morbilidades como hernias, nuevas diastasis o daño de piso pélvico. Se abre así la necesidad de estudios de mayor calidad metodológica que evalúen el efecto que produce la abdominoplastia sobre el embarazo y el impacto de la gestación sobre el resultado estético en una paciente con esta intervención.

CONCLUSIONES

La literatura sobre embarazo posterior a una abdominoplastia es escasa y se limita a reportes de casos. Los estudios disponibles sugieren que la abdominoplastia podría incrementar la frecuencia de prolapso cervical y de cesárea, sin que se conozca con precisión el impacto de la intervención sobre los resultados perinatales. Por otra parte, la reparación de la pared abdominal aparentemente se mantiene. Se requieren más estudios que aborden el resultado perinatal en mujeres con abdominoplastia y el impacto de la gestación sobre los resultados de la intervención.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no recibieron recursos financieros para la realización de este trabajo, tampoco becas, subvenciones, beneficios, ni pagos.

REFERENCIAS

1. Rosenfield LK, Davis CR. Evidence-based abdominoplasty review with body contouring algorithm. *Aesthet Surg J.* 2019;39(6):643-61. <https://doi.org/10.1093/asj/sjz013>
2. International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). Global statistics 2018. Disponible en: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf>
3. American Society of Plastic Surgeons (ASPS). Statistics 2018. Disponible en: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2018/plastic-surgery-statistics-full-report-2018.pdf>
4. Villegas FJ. A novel approach to abdominoplasty: TULUA modifications (transverse plication, no undermining, full liposuction, neoumbilicoplasty, and low transverse abdominal scar). *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38(3):511-20. <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0304-8>
5. Villegas FJ. A paradigm shift for abdominoplasty: Transverse hypogastric plication without supraumbilical dissection, unrestricted liposuction, neoumbilicoplasty, and low placement of the scar (TULUA). En: Di Giuseppe A, Shiffman MA, editores. *Aesthetic Plastic Surgery of the Abdomen.* Springer; 2016. p. 171-93. https://doi.org/10.1007/978-3-319-20004-0_15
6. Villegas F. TULUA lipoabdominoplasty: No supraumbilical elevation combined with transverse infraumbilical plication, video description and experience with 164 patients. *Aesthet Surg J.* 2020:sjaa183. <https://doi.org/10.1093/asj/sjaa183>
7. Janes LE, Fracol ME, Dumanian GA. Appreciation of postpartum changes of the rectus muscles in primary and repeated abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2019;144(2):197e-204e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005862>
8. Nahas FX. Pregnancy after abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2002;26(4):284-6. <https://doi.org/10.1007/s00266-002-1487-y>
9. Oma E, Henriksen NA, Jensen KK. Ventral hernia and pregnancy: A systematic review. *Am J Surg.* 2019;217(1):163-8. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.04.016>
10. Oma E, Jensen KK, Jorgensen LN. Increased risk of ventral hernia recurrence after pregnancy: A nationwide register-based study. *Am J Surg.*

- 2017;214(3):474-8. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.03.044>
11. Borman H. Pregnancy in the early period after abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(1):396-7. <https://doi.org/10.1097/00006534-200201000-00070>
 12. Menz P. Pregnancy after abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(2):377-8. <https://doi.org/10.1097/00006534-199608000-00040>
 13. Kuzmin V, Kuttyrev D, Nudelman S, Golubkov N. Intraabdominal hypertension in aesthetic abdominoplasty: 1AP5-5. *EJA.* 2014;31:18. <https://doi.org/10.1097/00003643-201406001-00049>
 14. Pereira N, Sciaraffia C, Danilla S, Parada F, Asfora C, Moral C. Effects of abdominoplasty on intra-abdominal pressure and pulmonary function. *Aesthet Surg J.* 2016;36(6):697-702. <https://doi.org/10.1093/asj/sjv273>
 15. Pimentel VM, Powell K, Karkowsky CE. Is the cesarean delivery rate higher after abdominoplasty? Obstetrical outcomes in the setting of abdominoplasty [7C]. *Obstet Gynecol.* 2016;127:128S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000483356.94088.2b>
 16. Wallach SG. Pregnancy after abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(7):1805; author reply 1805-6. <https://doi.org/10.1097/00006534-200212000-00037>
 17. Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg.* 1976;3(2):193-203. [https://doi.org/10.1016/S0094-1298\(20\)30220-0](https://doi.org/10.1016/S0094-1298(20)30220-0)
 18. Spear SL, Baker JL, Jr. Classification of capsular contracture after prosthetic breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1995;96(5):1119-23; discussion 1124. <https://doi.org/10.1097/00006534-199510000-00018>
 19. Villegas-Alzate F. TULUA: lipoabdominoplastia de plicatura transversa sin despegamiento supraumbilical. Serie de 176 pacientes. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2020;46(1):7-24. Disponible en: <https://ciplaslatin.com/descargas/item/46-1-tulua-lipoabdominoplastia-de-plicatura-transversa-sin-despegamiento-supraumbilical-serie-de-176-pacientes>
 20. Villegas F. Umbilicus and scar positioning during abdominoplasty: Main determinants of results. En: Murillo WL, Omphaloplasty. *A Surgical Guide of the Umbilicus*, editor. Springer; 2018. p. 41-70. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64313-7_5
 21. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* 2017;89:218-35. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
 22. Siddaway AP, Wood AM, Hedges LV. How to do a systematic review: A best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annu Rev Psychol.* 2019;70:747-70. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102803>
 23. Sawyer D, Frey K. Cervical prolapse during pregnancy. *J Am Board Fam Pract.* 2000;13(3):21-8. <https://doi.org/10.3122/15572625-13-3-216>
 24. Joshi P, Thomas DI. The influence of abdominoplasty surgery on assessment of level of subarachnoid block. *Anaesthesia.* 2002;57(5):515-7. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2002.262624.x>
 25. Chandru S, Srinivasan J, Roberts AD. Acute uterine cervical prolapse in pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2007;27(4):423-4. <https://doi.org/10.1080/01443610701325721>
 26. Assas A, Bryson EO, Frost EA. Deceptive level after intrathecal block for cesarean section in a patient with prior abdominoplasty: A case report. *Middle East J Anaesthesiol.* 2011;21(2):305-8.
 27. Nizard J, Dommergues M, Clément K. Pregnancy in a woman with a leptin-receptor mutation. *N Engl J Med.* 2012;366(11):1064-5. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1200116>
 28. Darfelt IW, Aasvang EK. Insufficient regional anaesthesia in patients with abdominoplasty. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2014;58(8):1044. <https://doi.org/10.1111/aas.12344>
 29. Adabi K, Stern CS, Weichman KE, Garfein ES, Pothula A, Draper L, et al. Population health implications of medical tourism. *Plast Reconstr Surg.* 2017;140(1):66-74. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003459>

30. Mai R, Stavrou D, Ritz M. Abdominoplasty revision with autologous tissue expansion. *Aesth Plast Surg.* 2014;38(2):483. <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0289-3>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Francisco Javier Villegas-Alzate: contribuyó con el concepto y diseño de la investigación; realizó la intervención quirúrgica de abdominoplastia; obtuvo el consentimiento

informado y las fotografías; hizo seguimiento clínico del caso reportado; realizó recolección de la literatura y participó en el análisis e interpretación de resultados de búsqueda; elaboró y realizó evaluación crítica del escrito; aprobó la versión final del manuscrito.

José Daniel Villegas Mesa: contribuyó con el concepto y diseño de la publicación; realizó recolección de la literatura y participó en el análisis e interpretación de resultados de búsqueda; elaboró y realizó evaluación crítica del escrito; aprobó la versión final del manuscrito.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18597/rcog.3527>

ANGIOMIXOMA AGRESIVO DE VAGINA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Aggressive angiomyxoma of the vagina: Case report and review of the literature

*Diana Meliza Hidalgo-Zambrano, M. D.¹; Daniel Felipe Reyes-Vega, M. D.²;
Luis Guillermo Cano-Arias, M. D.³*

Recibido: 17 de abril de 2020/Aceptado: 17 de noviembre de 2020

RESUMEN

Objetivos: presentar el caso de una paciente con diagnóstico de angiomixoma agresivo de vagina, y hacer una revisión de la literatura del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Materiales y métodos: mujer de 46 años de edad, quien consulta por disuria y sensación de masa en vagina. Tras la exploración física y los estudios imagenológicos se observa tumoración en vagina con extensión hacia cavidad pélvica, la cual es extraída por cirugía vaginal. La patología quirúrgica mostró angiomixoma agresivo de vagina. La lesión presentó recurrencia al tercer mes posoperatorio requiriendo una nueva cirugía por vía retrorrectal. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline vía PubMed, LILACS, SciELO y Google Scholar, con los términos: “Angiomixoma”, “Agresivo” y “Vagina”,

incluyendo artículos de revisión, reportes y series de caso en inglés y español publicados desde 1995. Se extrajo información sobre el diagnóstico referente a síntomas, signos, pruebas de inmunohistoquímica e imágenes utilizadas, el tipo de tratamiento –quirúrgico o de otro tipo– y el pronóstico. Se hace descripción narrativa de los hallazgos

Resultados: se identificaron 23 títulos, de los cuales 14 reportes de caso, 2 series de casos clínicos y un artículo de revisión cumplieron los criterios de inclusión. El 65 % de las pacientes tenía entre 30 y 50 años. El diagnóstico se hizo con estudios de inmunohistoquímica en 8 de los casos y se utilizaron imágenes diagnósticas en 12 casos; la tomografía mostró mejor delimitación de las lesiones. El tratamiento quirúrgico se aplicó en todos los reportes y se complementó con terapia hormonal en 4 casos. Se hizo seguimiento a 14 de los 17 casos reportados.

Conclusión: el angiomixoma agresivo de vagina es una entidad poco frecuente. Es necesario evaluar la utilidad de las diferentes pruebas de inmunohistoquímica en los casos identificados como angiomixoma agresivo por histopatología. Se requiere evaluación del tratamiento hormonal como coadyuvante de la cirugía. El pronóstico es bueno.

* Correspondencia: Daniel Felipe Reyes Vega, Carrera 33 No. 18A-08, Barrio El Vergel, Neiva (Colombia). Teléfono: 3174246744, danfereve@hotmail.com

1. Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Surcolombiana, Neiva (Colombia).
2. Médico general, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva (Colombia).
3. Docente del Departamento de Ginecología, Universidad Surcolombiana, Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva (Colombia).

Palabras clave: angiomixoma; vagina; tratamiento; pronóstico.

ABSTRACT

Objectives: To present the case of a patient diagnosed with aggressive angiomixoma of the vagina and to conduct a review of the diagnosis, treatment and prognosis of this disease condition.

Materials and Methods: A 46-year old female patient complaining of dysuria and vaginal mass sensation. Physical exploration and imaging studies revealed a tumor extending into the pelvic cavity. The mass was resected through a vaginal approach and pathology of the surgical specimen showed a aggressive angiomixoma of the vagina. New retrorectar surgery was performed three months after the initial resection because of recurrence. A search was conducted in the Medline via PubMed, Lilacs, Scielo and Google Scholar databases using the terms “Angiomixoma,” “Aggressive” and “Vagina.” The search included review articles, case reports and case series published in English and Spanish since 1995. The information extracted included diagnosis, symptoms, signs, immunohistochemistry and imaging studies used, type of treatment - surgical or other - and prognosis. Findings are described in narrative form.

Results: Overall, 23 titles were identified, of which 14 case reports, 2 clinical case series and 1 review article met the inclusion criteria. Sixty-five per cent of the patients were between 30 and 50 years of age. Diagnosis was made by immunohistochemistry in 8 cases, and diagnostic imaging was used in 12 cases. Computed tomography showed sharper contours of the lesions. Surgical treatment was applied in all reports, supplemented by hormonal therapy in 4 cases. There was follow-up in 14 of the 17 cases reported.

Conclusion: Aggressive angiomixoma of the vagina is rare. Assessment of the role of various immunohistochemical tests is needed in cases identified as aggressive angiomixoma on histopathology.

Evaluation of hormonal treatment as an adjunct to surgery is required. Prognosis is good.

Key words: angiomixoma; vagina; treatment; prognosis.

INTRODUCCIÓN

El angiomixoma agresivo (AA) es un tumor de origen mesenquimatoso mixoide, con marcada tendencia a la infiltración local y un alto porcentaje de recurrencias (1); es descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una “neoplasia de tejidos blandos de diferenciación incierta” (2). Esta entidad aparece principalmente en tejidos blandos profundos (músculos, tendones, grasa, tejido fibroso, vasos y nervios) de la región pélvica, perineal e inguinal en mujeres adultas jóvenes (3), aunque también afecta en menor proporción a varones (relación mujeres/hombres 6,6/1) (1), en hombres se ubica generalmente en la región inguinoescrotal y en el periné (4). Fue descrito por primera vez en 1983 por Steeper y Rosai en nueve pacientes premenopáusicas (5), es una patología infrecuente, con menos de 350 casos reportados en la literatura (3). Se caracteriza por tener un crecimiento lento, localmente infiltrativo, a menudo recurrente, con pocos eventos metastásicos documentados hacia tejido pulmonar (6,7).

El diagnóstico clínico es difícil debido a la presentación de síntomas inespecíficos y la amplia variabilidad en el tamaño tumoral, lo que dificulta también el diagnóstico diferencial (8). El diagnóstico definitivo se obtiene mediante histopatología; a la microscopia se observa una lesión mesenquimatosa hipocelular de células blandas fusiformes y estrelladas, esparcidas en un fondo de estroma mixoide suelto, compuesto por fibrillas de colágeno onduladas. No hay atipia citológica, ni características mitóticas atípicas o actividad mitótica discernible, y tampoco evidencia de necrosis de células tumorales coagulativas. Las células del estroma pueden mostrar inmunorreactividad a diferentes combinaciones de vimentina, desmina, actina de músculo

liso, actina específica de músculo, CD 34 (9,10), y expresar positividad para receptores de estrógeno y progesterona (11). En cuanto a las imágenes diagnósticas, estas no son características. Jayadeban *et al.* (12), en 5 pacientes, reportan estudios de ultrasonido que suelen mostrar una masa hipoecoica de tejido blando o una imagen quística. La tomografía computarizada (TC) muestra una masa homogénea bien definida, hipodensa en relación con el músculo, o una masa sólida hipoatenuante con patrón interno arremolinado con contraste o también una lesión de apariencia predominantemente quística con componentes sólidos. Por último, estos autores indican que las imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN) son precisas para detectar la diseminación del tumor al piso pélvico o hacia las estructuras adyacentes, lo que permite una mejor planificación preoperatoria (12).

El tratamiento de elección consiste en la escisión quirúrgica de bordes amplios (2). Adicionalmente, ha sido documentada la administración de antagonistas de estrógenos y progestágenos cuando el tumor muestra positividad para receptores de estas hormonas (10); también se ha descrito el uso agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) para disminuir el tamaño del tumor (13). El pronóstico es bueno, a pesar del alto índice de recurrencias (14).

La información publicada sobre el AA de vagina es escasa, con poco más de 30 reportes de caso descritos en la literatura para 2012 (15). La baja incidencia del AA de vagina, su presentación clínica inespecífica y su tendencia a las recurrencias plantean un desafío diagnóstico y terapéutico para el ginecólogo. El objetivo de este estudio es describir el caso de una paciente con diagnóstico de AA de vagina y hacer una revisión de la literatura en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 46 años, quien acudió en marzo de 2018 al servicio de Ginecología del Hospital Universitario

de Neiva, institución pública de alta complejidad, de referencia, ubicada en la región sur de país, que atiende pacientes del régimen subsidiado por el Estado y del contributivo de los trabajadores en el Sistema General de Seguridad Social de Colombia. Consultó por presencia de una masa sólida, no dolorosa, en pared vaginal izquierda, de tres años de evolución, que en los últimos siete meses había aumentado de tamaño, lo que generó disuria, dispareunia y sensación de masa. Al ingreso la frecuencia cardiaca era de 73 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto (rpm), con una tensión de 113/68 milímetros de mercurio (mmHg), 58 kg de peso, se encontraba en buenas condiciones generales y no refería molestias adicionales. La paciente refería como antecedentes ginecológicos tres embarazos y tres partos, además de antecedente de histerectomía abdominal total y resección de un quiste ovárico derecho cinco años atrás. Al examen físico, el tacto vaginal reveló una masa que sobresalía en la pared lateral izquierda del tercio medio de la vagina, de forma irregular y consistencia cauchosa, no reductible, poco móvil, de aproximadamente 10 x 12 cm.

Con base en los hallazgos se consideró como primera impresión diagnóstica un tumor vaginal de carácter lipomatoso. Se solicitó una ecografía transvaginal que reportó la presencia de una imagen heterogénea, hipoecoica, de bordes mal definidos de 98 x 63 x 61 mm, con una cápsula de 2 mm que se extendía desde tercio medio de la pared vaginal hacia el anexo izquierdo, con compromiso aparente del psoas. Ante la sospecha de un posible sarcoma del psoas, se realizó una RMN de pelvis contrastada, que reportó una lesión sólida, hiperintensa en las secuencias potenciadas en T2, con realce de manera homogénea y dimensiones de 11 x 11 x 8 cm con componente intra y extra-pélvico (figura 1), cuyas características insinuaban naturaleza mixoide. Dados los rasgos imagenológicos de la lesión, tamaño y localización, se definió la necesidad de manejo quirúrgico.

La paciente fue sometida a cirugía electiva en febrero de 2019, mediante abordaje transvaginal

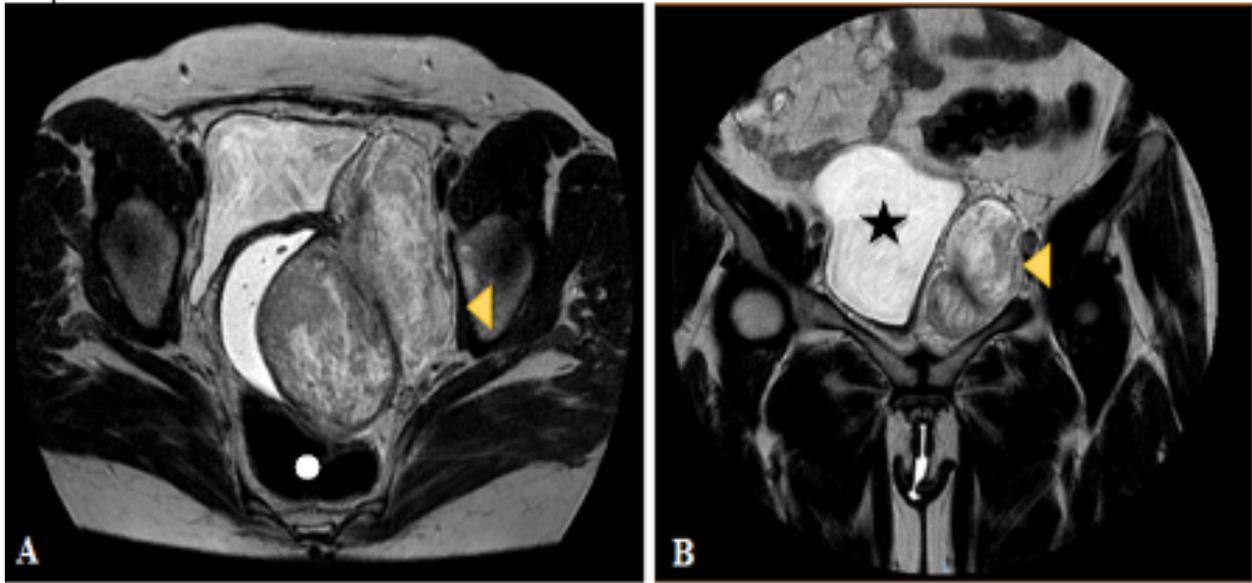


Figura 1. Resonancia Magnética de pelvis contrastada, (A) corte coronal, (B) corte axial. Se aprecia lesión hiperintensa heterogénea con contornos bien definidos de 11 x 11 x 8 cm (flecha naranja) que se extiende desde la grasa pélvica comprimiendo la pared lateral izquierda de la vejiga (estrella) y el recto inferior (círculo blanco). Técnica: RMN potenciada en T2 con eco espín rápido (4721/90, 1,5 Tesla)

fue identificada una masa de consistencia hialina, de 13 x 12 cm de diámetro, poco vascularizada, que protruía por el fondo de saco lateral izquierdo del tercio superior de la vagina hacia cavidad pélvica. Se procedió a la resección amplia de la masa con toma de biopsia por congelación, que reportó un tumor estromal angiomixóide; adicionalmente, se enviaron muestras para análisis histopatológico. La paciente recibió manejo analgésico, antiemético y antibiótico durante dos días; presentó una adecuada recuperación, con alta hospitalaria en el tercer día posoperatorio. Al mes siguiente se realizó una consulta de control en la cual, al tacto vaginal, se encontró herida quirúrgica en buen estado sin dehiscencias o sangrado, ni presencia de masas.

El resultado final de patología reportó: lesión mesenquimal consistente con angiomixoma profundo agresivo; margen quirúrgico: en contacto con la lesión, necrosis: ausente, índice mitótico: 0/10, diferenciación tumoral: 1, grado 3/8. La inmunohistoquímica reportó células fusiformes positivas para receptores de estrógenos y progesterona, con expresión heterogénea para “cluster” de diferenciación (CD) 34,

desmina, actina de músculo liso y H-caldesmon, y negativa para CD31, factor de transcripción Sox10, CDK-4, con índice de proliferación celular de 2 %, medido por proteína KI67. Teniendo en cuenta los resultados de patología se solicitó una cita de control tres meses después.

Durante la revisión al tercer mes posoperatorio, la paciente se encontraba asintomática, con signos vitales dentro de la normalidad. Sin embargo, al tacto vaginal se identificó un área indurada nodular e irregular, en pared vaginal izquierda; una segunda RMN de pelvis reportó una lesión de aspecto mesenquimal, no infiltrativa, hiperintensa en las secuencias potenciadas en T2, de aproximadamente 8 x 8 x 8 cm, que desplazaba la pared vaginal izquierda, el paquete vascular iliaco externo izquierdo, el recto inferior y la vejiga. Ante sospecha de recidiva tumoral se solicitó una ecografía endoscópica ano-rectal y se programó un control por junta oncológica tres meses después. Al sexto mes de la cirugía inicial se llevó a cabo un nuevo control por la junta oncológica de la institución, durante la revisión la paciente solo refirió sensación de masa en canal vaginal. El tacto vaginal fue similar

a los realizados tres meses antes. El reporte de la ecografía endoscópica ano-rectal informó una lesión heterogénea de 6 x 2,5 cm, íntimamente adherida a la pared rectal distal con compromiso del tabique recto-vaginal y del esfínter anal externo en la región lateral derecha. Se consideró paciente con recidiva tumoral confirmada, y se ordenó inicio de tratamiento con análogos de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) durante tres meses.

En marzo de 2020 se llevó a cabo una nueva intervención quirúrgica, se realizó un abordaje por vía retrorrectal, resecano una masa de consistencia hialina de 8 x 6 cm de diámetro ubicada en la pared distal del recto, ampliando el margen quirúrgico de resección sin afectar el esfínter externo. Fue dada de alta 24 horas después, sin complicaciones. A los cuatro meses siguientes la paciente no había presentado nuevas recidivas, continuaba tratamiento con análogos de GnRH y a la espera de su próximo control por oncología con nueva RMN en cuatro meses.

Aspectos éticos. Se solicitó autorización a la paciente para la publicación de las imágenes y los datos clínicos contenidos en el reporte de caso, diligenciando el respectivo consentimiento informado. Durante el proceso se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de la paciente, para proteger sus derechos de privacidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con base en la pregunta: ¿cuál es el diagnóstico, tratamiento y pronóstico para el AA localizado en vagina?, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de Medline vía PubMed, LILACS, SciELO y Google Scholar empleando los términos: “Angiomixoma”, “Agresivo” y “Vagina”. Se incluyeron artículos de revisión bibliográfica, reportes de caso y series de caso en inglés y español, desde enero de 1995 hasta julio de 2020, en mujeres de cualquier edad con AA con localización vaginal y con información del diagnóstico, tratamiento y pronóstico; se excluyeron artículos aún no publicados, estudios en los que no se dispuso del texto completo y estudios que reportaran AA en otra localización.

El proceso de selección se realizó en dos etapas, inicialmente se eligieron los artículos por título y resumen, y se obtuvo el texto completo de aquellos que cumplían los criterios de selección. Posteriormente, se revisó el contenido de los manuscritos para su inclusión definitiva. Las variables evaluadas fueron: diagnóstico en cuanto a síntomas, hallazgos en la inmunohistoquímica e imagenológicos, tratamiento quirúrgico y no quirúrgico, terapia adyuvante y pronóstico: tiempo de seguimiento, técnicas para el seguimiento, presencia de recurrencias, tratamiento de recurrencias, presencia de metástasis. Finalmente, se describieron los hallazgos.

RESULTADOS

Se identificaron inicialmente 23 artículos, de los que finalmente se incluyeron 17 publicaciones que cumplieron con los criterios de inclusión en el texto completo: 14 reportes de caso (15-28), dos series de casos clínicos (29,30), con un único caso de localización vaginal descrito en cada uno, y una revisión de la literatura a partir de casos clínicos (31). En 3 estudios no se consiguió el texto completo (32-34).

Todos los artículos son publicaciones en inglés (15-28), excepto dos, que están escritos en español (18,31). De los 17 casos reportados, dos se presentaron en pacientes entre los 20 y 29 años (19,30), seis casos se presentaron en pacientes entre los 30 y 39 años (18,24,27-29,31), cinco casos en pacientes entre los 40 y 49 (16,17,20,22,23) y cuatro casos en personas mayores de 50 años (15,21,25,26).

Diagnóstico: en cuanto a los síntomas se identificó que seis de los casos reportaron masa dolorosa (16,18,19,23,28,31), en cinco casos se presentaron alteraciones durante la micción (17,19,20,21,25), en tres casos sensación de cuerpo extraño en vagina (17,18,28), dispareunia en dos casos (18,30) y un caso en el que se reportó dificultad para la deambulación (18). El tumor fue inicialmente diagnosticado como otra enfermedad del tracto genitourinario en todos los casos, previo a la confirmación diagnóstica por histopatología (tabla 1).

Tabla 1.
Hallazgos en los reportes de caso de 17 angiomixomas agresivos de vagina,
publicados entre 1995 y 2019

Autor	Edad	Tamaño del tumor al diagnóstico	Diagnóstico inicial	Marcadores de inmunohistoquímica utilizados	Imágenes diagnósticas	Tratamiento	Tiempo a la recurrencia	Total seguimiento
Carta <i>et al.</i> 2012 Italia (15)	50 años	1 cm	Pólipo vaginal	Desmina (+) Vimentina (+) CD34 (+) RES (+) RPG (+)	No	Resección quirúrgica	No	2 años
Lourenço <i>et al.</i> 2013 Portugal (16)	47 años	8 x 7 cm	Quiste vaginal	Actina de músculo liso (+) Desmina (+) Vimentina (+) RES (+) RPG (+)	Resonancia magnética	Resección quirúrgica + Terapia hormonal	5 años	1 año
Chauhan <i>et al.</i> 2010 India (17)	47 años	12 x 6 x 4 cm	Quiste vaginal	No	Tomografía	Resección quirúrgica	No	2 años
Jiménez <i>et al.</i> 2013 México (18)	35 años	25 x 12 x 8 cm	Tumor pélvico Extravesical	Actina de músculo liso (+) Vimentina (+) RES (-) RPG (+)	Ecografía	Resección quirúrgica + Terapia hormonal	N/R	No
Wang <i>et al.</i> 2016 China (19)	25 años	5 x 3 x 3 cm	Leiomioma	No	Ecografía Doppler a color	Resección quirúrgica	2 años	3 años
Erol <i>et al.</i> 2014 Turquía (20)	48 años	N/R	Tumor de vejiga	No	Ecografía y tomografía	Resección quirúrgica	No	2 años y 6 meses
Shahid <i>et al.</i> 2015 Reino Unido (21)	53 años	9 x 3 cm	Quiste vaginal	RES (+) RPG (+)	No	Resección quirúrgica	N/R	No

Autor	Edad	Tamaño del tumor al diagnóstico	Diagnóstico inicial	Marcadores de inmunohistoquímica utilizados	Imágenes diagnósticas	Tratamiento	Tiempo a la recurrencia	Total seguimiento
Stumpf <i>et al.</i> 2016 Brasil (22)	42 años	0,7 x 0,6 x 0,4 cm	Pólipo vaginal	Actina de músculo liso (-) Desmina (+) RES (+) RPG (+) CDK4 (+) CD34 (+)	Resonancia magnética	Resección quirúrgica	No	2 años
Seppings <i>et al.</i> 2017 Reino Unido (23)	46 años	9 x 6 cm	Quiste vaginal	Actina de músculo liso (+) Vimentina (+) Desmina (+) RES (-) RPG (+)	Ecografía y resonancia magnética	Resección quirúrgica + Terapia hormonal	No	3 meses
Cinel <i>et al.</i> 2000 Turquía (24)	38 años	9 x 6 x 2 cm	Quiste vaginal	No	No	Resección quirúrgica	No	3 años
Larouche <i>et al.</i> 2016 Canadá (25)	66 años	12 x 10 x 4,5 cm	Hernia de ovario y ligamento ancho	No	Tomografía y resonancia magnética	Resección quirúrgica	No	3 meses
Amr <i>et al.</i> Arabia Saudita 1995 (26)	50 años	11 x 6,5 x 3 cm	Quiste vaginal	No	Ecografía y tomografía	Resección quirúrgica	No	3 años
Gonzaga <i>et al.</i> Brasil 2005 (27)	32 años	N/R	Rabdomiosarcoma	CD 34 (+)	Tomografía	Resección quirúrgica	3 años	2 años
Manandhar <i>et al.</i> Nepal 2019 (28)	35 años	0,5 x 0,5 cm	Cicatriz de episiotomía	No	Ecografía	Resección quirúrgica	N/R	No
Güngör <i>et al.</i> Turquía 2004 (29)	38 años	10 x 7 x 3 cm	Quiste vaginal	No	No	Resección quirúrgica	1 año	4 años

Continuación Tabla 1

Autor	Edad	Tamaño del tumor al diagnóstico	Diagnóstico inicial	Marcadores de inmunohistoquímica utilizados	Imágenes diagnósticas	Tratamiento	Tiempo a la recurrencia	Total seguimiento
Dahiya <i>et al.</i> India 2011 (30)	27 años	5 x 4 cm	Quiste vaginal	No	No	Resección quirúrgica	No	2 años
Herrera <i>et al.</i> México 2017 (31)	39 años	15 x 10 x 28 cm	Quiste de glándula de Bartholin	RES (+) RPG (+)	Tomografía	Resección Quirúrgica + Terapia hormonal	3 años	3 años

RES: receptores de estrógenos. RPG: receptores de progesterona. N/R: no registrado. CD: cúmulo de diferenciación.

Diagnóstico de histopatología: el diagnóstico se hizo con estudios de inmunohistoquímica en un total de ocho casos (15,16,18,21-23,27,31). En los reportes se evaluaron diferentes marcadores asociados con la enfermedad, entre ellos hubo cuatro casos positivos para desmina (15,16,22,23), cuatro casos positivos para vimentina (15,16,18,23), tres positivos para actina de músculo liso (16,18,23), siete casos positivos para receptores de progesterona (15,16,18,21-23,31) y cinco positivos para receptores de estrógenos (15,16,21,22,31); adicionalmente, el marcador CD 34 fue positivo en tres casos (15,22,27). En nuestra paciente fueron positivos marcadores para receptores de estrógenos y progesterona, CD 34, desmina, actina de músculo liso y H-caldesmon.

Diagnóstico mediante técnicas de imagen: en cuanto a estudios imagenológicos, se solicitó RNM en cuatro casos (16,22,23,25) en los que se encontró un patrón común de lesión heterogénea, con estructura interna arremolinada y márgenes mal definidos, además de un aumento en la intensidad de la señal, con imágenes potenciadas en T2. En cinco eventos se realizó ultrasonido abdomino-pélvico (19,20,23,26,28),

que reportó lesiones hipoecoicas, mal delimitadas, de apariencia quística. En seis casos se ordenó tomografía axial computarizada (TAC) (17,20,25-27,31), las cuales reportaban una tumoración heterogénea, de escaso realce, hipodensa en relación con el músculo, altamente vascularizada, que por lo general producía desplazamiento de estructuras adyacentes y, finalmente, en el caso donde se realizó ecografía Doppler a color (19) se reportó un flujo sanguíneo arterial de baja resistencia en el entramado vascular. En cinco casos no se reportó uso de recursos imagenológicos (15,21,24,29,30).

Estrategias terapéuticas: en todos los casos revisados los pacientes se sometieron a resección quirúrgica local, en cuatro casos se usó terapia hormonal junto con el tratamiento quirúrgico (16,18,23,31). En dos casos (16,27) fueron necesarias resecciones quirúrgicas mayores, incluyendo histerectomía, salpingooforectomía bilateral (16) y exanteración pélvica con linfadenectomía inguinal bilateral (27).

Pronóstico: nuestro análisis encontró 14 casos en los que se realizó seguimiento a las pacientes (15,16,17,19,20,22-27,29-31) y tres en donde no se

realizó o no fue reportado (18,21,28). De los casos que hicieron seguimiento, cinco presentaron recidivas; cuatro aparecieron en los primeros tres años (19,27,29,31) y una ocurrió cinco años después del tratamiento inicial (16). Adicionalmente, se observó un monitoreo durante al menos tres años en seis casos (19,20,24,26,29,31), dos años en cinco casos (17,15,22,27,30) y tres reportes con seguimientos de un año o menos hasta el momento de la publicación (16,23,25). No se presentaron casos fatales o presencia de metástasis en ninguna de las pacientes.

CONCLUSIONES

El AA es una entidad bastante infrecuente, más aún en localización vaginal. Es necesario evaluar la utilidad de las diferentes pruebas de inmunohistoquímica en los casos identificados como AA por histopatología. Se requiere evaluación del tratamiento hormonal como coadyuvante de la cirugía.

FINANCIACIÓN

Este proyecto no contó con fuentes de financiación.

REFERENCIAS

- Chan I, Hon E, Ngai SW, Ng TY, Wong L. Aggressive angiomyxoma in females: Is radical resection the only option? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79:216-220. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2000.079003216.x>
- Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editors. *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone.* Lyon: IARC Press; 2002.
- Sutton BJ, Laudadio J. Aggressive angiomyxoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2012;136(2):217-21. <https://doi.org/10.5858/arpa.2011-0056-RS>
- Iezzoni JC, Fechner RE, Wong LS, Rosai J. Aggressive angiomyxoma in males. A report of four cases. *Am J Clin Pathol.* 1995;104(4):391-6. <https://doi.org/10.1093/ajcp/104.4.391>
- Steeper TA, Rosai J. Aggressive angiomyxoma of the female pelvis and perineum. Report of nine cases of a distinctive type of gynecologic soft-tissue neoplasm. *Am. J. Surg. Pathol.* 1983;7(5):463-75. <https://doi.org/10.1097/0000478-198307000-00009>
- Blandamura S, Cruz J, Faure -Vergara L, Machado-Puerto I, Ninfo V. Aggressive angiomyxoma: A second case of metastasis with patient's death. *Hum Pathol.* 2003;34(10):1072-4. [https://doi.org/10.1053/s0046-8177\(03\)00419-2](https://doi.org/10.1053/s0046-8177(03)00419-2)
- Siassi RM, Papadopoulos T, Matzel KE. Metastasizing aggressive angiomyxoma. *N Engl J Med.* 1999;341(23):1772. <https://doi.org/10.1056/nejm199912023412315>
- Hajjar R, Alharthi M, Richard C, Gougeon F, Loungnarath R. Pelvic aggressive angiomyxoma: Major challenges in diagnosis and treatment. *Cureus.* 2019;11(4):e4419. <https://doi.org/10.7759/cureus.4419>
- Fetsch JF, Laskin WB, Lefkowitz M, Kindblom LG, Meis-Kindblom JM. Aggressive angiomyxoma: A clinicopathologic study of 29 female patients. *Cancer.* 1996;78(1):79-90. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19960701\)78:1<79::AID-CNCR13>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19960701)78:1<79::AID-CNCR13>3.0.CO;2-4)
- Haldar K, Martinek IE, Kehoe S. Aggressive angiomyxoma: A case series and literature review. *Eur J Surg Oncol.* 2010;36(4):335-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2009.11.006>
- Amezcuca CA, Begley SJ, Mata N, Felix JC, Ballard CA. Aggressive angiomyxoma of the female genital tract: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 12 cases. *Int J Gynecol Cancer.* 2005;15(1):140-5. <https://doi.org/10.1111/j.1048-891x.2005.15015.x>
- Jeyadevan NN, Sohaib SAA, Thomas JM, Jeyarajah A, Shepherd JH, Fisher C. Imaging features of aggressive angiomyxoma. *Clin Radiol.* 2003;58(2):157-62. <https://doi.org/10.1053/crad.2002.1127>
- McCluggage WG, Jamieson T, Dobbs SP, Grey A. Aggressive angiomyxoma of the vulva: Dramatic response to gonadotropin-releasing hormone agonist therapy. *Gynecol Oncol.* 2006;100(3):623-5. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.09.033>
- Bai HM, Yang JX, Huang HF, Cao DY, Chen J, Yang N, Lang JH, Shen K. Individualized managing strategies of aggressive angiomyxoma of female genital tract and

- pelvis. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39(10):1101-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2013.06.013>
15. Carta G, Parisse V, Accurti V, Sollima L, Di Stefano L, Alfonso DA, et al. Aggressive angiomyxoma of the vaginal wall at the initial stage: A case report. *Europ J Gynaecol Oncol*. 2012;33(6):669-71.
 16. Lourenço C, Oliveira N, Ramos F, Ferreira I, Oliveira M. Aggressive angiomyxoma of the vagina: A case report. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(12):575-82. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032013001200008>
 17. Chauhan MB, Malhotra V, Dahiya P, Nanda S. Aggressive angiomyxoma of the vagina masquerading as genital prolapse. *J Gynecol Surg*. 2010;26(4): 277-9. <https://doi.org/10.1089/gyn.2009.0044>
 18. Jiménez-Vieyra CR, Quintana-Romero V, Aguilera-Maldonado LV, Solís-Moreno TK. Angiomixoma agresivo de vagina: un tumor poco diagnosticado. *Ginecol Obstet Mex*. 2013;81(7):403-8.
 19. Wang YF, Qian HL, Jin HM. Local recurrent vaginal aggressive angiomyxoma misdiagnosed as cellular angiofibroma: A case report. *Exp Ther Med*. 2016;11(5):1893-5. <https://doi.org/10.3892/etm.2016.3097>
 20. Erol B, Pelit ES, Bektaş S, Şimşek A. Aggressive vaginal angiomyxoma mimicking a bladder mass. *Urol J*. 2014;11(3):1710-3. <https://doi.org/10.22037/uj.v11i3.2069>
 21. Shahid N, Ahluwalia A, Sahasrabudhe N, Davenport A. Aggressive angiomyxoma of the vagina: A rare differential diagnosis of a lateral vaginal wall cyst. *J Obstet Gynaecol*. 2005;25(6):622-3. <https://doi.org/10.1080/01443610500243802>
 22. Stumpf AM, Stival SM, Merlini AB, Mansani FP, Silvestre JBCH, Mongruel IB, et al. Aggressive angiomyxoma of the vagina: A case report. *J Bras Patol Med Lab*. 2016;52(1):35-8. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20160011>
 23. Seppings SC, Samir H, Abdelrahman I. An unusual vaginal lump. *BMJ Case Rep*. 2017;2017:bcr2016218027. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218027>
 24. Cinel L, Taner D, Nabaei M, Dogan M. Aggressive angiomyxoma of the vagina: Report of a distinctive type gynecologic soft tissue neoplasm. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(3):232-3. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2000.079003232.x>
 25. Larouche M, Hague CJ, Masoudi H, Geoffrion R. Aggressive angiomyxoma presenting as massive irreducible vaginal prolapse. *Int Urogynecol J*. 2016;27(12):1933-4. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3112-7>
 26. Amr SS, El-Mallah KO. Aggressive angiomyxoma of the vagina. *Int J Gynecol Obstet*. 1995;48(2):207-10. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(94\)02266-2](https://doi.org/10.1016/0020-7292(94)02266-2)
 27. Gonzaga LF, Freitas CM, Tavares JM. Aggressive vaginal angiomyxoma mimicking urethral tumor. *Int Braz J Urol*. 2005;31(5):475-6. <https://doi.org/10.1590/s1677-55382005000500011>
 28. Manandhar T, Sitaula S, Dixit B, Takur A. Angiomyxoma of the vagina mimicking as episiotomy scar endometriosis. A case report. *European J Biomed Pharm Sci*. 2019;(12):271-3.
 29. Güngör T, Zengeroglu S, Kaleli A, Kuzey G M. Aggressive angiomyxoma of the vulva and vagina. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;112(1):114-6. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(03\)00270-7](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(03)00270-7)
 30. Dahiya K, Jain S, Duhan N, Nanda S, Kundu P. Aggressive angiomyxoma of vulva and vagina: A series of three cases and review of literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;283(5):1145-48. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1575-1>
 31. Herrera-Castro JC, González-Calderón G, Medina-Franco H. Angiomixoma agresivo: reporte de un caso y experiencia global con 168 casos. *Ginecol Obstet Mex*. 2017;85(11):755-62. <https://doi.org/10.24245/gom.v85i11.1504>
 32. Piura B, Shaco-Levy R. Pedunculated aggressive angiomyxoma arising from the vaginal suburethral area: Case report and review of literature. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2005;26(5):568-71.
 33. Zhu H, Wang S. Aggressive angiomyxoma of the vagina. *Chin Med J (Engl)*. 2014;127(5):998.
 34. Papachristou DJ, Batistatou A, Paraskevaidis E, Agnantis NJ. Aggressive angiomyxoma of the vagina: A case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2004;25(4):519-21. PMID: 15285321.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Diana Meliza Hidalgo-Zambrano: elaboración del manuscrito, diseño metodológico, adquisición de la información, revisión del contenido intelectual, elaboración y adquisición del material gráfico.

Daniel Felipe Reyes-Vega: elaboración del manuscrito, diseño metodológico, adquisición de la información, revisión del contenido intelectual, elaboración y adquisición del material gráfico.

Luis Guillermo Cano-Arias: elaboración del manuscrito, diseño metodológico, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



INDICACIONES A LOS AUTORES

1. La *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* (RCOG) es el órgano oficial de difusión de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Su circulación es trimestral, se publica en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre; está amparada por la Resolución 218 de 1950 emanada del Ministerio de Gobierno. La Revista se acoge al acuerdo sobre Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (*The New England Journal of Medicine*, 1997; 336: 309-15) y publica artículos de la especialidad o relacionados con ella, previa aprobación del Comité Editorial, el cual puede sugerir algunas modificaciones de forma o de fondo, con el fin de presentar convenientemente el artículo. Todos los manuscritos enviados a la Revista son sometidos a un proceso de revisión por pares (*peer review process*) y son remitidos para su evaluación a otros especialistas en la materia. Este proceso se realiza de forma anónima y las únicas personas que conocen las identidades, tanto del autor como del revisor, son los editores de la Revista, quien se encarga de enviar la correspondencia entre autores y revisores.
2. Los trabajos deben ser inéditos, es decir, ni el artículo ni parte de él o de su esencia, tablas o figuras pueden haber sido publicados o estar en vías de publicación en otra revista. La publicación posterior o su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del editor y dar crédito a la publicación original en la Revista.
3. Los artículos deben ser enviados a la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vía electrónica mediante el sistema de gestión Open Journal System (OJS), junto con la carta de originalidad, la cesión de derechos de autor con las firmas de todos los autores, el listado de verificación completamente diligenciado acorde con la naturaleza del artículo y la carta de aval del Comité de Ética cuando esto aplique. Los trabajos deben ser inéditos y escritos en fuente Arial 12, a doble espacio y guardando márgenes superior e inferior de 2,5 centímetros, y derecho e izquierdo de 3 centímetros en Microsoft Word®. Para realizar el envío, se debe ingresar al vínculo <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/user/register>, registrarse como autor, cargar los archivos requeridos y diligenciar toda la información solicitada. Solo iniciará proceso editorial el manuscrito que cumple con todos los criterios requeridos y las indicaciones a los autores.
4. Cuando se informe sobre experimentos en humanos es indispensable tener la aprobación del Comité de Ética de la institución en donde se realizó el estudio y estar de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas (la última de ellas, la de la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000, se puede encontrar en http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html). No se deben mencionar los nombres de las pacientes, sus iniciales o número de historia clínica, ni en general datos que permitan en determinadas circunstancias su identificación. Solo se recibirán manuscritos que cumplan con los criterios requeridos en la lista de chequeo y se envíen en los formatos provistos en la página de la revista (<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/formatos>).
5. Se hará una revisión inicial para verificar que el contenido del manuscrito es relevante para el público objetivo, está enfocado en los temas que cubre la Revista, y contiene los criterios de calidad y claridad del reporte sugeridos por la iniciativa EQUATOR para investigaciones originales del tipo ensayo clínico controlado, estudios observacionales, estudios de exactitud de pruebas diagnósticas, revisiones sistemáticas, evaluaciones económicas e investigación cualitativa (<http://www.equator-network.org/>). Ver mayor información en la sección inferior de este documento
6. La FECOLSOG recomienda fuertemente que todos los artículos aprobados para publicación sean traducidos al inglés, esto debido a que la publicación se encuentra actualmente en PubMed, y la traducción a este idioma permite mayor visibilidad y lecturabilidad. De tal forma, ofrece a los autores la subvención del 50 % del costo de la traducción del artículo. El otro 50 % de este costo será asumido por los autores. Quien lleva a cabo la traducción es una empresa experta y es la misma que se encarga de toda la traducción de la publicación.
7. Se utilizará *software* para detección de plagio o doble publicación teniendo como límite máximo de similitud permitido el 30 %. El plagio es el acto de presentar como propia una idea o producto con el contenido derivado de una fuente existente. La oficina editorial verificará todos los manuscritos potencialmente

aceptables para detectar plagio y doble publicación utilizando el programa iThenticate®. Teniendo en cuenta que iThenticate® también verifica si existe autoplagio o redundancia, es aconsejable que los autores presten especial atención en citar correctamente cualquier contenido incluso si este es resultado de sus trabajos publicados con anterioridad. Si los editores de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* descubren el plagio en un artículo enviado, este será rechazado y se procederá en concordancia con los lineamientos sugeridos por el Comité de Ética en publicaciones.

8. En la presentación del trabajo cada componente de este debe iniciarse en una nueva página, de acuerdo con la siguiente secuencia: página titular; resumen y palabras clave; texto principal con la estructura y extensión según se describe para cada tipo de estudio; agradecimientos; bibliografía; tablas y figuras; contribución de los autores. Cada una de las tablas y figuras debe ir en una hoja separada identificada con su correspondiente título y numerada en estricto orden de aparición. El contenido de cada sección se describe a continuación.

8.1 Página titular. Esta página comprende: a) el título del artículo (español e inglés) con extensión no mayor a 100 caracteres (contando letras y espacios); b) nombres y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y de su filiación institucional; c) nombre y dirección física y electrónica (correo electrónico) del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito. En la página titular el(los) autor(es) debe(n) identificar los posibles conflictos de interés y las fuentes de financiación (por ejemplo, becas, donaciones obtenidas de Colciencias, Banco de la República; aportes de la industria farmacéutica o casas de innovación tecnológica), declarando de forma completa y detallada la mayor cantidad de información posible, independientemente de la cantidad o el tipo de apoyo recibido. El nombre de(los) patrocinador(es) debe(n) ser proporcionado junto a una explicación de cualquier rol que el(los) patrocinador(es) haya(n) tenido en el diseño del estudio; recopilación, análisis e interpretación de datos; redacción del informe, o sobre la decisión de someter los resultados a publicación.

El manuscrito debe ser lo más conciso posible, y no se deben utilizar abreviaturas. Si el tema ha sido presentado en alguna reunión o congreso científico deberá indicarse el carácter de la misma, la ciudad y la fecha de exposición.

8.2. Autoría. Tal como se establece en los Requisitos Uniformes, para ser considerado como autor de un trabajo es indispensable haber realizado contribuciones sustanciales a: a) la concepción y el diseño, o la adquisición de los datos e información, o al análisis e interpretación de los datos; b) la planeación del artículo o la revisión de contenido intelectual importante; c)

la aprobación final de la versión que va a ser publicada. Los autores deben cumplir las condiciones a), b) y c) simultáneamente. La “autoría por cortesía” es inaceptable. El aporte de muestras o el reclutamiento de pacientes, por ejemplo, aunque esenciales para la investigación, no constituyen por sí mismos autoría y una mención en los agradecimientos es suficiente para este tipo de contribución. Los autores deben especificar su participación en la elaboración del artículo.

Todo cambio relacionado con la autoría o con respecto a las contribuciones al contenido (adición, supresión o reorganización de los autores), luego de haber sometido a proceso editorial el manuscrito, deberá ser aprobado por escrito por todos los autores (incluido el autor añadido o retirado) y será remitido directamente por el autor de correspondencia quien deberá notificar y explicar a la oficina editorial los argumentos para dicho cambio. La decisión final sobre esta solicitud (aceptación o rechazo) será tomada por el editor de la Revista.

8.3. Resumen y palabras clave. Se debe presentar en formato estructurado que incluye: Objetivos, materiales y métodos, resultados, conclusiones. Debe ser concreto y escrito en un estilo impersonal. A continuación se deben agregar las palabras clave que deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), de BIREME (disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgibin/decserver/decserver.xis&interface_language=e&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start).

A continuación, se debe presentar el resumen y las palabras clave en inglés (abstract and key words) conservando la estructura previamente mencionada (Objectives, Materials and methods, Results, Conclusions). Las palabras clave (key words) deben ser extraídas del Medical Subject Headings (MeSH) del PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>); para ello, los autores pueden utilizar como recurso el vínculo <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand> en donde al copiar y pegar el resumen en inglés (abstract) podrán encontrar los términos de indexación sugeridos por la Librería Nacional de Medicina. En el caso de términos de reciente aparición que todavía no figuren en el DeCS o el MeSH, podrán usarse expresiones en lenguaje libre.

8.4. Texto principal. Debe evitarse el uso de modismos, jerga médica, regionalismos, anglicismos o cualquier variación idiomática que vaya en contra del buen uso del idioma. Los trabajos deben ser inéditos y escritos en fuente Arial 12, a doble espacio y guardando márgenes superior e inferior de 2,5 centímetros y derecho e izquierdo de 3 centímetros en Microsoft Word®.

Las fórmulas y expresiones matemáticas deben estar de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI). No se aconseja el uso de abreviaturas excepto para unidades de medida. En caso de utilizar abreviaturas, siglas o acrónimos, la primera vez que se mencionen en el texto deben ir precedidas por las palabras completas que las originan. Todas las mediciones deben ser expresadas con las unidades de medida del SI, anotando entre paréntesis las unidades de medida convencionales. En el caso de medidas de longitud, talla, peso y volumen debe usarse el sistema métrico (metros, kilogramos o litros) o sus múltiplos de 10. Las temperaturas deben informarse en grados Celsius. Las presiones arteriales deben informarse en milímetros de mercurio (mmHg). Todos los valores de exámenes de hematología o química deben ser informados en el sistema métrico en términos del SI. Las tablas y figuras deben utilizar también las unidades de medida del SI, anotando en las leyendas de las figuras o en las notas de las tablas los factores de conversión a las unidades convencionales. Cuando se trate de experimentos clínicos controlados, estos deben haber sido registrados previamente en fase de protocolo a través del Registro Internacional de Ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (en inglés: International Clinical Trials Registry Platform - ICTRP, disponible en: <http://www.who.int/ictrp/en/>) o en el registro de ensayos clínicos del National Institute of Health de Estados Unidos (Clinical trials.gov, disponible en: <https://clinicaltrials.gov/>). Este registro deberá ser informado como parte del documento final, previo a su publicación. Es también importante añadir en esta sección las consideraciones sobre investigación con animales (si existe o no Comité de Investigación en animales, los cuidados que se tuvieron con estos, etc.).

En el texto principal del documento, cerrando la sección de Materiales y métodos, los autores deben presentar los aspectos éticos referentes a su presentación. Todos los estudios deben seguir los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2013, y los manuscritos deben ser aprobados por la autoridad necesaria antes de la presentación. Todo estudio resultado de una investigación original debe ser revisado y avalado por un comité de ética; los autores deben enviar la carta de aprobación del estudio emitida por el Comité de Ética por vía electrónica mediante el sistema de gestión OJS, junto a los otros requisitos solicitados para completar el envío. Si el autor(es) considera(n) que su estudio está exento de aval por parte de un comité de ética, debe proporcionar una explicación para ello.

El nombre completo del(los) Comité(s) de Ética que aprobó(aron) el estudio debe(n) estar contenido(s) en el manuscrito. Cuando se trate de reporte de caso o series de casos, en lugar de aval por parte de un Comité de

ética, se puede presentar y anexas el consentimiento informado diligenciado por el paciente, en donde autoriza el reporte del (los) caso(s), el uso de fotografías o de cualquier material. Todo artículo deberá proteger el derecho del paciente a su intimidad y se debe garantizar la confidencialidad de la información.

El desarrollo y esquema del texto dependen del tipo de trabajo y sección a la que van a ser destinados. Para mayor detalle, ver la sección de Tipo de manuscritos publicados y consultar la tabla 1 para conocer la extensión del artículo.

8.5. Agradecimientos. Se incluirán contribuciones que necesiten agradecimiento, pero no justifiquen autoría, como el apoyo general dado por el director de un departamento. Otros ejemplos incluyen a consejeros científicos, revisores, recolectores de datos, mecanógrafos, etc.

8.6. Referencias. La Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología sugiere a los autores citar por lo menos dos referencias colombianas o latinoamericanas. Las referencias se identifican con números arábigos entre paréntesis, se enumeran en estricto orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio. El esquema y la puntuación de las referencias, así como las abreviaturas de los títulos de las revistas, deben basarse en las Normas de Vancouver. Los resúmenes no se utilizarán como referencia.

8.7. Tablas y figuras. Las tablas y los cuadros se denominarán tablas, y deben llevar numeración arábiga de acuerdo con su estricto orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior (no se deben añadir explicaciones en el encabezado) procurando ser breve (una oración o dos suele ser suficiente). Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas. En las tablas se debe utilizar el siguiente orden para símbolos que pueden aparecer en las notas al pie de página: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, §, ††, ‡‡

Las fotografías, las gráficas, los dibujos y los esquemas se denominan figuras, se enumeran en estricto orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Si una figura o tabla ha sido previamente publicada se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas debe obtenerse el permiso escrito. El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas. Al momento de cargar el documento las tablas y figuras se deben adjuntar al final del manuscrito. No obstante, también se deben enviar las tablas y figuras como archivos vía electrónica mediante el sistema de gestión OJS, en formato EPS o PDF, o TIFF de mayor resolución. Las tablas y figuras de baja resolución, archivos digitalizados adaptados de diapositivas o descargados de Internet no se reproducirán bien. Los gráficos creados en Microsoft Word,

Tabla 1.
Extensión del Manuscrito

Tipo de Artículo	Extensión máxima del Resumen	Conteo máximo de palabras para el Manuscrito*	Número Máximo de referencias para el manuscrito
<i>Investigación original</i>	250 palabras	5.500 palabras (± 22 páginas)	60
<i>Revisiones sistemáticas</i>	250 palabras	6.250 palabras (± 25 páginas)	80
<i>Reporte de Caso</i>	200 palabras	3.500 palabras (± 16 páginas)	40
<i>Guías y Consensos</i>	250 palabras	6.250 palabras (± 25 páginas)	80
<i>Cartas al editor</i>	No aplica	500 palabras (± 2 páginas)	10
<i>Artículo de educación</i>	200 palabras	4.400 (± 18 páginas)	40
<i>Artículo de reflexión</i>	200 palabras	4.400 (± 18 páginas)	40
<i>Artículo de historia de la medicina</i>	200 palabras	3.500 (± 16 páginas)	40

* La longitud incluye todas las páginas numeradas en un manuscrito (es decir, texto, tablas, cuadros, leyendas de figuras y apéndices). Las páginas deben estar a doble espacio.

† Límite sugerido.

PowerPoint o Excel deben enviarse como archivos .doc o .docx, .xls o .xlsx, o .ppt o .pptx. Es indispensable que el autor envíe los archivos originales en alta resolución o editables. Las tablas y figuras deben utilizar también las unidades de medida del SI, anotando en las leyendas de las figuras o en las notas de las tablas los factores de conversión a las unidades convencionales.

8.8. Contribución de los autores. Los autores deben especificar su participación en la elaboración del documento en términos de concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos; planeación del artículo, revisión de contenido intelectual y la aprobación final de la versión enviada a proceso editorial como garantía de transparencia en la autoría de la publicación.

9. A continuación, se señala el tipo de manuscritos que presenta la RCOG.

9.1. Estudios de Investigación original. Se trata de manuscritos resultado de investigación observacional o experimentos clínicos y consta de las siguientes secciones:

a. *Introducción:* presenta la condición de interés y proporciona una definición clara de la entidad objeto de estudio y de la carga de la enfermedad (incidencia, prevalencia, calidad de vida, impacto para el sistema en términos de costos). También detalla brevemente los aspectos clave relacionados con la intervención

(frecuencia, vía de administración o duración de la terapia) o exposición cuando se trate de estudios observacionales, mencionando la plausibilidad biológica por medio de la cual la intervención o la exposición ejercen su efecto (mecanismo de acción). Esta sección se debe cerrar mencionando la relevancia de la pregunta de investigación y presentando el objetivo principal del estudio relacionándolo con la pregunta de investigación. Es altamente deseable que este aparte señale las controversias o los vacíos de conocimiento que se pretenden resolver con el estudio. La introducción idealmente no debe exceder las 500 palabras (dos páginas).

b. *Materiales y métodos:* describe de forma completa y detallada los elementos y procedimientos implementados, de manera tal que se puedan reproducir los resultados. Esta sección hace alusión al diseño; población objeto de estudio (criterios de inclusión y exclusión); muestreo y tamaño muestral; procedimiento; instrumento utilizado para recolectar la información; definición de variables y tipo de análisis estadístico. En esta sección es imprescindible mencionar las consideraciones éticas de acuerdo con el tipo de la investigación (no solo para los estudios experimentales), el uso del consentimiento informado (en el caso de que este fuera necesario) y la aprobación por el Comité de Ética de la institución o de la universidad donde se realizó el estudio o a la cual están afiliados los investigadores.

Cuando se trate de experimentos clínicos controlados, estos se deben haber registrado previamente en fase de protocolo a través del Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la OMS (en inglés: International Clinical Trials Registry Platform - ICTRP, disponible en: <http://www.who.int/ictcp/en/>) o en el registro de ensayos clínicos del National Institute of Health de Estados Unidos (Clinicaltrials.gov, disponible en: <https://clinicaltrials.gov/>). Este registro deberá ser informado como parte del documento final, previo a su publicación. Es también importante añadir en esta sección las consideraciones sobre investigación con animales (si existe o no Comité de Investigación en animales, los cuidados que se tuvieron con estos, etc.).

c. *Resultados*: proporciona información con respecto a cuántos pacientes fueron potencialmente candidatos, cuántos no cumplieron con los criterios de inclusión o exclusión, para finalmente mencionar el número de participantes que hicieron parte del estudio. Esta sección debe presentar la estadística descriptiva basada en aquellas variables clínicas y sociodemográficas clave. Los resultados deben presentarse de forma clara e inequívoca, y es perentorio que se centren exclusivamente en aquellos que corresponden al(los) objetivo(s) propuesto(s) y a la pregunta de investigación. En el texto se deben presentar en secuencia lógica las tablas y las figuras, sin repetir los datos de las mismas.

d. *Discusión*: breve descripción de los hallazgos más importantes del estudio, para luego contrastar los resultados con la literatura internacional y local, para dar a proveer una posible explicación de las diferencias y similitudes con respecto a los resultados observados. Finaliza con las fortalezas y debilidades del estudio, al igual que menciona las implicaciones de los resultados para la práctica clínica y la investigación.

e. *Conclusiones*: breve resumen de las conclusiones del estudio basadas en los resultados presentados, centradas en el(los) objetivo(s) y la(s) pregunta(s) de investigación.

9.2. Artículo de revisión de la literatura. Las revisiones integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Desde el año 2013 en la RCOG se prioriza la publicación de las revisiones de la literatura que siguen una metodología verificable, repetible y con bajo riesgo de sesgos sobre las revisiones narrativas. Para obtener consejos sobre la preparación de revisiones sistemáticas, consulte: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/m_anual_cochrane_510_web.pdf.

El artículo de revisión debe constar de las siguientes secciones:

a. *Introducción*: debe contener una breve descripción de la condición objetivo de la revisión o del subgrupo de

población que interesa en la revisión, para continuar con la descripción de la exposición que se evalúa y que aplica a la condición que se va a estudiar. Esta exposición podrá ser sobre una tecnología médica, por ejemplo, un medicamento, un procedimiento quirúrgico o una prueba diagnóstica. También podrá ser un factor de riesgo o un factor pronóstico. Se deberá continuar con una breve descripción de la manera como actúa la exposición en evaluación y finalizar con la importancia de la revisión de la literatura presentada para los lectores de la RCOG.

b. *Materiales y métodos*: debe incluir la pregunta que se quiere contestar con la revisión de la literatura (formato PICO), se debe hacer referencia a los criterios para considerar la inclusión de los estudios al interior de la revisión por tipo de diseño epidemiológico (ensayos clínicos en caso de ser intervenciones médicas o quirúrgicas, cohortes o series de casos, revisiones de la literatura o guías de práctica clínica), tipo de participantes, tipo de exposición (intervención, prueba diagnóstica o factores de riesgo pronóstico según interés) y los resultados (primarios y secundarios) que serán evaluados con la revisión de la literatura. Cuando se evalúen intervenciones, al menos uno de los desenlaces primarios debe estar relacionado con posibles efectos adversos. Esta sección debe contener una descripción de la estrategia de búsqueda implementada. Se deben mencionar: las bases de datos o cualquier otra fuente de información en donde se realizó la pesquisa, los términos de búsqueda y los límites implementados (tipo de idioma, fecha de publicación, etc.). Se debe hacer alusión a la metodología utilizada para seleccionar los estudios relevantes, cuántos autores estuvieron a cargo de la selección de los artículos, la extracción de los datos, la evaluación del riesgo de sesgos y el análisis de la información.

Se debe mencionar la forma como fueron resueltas las discrepancias. Los resultados se podrán presentar de manera descriptiva o por agrupamiento de datos por métodos estadísticos o metaanálisis. Esta sección debe contener las medidas de efecto para los datos dicotómicos: Riesgo relativo (RR), Razón de oportunidades (OR) o diferencia de riesgos (DR), y continuos. En el caso del metaanálisis se deberán presentar, además, las gráficas y los cuadros que agrupan la información de los estudios incluidos, la evaluación de la heterogeneidad en los resultados y del sesgo de reporte. Finalmente, se deben hacer las consideraciones necesarias con respecto a la metodología utilizada para sintetizar la información (efectos fijos o aleatorios) al igual que de posibles análisis de subgrupos o de sensibilidad.

c. *Resultados*: se debe mencionar el número de títulos recuperados, aquellos que fueron excluidos y la razón para ello, para luego dar paso a presentar el número de estudios incluidos (los autores deben apoyarse

en la construcción de un flujograma PRISMA). Se deben resumir las características clave de los estudios incluidos (sitio de realización del estudio, población, intervención, comparaciones y desenlaces), de la evaluación de la calidad de los estudios (riesgo de sesgos) y la presentación de los resultados de la revisión ya sea de manera descriptiva o mediante agrupamiento ponderado de datos por medio de tablas o figuras que incluyen la información descrita en la metodología.

d. *Discusión*: debe estar centrada en los principales hallazgos de la literatura. Es necesario mencionar los acuerdos y desacuerdos con otras revisiones, el efecto de la calidad de la evidencia sobre los hallazgos y la aplicabilidad de la evidencia.

e. *Conclusiones*: se debe hacer una referencia de las implicaciones para la práctica y para la investigación.

La estrategia de búsqueda (descrita en detalle) y las tablas con los detalles de los estudios incluidos y excluidos deben cargarse como información complementaria vía electrónica mediante el sistema de gestión OJS. La estrategia de búsqueda debe etiquetarse como Apéndice S1, y cualquier tabla que incluya los estudios incluidos/excluidos debe etiquetarse como Tabla S1. Como regla general, seleccione solo las figuras y tablas clave que se publicarán en papel, con todo lo demás como información complementaria en línea.

Si el Protocolo ha sido publicado, proporcione la cita correspondiente y no cite simplemente el manual Cochrane u otra guía genérica. PROSPERO es el registro internacional en línea para revisiones sistemáticas que tiene como objetivo reducir la duplicación y promover el uso eficiente de los recursos. Recomendamos el registro en PROSPERO para todas las revisiones sistemáticas con el ánimo de mejorar la transparencia y el rigor de la investigación secundaria, pero en la actualidad no es un requisito. Tenga en cuenta que el registro retrospectivo no es posible. Para mayor información consulte: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

9.3. Reporte de caso o serie de casos. La presentación de reportes de caso (de 1 a 5 casos) y de la serie de casos (6 o más casos) en la RCOG tiene como objetivos: i) la difusión de enfermedades que representan un nuevo desafío para la práctica clínica; ii) la generación de una hipótesis de asociación; iii) como un motivo para hacer la revisión de la literatura en un tema en el que hay controversias o poca información; iv) en situaciones de intervenciones terapéuticas, describir una nueva técnica, difundir o revisar una técnica quirúrgica.

A partir de la fecha, la RCOG solo aceptará reportes de caso sin revisión de la literatura bajo circunstancias excepcionales (v. g. descripción de una nueva técnica quirúrgica o de una nueva condición). El reporte de caso que busca hacer una revisión de la literatura deberá tener las siguientes secciones:

a. *Título*: contiene el diseño y el objetivo por el que se presenta el(los) caso(s). Este habitualmente se trata de realizar una revisión de la literatura.

Resumen estructurado con las siguientes secciones: Objetivo de la presentación del(los) caso(s). Materiales y métodos: breve descripción de las características del(los) caso(s) y descripción del escenario clínico en donde se atendieron los casos. Debe mencionar las bases de datos que se consultaron para realizar la revisión de la literatura al igual que los términos implementados. Resultados: presenta el número de estudios recuperados, su diseño y, finalmente, cuántos fueron incluidos en la revisión del tema. Presenta los hallazgos más relevantes de la revisión bibliográfica. Conclusiones: centradas en el caso y en la revisión de la literatura.

El cuerpo del documento debe contener las siguientes secciones: a) *Introducción*: contiene una breve descripción de lo que se conoce acerca de la condición en cuanto a la definición de la entidad que define los casos, frecuencia y diagnóstico, manejo y pronóstico de la misma. Señala los vacíos del conocimiento y las controversias alrededor del tema y la razón por la que resulta importante para el conocimiento médico la presentación del reporte o de la serie de casos. Esta sección cierra mencionando el objetivo del estudio, el cual se centra en reportar el(los) caso(s) y revisar la literatura disponible en torno a un aspecto clínico específico del caso (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc.).

b. *Presentación de los casos*: breve descripción de los hallazgos positivos que permiten la identificación de los casos (motivo de consulta, antecedentes, examen físico o pruebas diagnósticas) y del manejo y la evolución final los mismos. En caso de describir un nuevo procedimiento, este se debe describir minuciosamente para permitir su repetición en otros escenarios. Debe describir las características del sitio donde fue(ron) atendido(s) el(los) caso(s); se sugiere incluir el nivel de complejidad y tipo de población que atiende. Si se desea presentar una nueva entidad debe hacerse con suficiente detalle para que sea reconocida nuevamente por otros autores. En caso de una nueva técnica quirúrgica esta debe ser presentada en detalle para permitir su replicación en otros sitios.

c. *Materiales y métodos*: debe incluir la pregunta que se quiere contestar con la revisión de la literatura; se sugiere a los autores centrarse en solo un aspecto clínico del caso, probablemente aquel más relevante (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc.). Se deben incluir los términos de búsqueda, las bases de datos donde se realizó la búsqueda, el periodo de tiempo que incluye la pesquisa y los idiomas. Debe, además, describir los criterios de inclusión de los estudios, por tipo de diseño, tipo de población incluida o tipo de exposición (intervención).

Se debe mencionar si hay algún criterio de exclusión para los estudios, al tiempo que se sugiere incluir las variables que se desean analizar en aquellos que fueron incluidos; para ello, los autores pueden construir una tabla en donde se presenten aspectos relevantes de cada estudio (incluido en la revisión del tema): autor, sitio y año en que fue hecho el estudio, diseño epidemiológico, tipo de participantes, tipo de exposición evaluada y resultados medidos. La sección de materiales y métodos debe incluir un aparte de aspectos éticos tales como: confidencialidad de la información, protección de los derechos del paciente y consentimiento informado para la publicación.

d. *Resultados*: esta sección debe detallar el número de títulos identificados con la pesquisa, número de estudios incluidos y excluidos (con una razón para la exclusión), el diseño epidemiológico, el sitio donde fue realizado el estudio y las variables que se desean analizar en los estudios incluidos. Finalmente, esta sección presenta los resultados de la búsqueda, en torno al aspecto clínico seleccionado para realizar la revisión de tema.

e. *Conclusiones*: breve resumen de los hallazgos más importante de la revisión de la literatura a la luz de los objetivos de la presentación de(los) casos(s).

Es importante recalcar que cuando el objetivo de la presentación de los casos es hacer una revisión de la literatura no hay sección de Discusión. Cuando se trate de una nueva técnica quirúrgica, la sección de Discusión debe contrastar las posibles ventajas de la nueva técnica con relación a las ya disponibles.

Cuando se trate de reporte de casos o series de casos, que no requieren revisión de la literatura, se recomienda implementar el siguiente formato:

Título: debe contener el diseño y el motivo por el que se presentan los casos.

Resumen: debe ser estructurado y debe incluir las siguientes subsecciones: Objetivo, Materiales y métodos (lugar y tiempo, variables medidas, análisis). Resultados y Conclusiones.

El cuerpo del documento debe contener las siguientes secciones:

Introducción: contiene una breve descripción de lo que se conoce acerca de la condición en términos de su definición, frecuencia y diagnóstico. Adicionalmente, debe mencionar los vacíos del conocimiento y las controversias que hay alrededor del tema, así como la razón por la que es importante la presentación del reporte o de la serie de casos, aspecto que se encuentra en estrecha relación con el objetivo de la presentación.

Presentación del o los casos: breve descripción de los hallazgos positivos que permiten el diagnóstico de

los casos (motivo de consulta, antecedentes, examen físico y pruebas diagnósticas), del manejo y la evolución final de los mismos. En caso de describir un nuevo procedimiento, se debe detallar minuciosamente para permitir su repetición en otros escenarios.

Materiales y métodos: debe contener los criterios de inclusión y exclusión de los sujetos, las características del sitio donde fueron atendidos (nivel de complejidad y tipo de población que atiende), el procedimiento para recopilar la información, las variables que se midieron y el análisis de los datos.

Resultados (solo para la serie de casos): describe las características de la población incluida y las exposiciones que son relevantes para los casos.

Discusión: esta sección solo aplica cuando el objetivo de la presentación de los casos es la descripción de una nueva entidad o una nueva técnica quirúrgica, o la generación de una hipótesis de asociación. Se busca contrastar los hallazgos de los casos presentados con lo descrito en la literatura respecto a entidades similares, otras técnicas quirúrgicas o elementos por considerar como factores que soportan la asociación (dosis respuesta, plausibilidad biológica, etc.).

9.4. Artículo de reflexión. Se trata de un artículo en el cual el autor presenta una perspectiva analítica, interpretativa o crítica sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Se caracteriza por tener al menos un objetivo que surge a partir de unos supuestos o controversias no resueltas. Tiene una tesis por sustentar (no una hipótesis por rechazar o verificar) con base en unas teorías que fundamentan el planteamiento de la misma y los hechos que permiten la comprobación de la tesis, finalizando con las conclusiones del manuscrito. Este tipo de artículos suele carecer de las secciones Metodología y Discusión.

9.5. Educación médica. Tiene un objetivo educativo claro y busca contribuir a la formación integral del médico. Este tipo de artículo debe tener una sección de introducción en donde se resalta la importancia del tema para los lectores de la revista, para luego presentar a manera de objetivo los conceptos o las competencias que se pretenden brindar a través del desarrollo del contenido. A continuación, el artículo presenta como eje central los hechos que soportan los conceptos clave, que deben ser objeto de apropiación por parte del lector, finalizando con una breve conclusión acerca de la importancia de los conceptos presentados. Este tipo de artículos puede o no utilizar un caso hipotético como escenario de fondo para el ejercicio instruccional.

9.6. Historia de la medicina. Aspectos históricos de cualquier área de la medicina.

9.7. Cartas al editor. Comentarios breves sobre algún trabajo publicado en la Revista, o relatos de interés general para el área de la salud.

10. Normas para la referenciación de los estudios publicados en la RCOG.

Artículo estándar de revista

Liste los seis primeros autores seguidos por et al.

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun1;124(11):980-3.

Como una opción, si una revista utiliza un formato de paginación continuo a lo largo de cada volumen (tal como lo hacen muchas revistas), el mes y el número pueden omitirse.

(Nota: por razones de uniformidad, esta opción se usa en los ejemplos de los requisitos uniformes. La National Library of Medicine - NLM no usa esa opción).

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996;124:980-3.
 - *Más de seis autores:* Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12.
 - *Una organización como autor:* The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust.* 1996;164:282-4.
 - *Sin autor:* Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J.* 1994;84:15.
 - *Artículo no en inglés:* (Nota: la NLM traduce el título al inglés, encierra la traducción entre paréntesis cuadrados, y añade una abreviación para designar el idioma original.)
 - Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infra-patellar seneruptur hostidligere frisk kvinne. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1996;116:41-2.
 - *Volumen con suplemento:* Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect.* 1994;102 Suppl 1:275-82.
 - *Número con suplemento:* Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol.* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.
 - *Volumen con parte.* Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem.* 1995;32(Pte 3):303-6.
 - *Número con parte:* Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *N Z Med J.* 1994;107(986 Pte 1):377-8.
 - *Número sin volumen:* Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop.* 1995;(320):110-4.
 - *Sin número ni volumen:* Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg.* 1993:325-33.
 - *Paginación con numerales romanos.* Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am.* 1995 Apr;9(2):xi-xii.
 - *Tipo de artículo indicado de acuerdo con la necesidad:* Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet.* 1996;347:1337.
- Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int.* 1992;42:1285.
- *Artículo en el que se retracta:* Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in EL mice [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: *Nat Genet.* 1994;6:426-31]. *Nat Genet* 1995;11:104.
 - *Artículo retractado:* Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retractado en *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1994;35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1994;35:1083-8.
 - *Artículo con errata publicada.* Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [errata publicada aparece en *West J Med.* 1995;162:278]. *West J Med* 1995;162:28-31.

Libros y otras monografías

- *Autor(es) personales:* Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- *Editor(es), compilador(es) como autor:* Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- *Organización como autor y casa editorial:* Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
- *Capítulo en un libro:* Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
- *Memorias de conferencia:* Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
- *Artículo en conferencia:* Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics;

1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

- *Informe científico o técnico*: Publicado por una agencia financiadora/patrocinadora: Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860. Publicado por (la agencia que lo hizo): Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: Work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.
- *Disertación*: Kaplan SJ. Post-hospital home health care: The elderly's access and utilization [disertación]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.
- *Patente*: Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Otro material publicado

- *Artículo en periódico*: Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: Study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Secc. A:3 (col. 5).
- *Material audiovisual*: HIV+/AIDS: the facts and the future [videocasete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- *Material legal*: Ley pública: Preventive Health Amendments of 1993, Pub. L. No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993). Norma no decretada: Medical Records Confidentiality Act of 1995, S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).
- *Código de Regulaciones Federales*: Informed Consent, 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995). Audiencia: Increased Drug Abuse: The Impact on the Nation's Emergency Rooms: Hearings Before the Subcomm. on Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. on Government Operations, 103rd Cong., 1st Sess. (May 26, 1993).
- *Mapa*: North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources, Div. of Epidemiology; 1991.
- *Libro de la Biblia*: The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.
- *Diccionario y referencias similares*: Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.
- *Material clásico*: The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973.

Material no publicado

- *En prensa*: (Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa, 1996. Nota: La NLM prefiere "próximo" porque no todos serán publicados.

Material electrónico

- *Artículo de revista en formato electrónico*: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial en línea]. 1995 Jan-Mar [visitado 1996 Jun 5];1(1):[24 pantallas]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
- *Monografía en formato electrónico*: CDI, clinical dermatology illustrated [monografía en CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.
- *Archivo de computadora*: Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [programa de computador]. Versión 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

11. Términos legales. La responsabilidad de los conceptos que se publiquen es íntegramente del autor y la RCOG no asume ninguna por ellos.
12. Los autores renuncian al control y a los derechos de publicación de sus manuscritos, cediéndole a la RCOG sus derechos, incluyendo la publicación en internet y en medios magnéticos.
13. Todos los textos incluidos en la RCOG están protegidos por derechos de autor. Conforme a la ley, está prohibida su reproducción por cualquier medio, mecánico o electrónico, sin permiso escrito del editor. A fin de solicitar permiso para la reproducción parcial o total de las publicaciones de la RCOG, se debe dirigir una comunicación escrita a la Revista, a la siguiente dirección: Carrera 15 No. 98-42 Of. 204-205 en Bogotá, telefax 601-66-22 / 601-88-01 / 601-88-33 o al correo electrónico rcog@fecolsog.org y fecolsog@fecolsog.org
14. Para citas de referencias la abreviatura de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología es: Rev Colomb Obstet Ginecol. Información adicional en <http://www.fecolsog.org/> o vía correo electrónico: rcog@fecolsog.org. Además de la hoja de identificación del trabajo y de los autores, y de las secciones descritas, el manuscrito debe ir acompañado de los siguientes documentos:
 - a. Declaración de que el estudio no ha sido publicado en su totalidad en otra parte de alguna otra revista.
 - b. Una declaración sobre los posibles conflictos de interés (financieros o de cualquier otro tipo).
 - c. Una declaración de que el trabajo, tal como es presentado (y eso incluye el orden de los autores), ha sido leído y aprobado por todos sus autores.

- d. Copias de los permisos (si aplica) para reproducir material presentado por otros previamente; de los permisos de los pacientes para publicar sus fotografías; de los permisos para nombrar a personas por sus contribuciones.

Declaración de cumplimiento de estándares de publicación

La publicación responsable de los estudios de investigación, que incluye el reporte completo, transparente, responsable, preciso y oportuno de lo que se realizó y encontró durante la investigación, es una parte integral de las buenas prácticas de investigación y publicación, y no un elemento opcional extra.

La RCOG apoya las iniciativas dirigidas a mejorar los reportes de la investigación en salud. Solicita a los autores que usen las siguientes guías cuando elaboren sus manuscritos:

- Ensayo clínico controlado:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>
- Estudios observacionales:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma>
- Estudios de validez diagnóstica:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>
- Reportes de caso:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>
- Análisis estadístico:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sampl/> / <http://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/07/SAMPL-Guidelines-6-27-13.pdf>
- Reportes de investigación cualitativa:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Coreq/> / <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349/T1.expansion.html>
- Síntesis de investigación cualitativa:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Entreq/><http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/181/table/T1>
- Guías de mejoramiento de cuidado de la salud:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Squire>
- Reportes de evaluación económica:
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Cheers>

Es necesario adjuntar una carta al momento de someter a publicación el artículo confirmando la adherencia a la respectiva guía y adjuntando completamente diligenciada la lista de chequeo, si está disponible, para el tipo de estudio realizado, indicando el número de página del manuscrito donde se encuentra la información solicitada. Se debe responder a todos ítems de la guía y proveer una breve explicación en aquellos no contestados para permitir un registro transparente del estudio.

La adherencia a las guías recomendadas de publicación facilitará la revisión del manuscrito, incrementará la probabilidad de su publicación y mejorará la utilidad de los hallazgos de investigación para investigaciones futuras y la práctica clínica.

Declaración de transparencia

El autor principal o garante afirma que este manuscrito es un registro honesto, preciso y transparente del estudio reportado, que no se han omitido aspectos importantes de este y se han explicado y registrado todas las discrepancias o divergencias del estudio originalmente planeado.

Proceso de evaluación

Una vez recibido el manuscrito original, de acuerdo con los requisitos exigidos por la Revista, se envía para revisión por pares en los siguientes ocho días. Los trabajos son evaluados en forma anónima.

Los pares son escogidos con base en el liderazgo que tienen en la práctica o el ejercicio del tema en cuestión, determinado por el número de publicaciones en el campo pertinente o el entrenamiento previo a nivel local o internacional en el campo de la investigación a nivel de especialización, subespecialización, maestría o doctorado (dos revisores). Cuando lo amerita, un tercer revisor evalúa el manuscrito en aspectos específicos tales como: estadística, medición, investigación cualitativa, etc.

Los revisores se comprometen a:

1. Respetar la confidencialidad de la revisión por pares y no revelar detalles de un manuscrito o de su revisión durante y después del proceso de revisión y edición por parte de la Revista.
2. Declarar todos los posibles conflictos de intereses, buscando el asesoramiento de la Revista si no están seguros de si algo constituye un conflicto potencial.
3. Informar a la Revista la presencia o sospecha de conductas cuestionables:
 - a. Sospecha de publicación redundante.
 - b. Sospecha de plagio.
 - c. Sospecha de datos inventados.
 - d. Sospecha de un conflicto de interés no declarado.
 - e. Sospecha de un problema ético.

La revista cuenta con un *software* para la detección de plagio en el material recibido. Los revisores tienen quince días hábiles para evaluar el manuscrito mediante un formato de evaluación que considera el artículo:

- Aceptado sin cambios.
- Aceptado con cambios.
- Aceptable con modificaciones mayores.
- No aceptado.

Una vez recibidas, las evaluaciones se envían nuevamente al autor a quien se le solicita que envíe las correcciones, si las considera pertinentes, en los siguientes quince días hábiles, para proceder a las pruebas previas a la publicación. No se regresarán los trabajos.



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS PARA PUBLICACIÓN

Por favor, antes de enviar el manuscrito verifique que cumple con cada uno de los requisitos que se indican a continuación. El envío debe incluir la presente lista debidamente diligenciada.

1. Autores

Carta de originalidad que contiene:

- Constancia de que el manuscrito no ha sido publicado y que no será sometido a evaluación en otra revista, hasta que el Comité Editorial tome una decisión.
- Constancia de que el manuscrito es un registro honesto, preciso y transparente del estudio reportado, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que se han explicado y registrado todas las discrepancias o divergencias del estudio originalmente planeado.
- Declaración completa y detallada sobre los posibles conflictos de interés y fuentes de financiación. Se debe incluir el nombre del patrocinador(es) junto a la explicación de cualquier rol en el diseño, recopilación, análisis o interpretación de los datos; la redacción del informe o sobre la decisión de someter los resultados a publicación.
- Nombre y firma original de cada autor. No se aceptan firmas digitales.
- Datos completos del autor de correspondencia: dirección, teléfono, fax y correo electrónico, para facilitar la comunicación.
- El envío también incluye el documento “Cesión de derechos de autor”, con las firmas originales de todos los autores. No se aceptan firmas digitales.
- Descripción detallada de la contribución de cada uno de los autores.

2. Presentación del documento

- El texto debe ser enviado en Microsoft Word, a doble espacio, en fuente Arial 12, con márgenes superior e inferior de 2,5 centímetros y derecho e izquierdo de 3 centímetros.
- El artículo no debe exceder las 5.500 palabras cuando se trate de investigación original; 6.250 palabras para revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica o consensos; 4.400 palabras para artículos de reflexión o educación; 3.500 palabras para reportes de caso o artículos de historia de la medicina; 500 palabras para cartas al editor.

3. Página titular

- Contiene el título del artículo (en español e inglés, o portugués si aplica) con extensión no mayor a 100 caracteres.
- Nombres y apellidos de cada autor, grados académicos más importantes y filiación institucional.
- Nombre, dirección física y electrónica del autor de correspondencia.
- Declaración sobre los posibles conflictos de interés y fuentes de financiación del estudio.

4. Resumen

- El resumen debe venir en español, inglés y portugués (si es el caso), en formato estructurado que incluye: Objetivos, Materiales y métodos, Resultados y Conclusiones. Debe ser concreto y escrito en un estilo impersonal.
- El resumen no debe exceder las 250 palabras cuando se trate de investigación original, revisiones sistemáticas, guías o consensos; 200 palabras para reportes de caso, artículos de reflexión, educación o historia de la medicina.
- Debe incluir las palabras clave en español, que estén indexadas en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Consultar en: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>
- Debe incluir las *key words* indexadas en *Medical Subject Headings* (MeSH) del PubMed. Consultar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Como alternativa, los autores pueden utilizar el vínculo <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>, en donde al copiar y pegar el resumen en inglés podrán encontrar los términos de indexación sugeridos por la Librería Nacional de Medicina.

5. Cuerpo del artículo

- En las investigaciones originales deben ir los siguientes subtítulos: 1. Introducción; 2. Materiales y métodos (que contiene Diseño, Población, Muestreo y tamaño muestral, Procedimiento, Variables por medir, Análisis estadístico y Aspectos éticos); 3. Resultados; 4. Discusión; 5. Conclusiones; 6. Agradecimientos; 7. Referencias; 8. Tablas y figuras; 9. Contribución de los autores.

- Las revisiones sistemáticas deben seguir el siguiente formato: 1. Introducción; 2. Materiales y métodos (que contiene bases de datos en donde se realizó la pesquisa, términos de búsqueda, fecha e idiomas para la búsqueda, metodología para selección, evaluación de riesgo de sesgos y síntesis de los artículos; 3. Resultados; 4. Discusión; 5. Conclusiones; 6. Agradecimientos; 7. Referencias; 8. Tablas y figuras; 9. Contribución de los autores.
- El reporte de caso deberá tener las siguientes secciones: 1. Introducción; 2. Presentación del caso; 3. Materiales y métodos (debe incluir la pregunta que se quiere contestar con la revisión de la literatura, términos de búsqueda, bases de datos, idioma y periodo de tiempo); 4. Aspectos éticos; 5. Resultados donde se presentan y describen los estudios recuperados con la pesquisa; 6. Conclusiones.

La *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* solo aceptará reportes de caso sin revisión de la literatura bajo circunstancias excepcionales (v. g. descripción de una nueva técnica quirúrgica o de una nueva condición). En estas circunstancias el reporte de caso debe tener las siguientes secciones: 1. Introducción; 2. Presentación del caso; 3. Materiales y métodos; 4. Aspectos éticos; 5. Resultados; 6. Discusión.

6. Declaración de transparencia

- Para estudios resultado de una investigación original, el autor debe anexar, vía Open Journal System (OJS), la carta de aprobación por parte del comité de ética como parte de los requisitos solicitados para completar el envío. Si el autor(es) considera que su estudio está exento de aval por parte de un comité de ética, debe proporcionar una explicación satisfactoria para ello.
- Si se trata de un reporte de caso o series de casos, en lugar del aval por parte de un comité de ética se puede anexar el consentimiento informado diligenciado por el paciente, en donde autoriza el reporte del (los) caso(s) y el uso de cualquier material.

7. Declaración de cumplimiento de estándares de publicación

Al momento de someter a publicación el artículo, es necesario confirmar la adherencia a una de las siguientes guías y adjuntar completamente diligenciada la lista de chequeo respectiva. No olvide indicar el número de página en donde se encuentra la información solicitada. Se debe responder a todos los ítems de la guía o proveer una explicación en aquellos no contestados.

Por favor verifique que su manuscrito sigue una de las siguientes guías:

- Estudios observacionales: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

- Revisiones sistemáticas y metaanálisis: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma>
- Estudios de validez diagnóstica: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>
- Reportes de caso: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>
- Análisis estadístico: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sampl/> / <http://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/07/SAMPL-Guidelines-6-27-13.pdf>
- Reportes de investigación cualitativa: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Coreq/> / <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>
- Síntesis de investigación cualitativa: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Entreq/> / <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/12/181/table/T1>
- Guías de mejoramiento de cuidado de la salud: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Squire>
- Reportes de evaluación económica: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/Cheers>

La adherencia a las guías de publicación recomendadas facilitará la revisión del manuscrito, incrementará la probabilidad de su publicación y mejorará la utilidad de los hallazgos de investigación para investigaciones futuras y la práctica clínica.

8. Tablas y figuras

- Las tablas y figuras se identifican con números arábigos en estricto orden de aparición y cada una se incluye en hojas separadas.
- El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior.
- En las tablas se utiliza el siguiente orden para los símbolos que pueden aparecer en las notas al pie de página *, †, ‡, §, ||, ¶, **, §, ††, ‡‡
- Si una figura o tabla ha sido previamente publicada se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, debe obtenerse el permiso escrito.
- Al momento de cargar el documento, las tablas y figuras se deben enviar adjuntas al final del manuscrito. No obstante, también se deben enviar como archivos vía electrónica mediante el sistema de gestión OJS, en formato PNG, EPS, PDF o TIFF.
- Los gráficos creados en Microsoft Word, PowerPoint o Excel deben enviarse como archivos .doc o .docx, .xls o .xlsx, o .ppt o .pptx.
- Las tablas y figuras deben utilizar las unidades de medida del Sistema Internacional de Unidades, anotando en las leyendas de las figuras y tablas los factores de conversión.

9. Referencias

- Los autores deben citar por lo menos dos referencias colombianas o latinoamericanas.
- Las citas se deben numerar secuencialmente según orden de aparición en el texto.
- Deben basarse en los formatos utilizados por el PubMed, tal como aparecen en las indicaciones a los autores de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*

(RCOG), al final de cada número, o consultar en la siguiente dirección: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/libraryFiles/downloadPublic/14>

10. Abreviaturas, siglas o acrónimos

- En caso de utilizar abreviaturas, siglas o acrónimos, la primera vez que se mencionan en el texto deben ir precedidas por las palabras completas que las originan.