

**SOCIEDAD
DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGIA
DE VENEZUELA**

Apartado 20081
(San Martín)
Caracas - Venezuela
Tel: (+58-212) 451.59.55
Fax: (+58-212) 451.08.95
E mail: sogvzla@cantv.net
www.sogvzla.org

**Junta Directiva
2001-2003**

*Presidenta
Dra. Leonor Zapata*

*Vicepresidente
Dr. Rafael Molina Vélchez*

*Secretario
Dr. Enrique Abache*

*Tesorero
Dr. Carlos Brik*

*Bibliotecaria
Dra. Fanny Fleitas*

Suplentes

*Dr. Juan Yabur
Dra. Bethsy Alvarado
Dr. Rubén Regardiz
Dra. Dolores Monsalve
Dr. Alfonso Arias*

**Revista de Obstetricia y
Ginecología de Venezuela
(Órgano oficial de la SOGV)**

*Directora-Editora
Dra. Jacqueline Saulny de Jorges*

*Secretarios de Redacción y
Coeditores*

*Dr. Alí Jorges Rodríguez
Dr. Rafael A. Molina Vélchez
Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio
Dr. Otto Rodríguez Armas
Dra. Judith Toro Merlo
Dra. Ofelia Uzcátegui*

*Director-Editor Emérito
Dr. Oscar Agüero*

Administración y Diagramación
ATEPROCA
Telf. (+58-212) 793.5103
Fax: (+58-212) 781.1737
www.ateproca.com
E mail: ateproca@cantv.net

REVISTA DE

**Obstetricia y
Ginecología**

DE VENEZUELA

Volumen 61

Nº 2

2001

S U M A R I O

EDITORIAL

Angiopatía de la gestación (El Quijote y la preeclampsia)
Drs. Rafael Molina Vélchez, José Luis Herrera L. 73

TRABAJOS ORIGINALES

Síndrome HELLP en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Drs. José Ramón López-Gómez, Marianela Rivas G, Belkis Colmenares E, Samuel Alvarado, Daicy Silva G, Domenico Capretta. 77

Cordocentesis. Drs. Iván Paravisini, Freddy González Arias, Elizabeth Rodríguez, Jasmín Morales. 83

Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. Drs. Pedro Faneite A, Mirna Starnieri. 89

La superficie de separación placentaria. Dr. Olivar C Castejón S. 95

Lesión intraepitelial cervical asociada a virus papiloma humano.
Dras. María Scuceces, Ana Panecasio. 101

CASOS CLÍNICOS

Derivación ventrículo-peritoneal y embarazo. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. Drs. Gidder Benítez, Paúl Tejada, José Moros, Fabio Rumbao, María Da Silva, Nora Medina 109

Hematocervix en paciente posmenopáusica con antecedente de electrocoagulación. Caso clínico.
Drs. Odessa Martínez Matheus, Rafael Molina Vélchez, Hernán Vásquez, José Trinidad Martínez. 113

NOTAS PARA LA HISTORIA DE LA SOGV

XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.

Informe de la Secretaria. Dra. Leonor Zapata. 117

Palabras de bienvenida. Dr. Carlos Briceño. 119

Discurso de apertura. Dr. Luzardo Canache. 121

Semblanza del Dr. Gerardo Fernández. Dr. Carlos Briceño Pérez. 123

Asamblea Ordinaria de FUNDASOG y SOGV 125

Informe de la Secretaria Directiva 1998-2001. Dra. Leonor Zapata. 127

Informe de la Bibliotecaria. Dra. Judith Toro Merlo. 134

Discurso de la toma de posesión de la Junta Directiva de la SOGV.
Dra. Leonor Zapata. 140

Discurso del Día del Médico en la MCP. Dra Giannina Sue 142

CONGRESOS 76,82

NORMAS DE PUBLICACIÓN EN LA Rev Obstet Ginecol Venez III

Normas de publicación en la Rev Obstet Ginecol Venez

Los trabajos deben ser enviados (original y una copia) a la Dra. Jacqueline Saulny de Jorges, Directora-Editora de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (ROGV), Apartado Postal 20 081, San Martín, Caracas, Venezuela. Estos deben ser inéditos y para ser publicados únicamente en la ROGV y pasan a ser propiedad intelectual de la misma.

El Comité Editorial se reserva el derecho de aceptar, modificar o rechazar cualquier trabajo, notificando esto a el o los autores.

Todos los manuscritos enviados a la ROGV son revisados inicialmente por la Dirección-Edición pero, regularmente, se solicita la colaboración de expertos en los temas abordados. El número de revisores por trabajo puede ser uno o más, según su tipo y complejidad o por discrepancias con los editores. Ninguno de los revisores forma parte del Comité Editorial. La opinión, crítica y recomendaciones de los revisores son recibidas en forma escrita y anónima y comunicadas a los autores, cuando así lo decida la Dirección-Edición. Los revisores deben respetar la confidencialidad de los autores y no comentar el contenido del trabajo con terceras personas, ni utilizar sus datos, en ninguna forma, para beneficio propio o de otros. Cuando haya conflicto de intereses con autores, temas o financiamiento, el revisor debe abstenerse de actuar como experto.

Preparación del manuscrito

El manuscrito debe venir acompañado de formato de solicitud debidamente lleno y firmado por todos los autores.

Los trabajos deben ser mecanografiados o impresos en papel blanco de 216 x 279 mm, a doble espacio, con márgenes de 25 mm en los cuatro bordes.

Cada uno de los siguientes componentes comenzará en hoja aparte y numeradas consecutivamente: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, referencias, cuadros e ilustraciones.

La página del título contendrá: a) el título del artículo que debe ser conciso pero informativo; b) nombre y apellido(s) de cada autor, acompañados de sus grados académicos y afiliación institucional; c) nombre del departamento e institución; nombre y dirección del autor principal; d) título abreviado (no mayor de 40 pulsaciones)

La segunda página contendrá un resumen estructurado en castellano y en inglés (summary), que no deben exceder de 150 palabras. Este constará de: Objetivo, Método, Ambiente, Resultados y Conclusión (Ver: Rev Obstet Ginecol Venez 1996;56(2):65-66). Al final de los resúmenes, tanto en castellano como en inglés, agréguese de 3 a 10 palabras claves o frases cortas que ayuden a indizar el artículo. Utilícense los términos de la lista *Medical Subject Heading* [Encabezamientos de materia médica] del *Index Medicus*.

En la tercera página comenzará el texto del trabajo el cual se dividirá en secciones con los siguientes encabezamientos: introducción, material y métodos, resultados y discusión. Los informes de casos clínicos, editoriales y revisiones pueden apartarse de este esquema.

Las referencias deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto y se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis, inmediatamente después de su mención. Debe incluir apellido(s) e inicial del nombre, título del trabajo, abreviaturas de la revista, año, volumen, página inicial, y final. (Ver: Rev Obstet Ginecol Venez 2000; 60:267-281).

Ejemplo de referencias

Artículo en revista:

1. Agüero O. Evolución de la práctica obstétrica personal en un hospital privado. Rev Obstet Ginecol Venez 1994; 54:143-149.
2. Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farrall M, James LA, Lai LY, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on chromosome 21. Lancet 1989;1:352-5.
3. The Royal Marsden Hospital Bone-marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. Lancet 1977;2:742-4.

Libro:

1. Agüero O. Publicaciones obstétrico-ginecológicas-perinatológicas venezolanas, Volumen I (1828-1979). Caracas: Editorial Ateproca, 1993.

Capítulo de libro:

1. Sahagun Torres J. La mortalidad materna en Venezuela. En: Gutiérrez Alfaro PJ, Archila R, editores. La Obstetricia en Venezuela. Primera Edición. Caracas: Edit. Ragón, C.A., 1955:217-273.

Indicar, cuando haya lugar, la subvención económica o asesoramiento científico recibidos. Indicar si el trabajo fue presentado en alguna Reunión o Congreso y si obtuvo alguna distinción.

Cuadros

Mecanografía o imprima cada cuadro a doble espacio y en hoja aparte y numérelos consecutivamente siguiendo el orden en que se citan en el texto. Asigne un título breve a cada uno.

Ilustraciones

Envíe un juego completo de figuras originales impresas en blanco y negro, dibujadas y/o fotografiadas en forma profesional, presentadas cada una en página aparte, con su numeración y leyenda. Incluya igualmente dos juegos de fotocopias del material original. La reproducción de fotografías e ilustraciones a color serán costeadas por el o los autores.

Unidades de medida

Las unidades de medida deben ser del Sistema Internacional de Unidades SI, utilizando las abreviaturas aceptadas por el mismo (Ver: Rev Obstet Ginecol Venez 1992;52:183-189).

Todas las abreviaturas se colocarán entre paréntesis cuando se citen por primera vez. Ejemplo: hipertensión arterial (HTA).

La solicitud y coste de separatas deberán convenirse entre el o los autores y la Administración de la Revista.

Angiopatía de la gestación (El Quijote y la preeclampsia)

Drs. Rafael Molina Vilchez*, José Luis Herrera L**

*Hospital "Manuel Noriega Trigo". Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. San Francisco, Estado Zulia.

**Maternidad "Concepción Palacios". Caracas.

"... la lengua, sobre quien tiene poder de vulgo y el uso".
(Miguel de Cervantes y Saavedra.
De un diálogo entre Don Quijote y Sancho)

Una reciente publicación, que contiene la última declaración de consenso de la "Sociedad Australasiática para el estudio de la hipertensión en el embarazo" (1), expresa que la denominación síndrome de HELLP debería ser abandonada, pues se refiere a una sola forma de presentación de la preeclampsia severa, y puede desviar la atención de otros órganos y sistemas potencialmente comprometidos. Parece ser propuesta sensata, que ya había salido de otras reconocidas personalidades estudiosas del tema. Martín y col. (2) han afirmado que el énfasis puesto en el HELLP como hepatopatía, comparada por el contraste con el concepto amplio de preeclampsia, representa mal esta condición. Para Entman (3), cada vez que ponemos un nombre fijo a un síndrome como éste, se corre el riesgo de confundir al clínico en cuanto a las variables expresiones del proceso patológico. La consideración del síndrome, se ha dicho, debe llevar a precauciones, por no ser lo descrito más que la suma de algunos signos comunes (4).

El mismo Weinstein, en su memorable comunicación de 1982 (5), comienza por explicar que lo que hace es añadir un nuevo criterio a la lista de la preeclampsia severa, y repite al final que el objeto de su estudio parece ser una parte de ese complejo patológico; reconoce que varios investigadores lo habían identificado con anterioridad, comenzando por Pritchard y col. (6), además de Mc Kay (7) y

Killam (8), y otros a los cuales podemos añadir a Riley, uno de cuyos coautores es el venezolano Roberto Romero (9), con descripciones de hipertensión inducida por el embarazo con disfunción hepática, hemólisis y coagulación intravascular diseminada.

La hepatopatía preecláptica abarca un amplio espectro de hallazgos, desde lesiones microscópicas de hemorragia y necrosis periportal de bajo grado y sin repercusión clínica (10,11), hasta grandes infartos o hematomas con ruptura espontánea del órgano (12). La inmunofluorescencia detecta en los sinusoides, depósitos de fibrina-fibrinógeno, IgG, IgM y complemento 3 (13); y con tinciones especiales para grasas se demuestran cantidades variables en los hepatocitos (14). No todo es HELLP, y éste reúne un grupo de signos clínico-bioquímicos que no guardan una buena correlación con la histopatología (15).

El acrónimo HELLP ha sido un vocablo afortunado que logró penetrar a profundidad en el léxico médico, a lo cual contribuyó su homofonía con el término que en el idioma inglés sirve para solicitar ayuda o socorro. La coincidencia fonética ha dado lugar hasta a juegos de palabras en los títulos de algunos artículos aparecidos en revistas gineco-obstétricas, como aquel donde Goodlin dice entre signos de admiración, que HELLP no significa socorro de inmediato ("*HELLP does not mean immediate help*") (16); y otro, en el cual un grupo de Viena, para manifestar que no existe todavía un acuerdo sobre parámetros de laboratorio y valores límites, encabeza aseverando que el síndrome necesita ayuda ("*HELLP... needs help*") (17). Pero como explicaba el Quijote a su escudero en la cita que sirve de epígrafe, aunque se hagan críticas a ese apelativo, se usa con profusión, y es el uso en el tiempo, no la lógica aparente o la supuesta corrección

Recibido: 12-01-01

Aceptado para publicación: 12-03-01

lo que da vida a la lengua y determina su evolución.

El mismo comentario es válido para el nombre preeclampsia. En el más reciente Diccionario de la Real Academia leemos que eclampsia procede de un étimo griego que traduce brillo o resplandor, como el relámpago, y denota una enfermedad convulsiva que suelen padecer los niños, las mujeres embarazadas y las recién paridas (18). De acuerdo a esta significación, al calificar una mujer como preecláptica se la considera como preconvulsiva; y las conclusiones, bien sabido es, sobrevienen en una proporción pequeña de casos. Muy lejos está la palabra preeclampsia de englobar las variadas facetas del proceso mórbido al cual se asigna. En 1990, Rippman se refiere a ella como "nombre equivocado" que debe ser evitado (19). El autor enumera una larga serie de posibles denominaciones sustitutas, entre las cuales encontramos algunas dignas de comentario, como vasculosis y vasculopatía trofoblástica o trofoblastogénica, pero después de razonar sobre todas ellas prefiere quedarse con gestosis, voz imprecisa y laxa, que puede encerrar en sí cualquier tipo de patología condicionada por o asociada a la gestación.

Los nombres que incluyen a la hipertensión arterial como punto central también han sido motivo de crítica. El HELLP, precisamente puede ocurrir en embarazadas con valores normales de tensión arterial, y se repite mucho la cita de Roberts y Redman (20), quienes subrayan que llamar el proceso en cuestión hipertensión inducida por el embarazo tiene la indeseable consecuencia de sobre-enfatizar la importancia de ese signo en la fisiopatología. Algunos prefieren decir toxemia (21), aludiendo a sustancias que liberadas a la circulación general desde la placenta isquémica, intoxicarían el organismo. Hay experimentos que concluyen afirmando el efecto citotóxico del suero de mujeres preeclápticas sobre las células de los endotelios (22); los elementos causales, por ignorados, se han llamado factor X (23), uno de los eslabones aún poco claros en la cadena del mecanismo de enfermedad. De todas formas, toxemia es, al menos, un nombre que representa mucho mejor que preeclampsia ese mecanismo.

Angiopatía de la gestación parece ser una denominación adecuada para esta complicación del embarazo. Recuerda que hay un daño vascular universal y su dependencia de un embarazo o una placenta, los dos elementos claves para una definición y la racional esquematización fisiopatológica. Ya otros han expresado que la preeclampsia es una

vasculopatía aguda del embarazo con variables manifestaciones (3). Proponemos incorporar la angiopatía de la gestación al vocabulario de la obstetricia. Angiopatía, no disfunción, por la muy conocida anatomía patológica, tanto micro como macroscópica. El tiempo y el uso tienen la capacidad de dar o negar su aceptación.

REFERENCIAS

1. Brown MA, Hague WM, Higgins J, Lowe S, McCowan L, Oats J, et al. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: Full consensus statement. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2000; 40:139-155.
2. Martin JN, Rinehart BK, May WL, Maggan EF, Terrone DA, Blake PG. The spectrum of severe pre-eclampsia: Comparative analysis by HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet count) syndrome classification. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1373-1384.
3. Entman S. Comentario a la referencia 2. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1383.
4. Monnier JC, Vaskmann S, Vinatier D, Patey-Savatier P, Maunoury-Lefebvre C. Faut-il individualiser le HELLP syndrome? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1987;16:765-771.
5. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:159-167.
6. Pritchard JA, Weisman R, Ratnoff OD, Vosburgh GJ. Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematological abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. *N Engl J Med* 1954;250: 89-98.
7. McKay DG. Hematologic evidence of disseminated intravascular coagulation in eclampsia. *Obstet Gynecol Surv* 1972;27:399-417.
8. Killam AP, Dillard SH, Patton RC, Pederson PR. Pregnancy-induced hypertension complicated by acute liver disease and disseminated intravascular coagulation. *Am J Obstet Gynecol* 1957;123:823-828.
9. Riley CA, Romero R, Duffy TP. Hepatic dysfunction with disseminated intravascular coagulation in toxemia of pregnancy. *Gastroenterology* 1981;80(5, parte 2):1346.
10. Antia FP, Bharadwaj TP, Watsa Mc, Master J. Liver in normal pregnancy, pre-eclampsia and eclampsia. *Lancet* 1958;2:776-778.
11. Konx TA, Olans LB. Liver disease in pregnancy. *N Engl J Med* 1996;335:569-576.
12. Duque F, Lorenzo C, Diz E, Suárez M, Marchán N, Carrillo L. Hallazgos anatomopatológicos en la hipertensión inducida por el embarazo, 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60(3):179-184.

ANGIOPATÍA

13. Arias F, Mancilla Jiménez R. Hepatic fibrinogen deposits in pre-eclampsia. *N Engl J Med* 1976;295:578-582.
14. Minakami H, Oka N, Sato T, Tamada T, Yasuda Y, Hirota N. Pre-eclampsia: A microvesicular fat disease of the liver? *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:1043-1047.
15. Barton JR, Riely CA, Adamec TA, Shanklin Dr, Khoury AD, Sibai BM. Hepatic histopathologic condition does not correlate with laboratory abnormalities in HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count). *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1538-1543.
16. Goodlin RC. HELLP does not mean immediate help! *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1091.
17. Hohlagschwandtner M, Bancher-Todesca D, Strohmer H. HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) needs help. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1271.
18. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 21ª edición. Tomo 1 (a-g). Madrid: Espasa Calpe SA; 1992.
19. Rippman ET. De la historia de la EPH-Gestosis; su definición y clasificación. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:12-15.
20. Roberts JM, Redman CWG. Pre-eclampsia: More than pregnancy-induced hypertension. *Lancet* 1993;341:1447-1451.
21. Goodlin RC. Is toxemia a better concept? *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1838-1839.
22. Rodgers GM, Taylor RN, Roberts JM. Preeclampsia is associated with a serum factor cytotoxic to human endothelial cells. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:908-914.
23. VanWijk MJ, Kublickiene K, Boer K, VanBavel E. Vascular function in preeclampsia. *Cardiovasc Res* 2000;47:38-48.

“Mejor trabajo presentado en el XIII Congreso Mundial de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia y VII Congreso de ALOGIA”

La Junta Directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, se complace en felicitar a los Drs. Antonio Perera Pérez, Alfredo Caraballo, María Pérez y Francisco Llavaneras, miembros titulares de nuestra Sociedad, con motivo de haber recibido una Mención de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, al mejor trabajo presentado en el marco del XIII Congreso Mundial de Ginecología Infanto Juvenil y VII ALOGIA, en Buenos Aires en mayo de 2001.

El Dr. Perera Pérez asistió al evento en calidad de Profesor Invitado, y participó como conferencista y en la presentación de tres trabajos científicos de su especialidad.

Hechos como éste nos llenan de orgullo porque se pone de manifiesto una vez más la calidad de nuestra medicina y de nuestros profesionales.

Síndrome HELLP en la Maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”

Drs. José Ramón López-Gómez, Marianela Rivas G, Belkis Colmenares E, Samuel Alvarado, Daicy Silva G, Domenico Capretta

Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Universidad de Carabobo. Puerto Cabello, Edo. Carabobo

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia del síndrome HELLP, complicaciones y características del neonato.

Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de 19 pacientes con diagnóstico de síndrome HELLP desde enero 1998 hasta septiembre 1999.

Ambiente: Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Resultados: La incidencia fue de 0,27% sobre el total de nacidos vivos en el período de estudio. El grupo de edad predominante fue de 20 a 29 años, (42,11%). El 57,90% fueron embarazos a término y 42,10% pretérminos. El diagnóstico se hizo en el 68,42% durante el embarazo y 31,58% en el puerperio. Las complicaciones útero-placentarias representaron el 31,56%, las renales 26,31%, hematológicas 5,26%. El 47,36% presentó HELLP Clase I; 26,32% Clase II y III, respectivamente. Hubo 3 mortinatos. La tasa de mortalidad fetal fue de 0,43X1000. No se reportaron muertes neonatales ni maternas.

Conclusión: Es muy importante hacer un buen control prenatal, para prevenir y diagnosticar precozmente la hipertensión inducida por el embarazo y evitar las complicaciones de esta enfermedad como es el HELLP.

Palabras clave: Síndrome HELLP. Hipertensión inducida por el embarazo.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of HELLP, complications, and newborn characteristics.

Method: Descriptive and retrospective study of 19 patients with HELLP syndrome, from January 1998 to September 1999.

Setting: Maternity of the “Dr. Adolfo Prince Lara” Hospital, Puerto Cabello, Carabobo State, Venezuela.

Results: The incidence was 0.27%, the predominant age was 20 to 29 years old (42.11%). The 57.90% was term pregnancy and 42.10% preterm. The diagnosis was performed during pregnancy in 68.42% and 31.58% in puerperium. The utero placental complications were 31.56%, renal complications 26.31%, and hematologic 5.26%. In the 47.36% were HELLP class I; 26.32% class II and III, respectively. There were three stillbirth (0.43 x 1000). There were no maternal and neonatal deaths.

Conclusion: It is very important a good prenatal care to make an early diagnosis of pregnancy induced hypertension to prevent complications like HELLP.

Key words: HELLP Syndrome. Pregnancy induced hypertension.

INTRODUCCIÓN

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto. Este síndrome fue descrito por primera vez por Weinstein (1) quien enfatizó la triada del cuadro: hemólisis, enzimas

hepáticas elevadas y plaquetopenia. De acuerdo a lo expuesto por Sibai (2), hay alteraciones de la bilirrubina, la cual es igual o mayor a 1,2 mg/l, aumento de la deshidrogenasa láctica en cifras ≥ 600 μ l/l y alteraciones de las enzimas hepáticas caracterizadas por un aumento de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) por encima de 70 μ l/l y una disminución importante de las plaquetas. Por su parte, Martín y col. (3) establecen una clasificación

Recibido: 09-08-00

Aceptado para publicación: 22-03-01

del síndrome HELLP con base al recuento plaquetario: Clase I, si se encuentra por debajo de 50 000, Clase II, si está entre 50 y 100 000 y Clase 3, entre 100 000 y 150 000. Esta clasificación tiene importancia desde el punto de vista clínico y terapéutico, porque permite valorar el grado y pronóstico del síndrome y los medios terapéuticos a emplear. Desde el punto de vista fisiopatológico, el proceso está categorizado por anemia hemolítica microangiopática. El síndrome HELLP complica los casos de preeclampsia/eclampsia entre un 4% y 12% (4,5).

La mayoría de las pacientes presenta signos de compromiso hepático, caracterizado por malestar general, náuseas con vómitos o sin ellos, sensibilidad en hipocondrio derecho a la palpación y en algunos casos, dolor epigástrico evidente (4).

Es importante tener presente cuando vamos a hacer el diagnóstico, que el síndrome HELLP tiene características clínicas muy parecidas a la púrpura trombocitopénica, síndrome urémico hemolítico renal aguda posparto y degeneración aguda del hígado (5,6).

En Venezuela algunos autores (7-10) han revisado este síndrome en sus respectivos centros y, más recientemente, Fleitas y col. (11), hacen una interesante revisión en la Maternidad "Concepción Palacios". Dada la importancia del tema, en nuestro Departamento hemos hecho un seguimiento de las pacientes que presentan clínica compatible con el cuadro de HELLP, se presentó una comunicación preliminar de dos casos en el XI Congreso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela en 1998, y ahora reportamos la presente casuística durante el período enero 1998 a septiembre 1999.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación es de tipo analítico retrospectivo, en el cual se revisaron 417 estados hipertensivos en embarazadas, de las cuales 19, se complicaron con síndrome HELLP, y sus gestaciones se resolvieron en nuestro centro, en el lapso de enero de 1998 hasta el 30 de septiembre de 1999.

En otras 9 embarazadas se sospechó la ocurrencia del síndrome pero se excluyeron, por no cumplir con algunos de los criterios establecidos.

Durante el período hubo un total de 9 117 ingresos en el Servicio de Obstetricia, el número de nacidos vivos reportados fue de 6 920; se diagnosticaron 417

casos de estados hipertensivos del embarazo, de los cuales 19 presentaron el síndrome HELLP. La incidencia fue de 0,27% sobre el total de nacidos vivos reportados. Hubo un caso de síndrome HELLP por cada 371 nacidos vivos y 4,55% sobre todos los estados hipertensivos asociados al embarazo (Cuadro 1). Características de la población: la edad materna osciló entre los 16 y 44 años, predominó el grupo de 20 a 29 años (42,11%), seguido por el grupo de 30 a 39 años (31,58%). Las adolescentes representaron el 21,05% del total; la edad promedio fue de 26 años.

En cuanto al número de gestaciones, 9 casos (47,36%) fueron primigestas; 4 casos (21,05%) presentaron entre II y VI gestaciones y en 6 casos (31,57%) las pacientes tuvieron VII o más embarazos.

En lo referente a la edad de gestación, el 57,90% de los casos fueron embarazos a término. En el 26,32% la edad del embarazo estuvo comprendida entre 33 y 36 semanas y el 15,78%, fue menor de 32 semanas. Cabe señalar que en 13 casos (68,42%) el diagnóstico se realizó durante el embarazo y en 6 casos (31,58%) durante el puerperio.

La hipertensión arterial como antecedente familiar estuvo presente en 12 casos (63,15%) y en cuanto a los antecedentes personales 15,78% (3 pacientes) tuvieron hipertensión arterial y en igual porcentaje, hipertensión inducida por el embarazo.

RESULTADOS

Los signos y síntomas neurológicos estuvieron presentes en 13 casos (68,42%) (Cuadro 2).

Entre las complicaciones presentes, las útero-placentarias (desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal) representaron el 31,56% (6 casos); renales (insuficiencia renal aguda) 26,31% (5 casos); hematológicas (coagulación intravascular diseminada) 5,26% (1 caso) y en el 36,84% (7 casos) no se reportó otras complicaciones.

En relación con los tipos clínicos de hipertensión arterial asociados a HELLP, lo observamos en el Cuadro 3. Del total de casos, 9 (47,36%) fueron clasificados como HELLP Clase I, cinco pacientes (26,32%) Clase II y III.

En las Figuras 1 y 2 están representadas los valores de bilirrubina indirecta y transaminasas, respectivamente.

En lo referente a la forma de terminación del embarazo, la mayoría 15 casos (78,95%) tuvieron cesárea, 3 (15,79%) parieron vía vaginal y una (05,26%) fue referida a otro instituto.

SÍNDROME HELLP

En el Cuadro 4 podemos observar el peso al nacer.

El Apgar de los recién nacidos se observa en el Cuadro 5.

La morbilidad neonatal se resume en el Cuadro 6, de 17 recién nacidos, 10 presentaron morbilidad.

Cuadro 1
Incidencia

Año	Recién nacidos vivos reportados	Nº casos	%
1998	4 114	11	0,27
1990*	2 806	08	0,28
Total	6 920	19	0,27

• Hasta 30 sep 1999.

Cuadro 2
Signos y síntomas asociados

Signos y síntomas	Nº casos	%
Neurológicos:		
• Hiperreflexia	7	36,84
• Cefalea	4	21,05
• Tinnitus	2	10,53
Epigastralgia	3	15,79
Convulsiones	3	15,79
Total	19	

Cuadro 3

Tipos clínicos de hipertensión arterial asociados a HELLP

	Nº casos	%
Preeclampsia	12	63,16
Hta con preeclampsia-sobreañadida	04	21,05
Eclampsia	03	15,79
Total	19	

Hta= Hipertensión arterial.

Cuadro 4
Peso al nacer

	Nº casos	%
1 500 – 2 499 g	11	55,00
2 500 – 3 499 g	07	35,00
3 500 – 4 499 g	02	10,00
Total	20*	

*Hubo 1 embarazo gemelar.

Cuadro 5
Apgar

Apgar	Nº casos	%
0-3	01	5,88
4-6	09	52,94
7-10	07	41,18
Total	17*	

Mortinatos: 3*

Gemelar: 1

Cuadro 6
Morbilidad neonatal

	Nº casos	%
Prematurez	08	80,00
RCIU*	02	20,00
No hubo	07	
Total	17	

* Retardo del crecimiento intrauterino.

Hubo un embarazo gemelar.

Hubo 3 mortinatos.

DISCUSIÓN

La incidencia del síndrome HELLP en nuestra casuística fue de 4,90%, cifra comparable a la reportada por Fleitas y col. (5,13%) (11) y guardia relación con lo reportado por Dildy y col. (4), Reubinoff y Schanker (12), Rojas Poceros y col.

(13), Uranga y col. (14); quienes consideran que el síndrome HELLP ocurre entre el 4,12% de las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo.

En nuestra serie la edad de las pacientes osciló entre 16 y 44 años, con una media de 26,60 años. Rodríguez y Velarde (15) consideraron que la aparición de la afección ocurre en la tercera década de la vida lo que coincide con nuestros hallazgos, (79,69%). Por otra parte Kably-Ambe y col. (16) y Arqueta y col. (17) reportan una edad promedio de 29 años.

En nuestra revisión, 52,62% tuvo 2 o más embarazos; autores como Mckena, Sibai y Weinstein citado por Dildy (4) señalan que el síndrome HELLP es una enfermedad de las multigrávidas.

En relación con la edad de gestación al ingreso, Rojas y col. (13) señalan que en la mayoría de los casos (80%) el síndrome se presenta entre 26 y 37 semanas, lo cual contrasta con nuestros hallazgos: 42,10% entre las edades de embarazo citadas.

De acuerdo con las observaciones de Fleitas y col. (11) el 20,34% de las pacientes que tenían progenitores hipertensos, desarrollaron síndrome HELLP durante su último embarazo, lo cual difiere de nuestros resultados, en los que el 63,15% de las pacientes tenían padres con antecedentes de hipertensión arterial.

En cuanto a los antecedentes personales, el haber tenido HIE, aumenta el riesgo de desarrollar síndrome HELLP en embarazos subsecuentes en un 13,56% (11), lo cual concuerda con nuestro resultado, 15,78%. Igualmente el padecer de hipertensión arterial previa es un factor de riesgo para desarrollar síndrome HELLP.

Es interesante señalar que las mujeres que han padecido el síndrome HELLP tienen un riesgo de recurrencia entre 4% y 27% (18,19).

En relación con los signos y síntomas asociados al síndrome HELLP, Fleitas y col. (11), señalan que la epigastralgia se presenta con mayor frecuencia sola o acompañada con otras sintomatologías, tales como: cefalea, dolor en hipocondrio derecho y escotomas. Otros (12,13,15,20) describen estas mismas manifestaciones.

Se señala que algunas pacientes suelen presentar malestar general que puede confundirse con síntomas de tipo viral, previamente a la aparición del síndrome (2,21-23).

Entre los signos y los síntomas que presentaron las pacientes en nuestro estudio pudimos observar que las manifestaciones neurológicas (hiperreflexia, cefalea y tinnitus), predominaron sobre los síntomas

gastrointestinales (epigastralgia).

En nuestra revisión debemos resaltar que un elevado porcentaje no se controló el embarazo, 64,28% (12 casos). Las graves complicaciones en mujeres con síndrome HELLP, demuestran la importancia del estricto criterio para la definición del mismo. Coincidimos con otros autores (11,12, 15,19,24,25) en que las principales complicaciones son: insuficiencia renal aguda, desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada y muerte fetal. El diagnóstico y manejo adecuado de estas complicaciones puede evitar resultados desastrosos materno-fetales.

De las pacientes estudiadas, 12 (63,16%) fueron preeclampsia severa, 4 (21,05%) hipertensión arterial con preeclampsia añadida y 3 casos (15,79%) eclampsia.

De acuerdo con la clasificación del síndrome HELLP señalada por Martín y col. (3) el mayor porcentaje de nuestras pacientes (47,36%) se ubicó en la clase I. A pesar de ello, nuestras pacientes respondieron satisfactoriamente a la terapéutica utilizada.

Dentro de los criterios diagnósticos de laboratorio para síndrome HELLP, tomando como referencia los valores de nuestro hospital, se incluyen: bilirrubina total $\geq 1,0$ mg/dl, bilirrubina indirecta $> 0,8$ mg/dl, TGO > 46 ui/l, TGP > 50 ui/l.

En lo que respecta a la forma de terminación del embarazo, el 78,95% de nuestros casos terminaron por cesárea. Estos resultados guardan relación con el reportado por otros autores (16,23,25,26). Fleitas y col. (11) presentan cifras distintas a las nuestras, 59,33% para el parto vaginal y 40,68% para la cesárea.

En relación con el peso de los recién nacidos el 52,63% tuvo bajo peso al nacer y el 36,84% nació con pesos entre 2 500 y 3 499 g. En lo que respecta a la puntuación de Apgar el 56,25% tuvo 6 y menos puntos. A este respecto conviene señalar que la clínica del síndrome HELLP es un cuadro que por sus características, compromete seriamente el bienestar fetal, lo cual explicaría la baja puntuación del Apgar reportada.

En nuestro trabajo hubo 3 mortinatos lo cual representa una tasa de mortalidad fetal de 0,43 x 1000.

En cuanto a la morbilidad neonatal en 43,65% se reportó prematuridad y en el 12,50% RCIU.

Recomendamos

- Extremar los cuidados de atención prenatal para

identificar precozmente la hipertensión inducida por el embarazo y evitar el avance de la enfermedad a estadios más severos. Detectar precozmente el síndrome HELLP mediante mejora a los cuidados perinatales durante el embarazo, parto y puerperio.

- Entrenar adecuadamente al personal médico en formación, sobre el diagnóstico y manejo terapéutico del síndrome.

REFERENCIAS

- Weintein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:159-167.
- Sibai BM. Hipertensión durante el embarazo. *Clin Ginecol Obstet* 1992;4:593-611.
- Martin Jr. Blake Q, Lowmy SI, Perry K. Pregnancy complicated by preeclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 1990;76:737-741.
- Dildy G, Pelan J, Cotton D. Complications of pregnancy induced hypertension. En: Clark S, Cotton D, Harkins G, Phelan J. *Critical care in obstetrics*. 2ª edición. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1991.p.267-273.
- Dunihoo D. Pregnancy induced hypertension. *Fundamentals of gynecology and obstetrics*. 2ª edición. Filadelfia: J.B. Lippincott Co.; 1992.p.539-549.
- Arias F. Preeclampsia y eclampsia. En: *Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*. 2ª edición. España: Ed. Harcourt Bance; 1997.p.185-211.
- Ulloa G, Di Rocco A, Figueira R, Hernández C, Uzcátegui O. Síndrome HELLP. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51:183-186.
- Corrachano de Mago A, Sukerman E, Martínez E, Guardia M. Patología no obstétrica y embarazo. (Experiencia SMIN 1989-1993). *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:193-209.
- Guariglia D, Vázquez de Martínez R, Laya C, Magnelli A. Recuento de plaquetas y tiempo de sangría en embarazadas con preeclampsia severa. Pronóstico de morbilidad materno-fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1996;56:89-97.
- Méndez M, Delgado C, Rodríguez S, Castillo E. Síndrome HELLP. *Med al Día* 1996;1(2):13-14.
- Fleitas F, Serfati M, García M, Weibezahn H, Llovera A, Machado A. Síndrome HELLP. Revisión de los años 1991-1993. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997; 57:229-235.
- Reubinoff BE, Schenker JG. HELPP syndrome a syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count-complicating preeclampsia-eclampsia. *Int J Gynecol Obstet* 1991;36:95-102.
- Rojas G, López E, Viveras E, Reyes H, Kabby Ambe A. Síndrome de HELLP como manifestación de descompensación de la pre-eclampsia durante el puerperio: presentación de dos casos. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:448-451.
- Uranga F, Nadal MA, Ronez E, Ruda H, Buvercua A, Jillescas L. Resultado obtenido en el seguimiento de embarazadas hipertensas. *Obstet Ginecol Lat- Amer* 1983;41:127-135.
- Rodríguez D, Velarde R. Preeclampsia severa y síndrome de HELLP. *Ginecol Obstet Méx* 1999;62:325-329.
- Kably-Ambe A, Pizano E, Alpi-Cohen I, Godoy-Morales H, Serviere-Zaragoza C. Síndrome de HELLP: una manifestación de la presentación de la enfermedad hipertensiva del embarazo. *Perinatal Reprod Hum* 1988;2:85-90.
- Arqueta Z, Méndez N, Plascencia Z, Ibarngoitia F, Vázquez ME. Síndrome de HELLP. Siete años de experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología, México DF. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:217-221.
- Sullivan CA, Martín JN, Maggan EF, Perry KG, Roberts WE, Blake RN. The recurrence risk of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and platelets HELLP in subsequent gestations. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:940-943.
- Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis elevated liver enzymes and low platelets), subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:125-129.
- Rojas G, Viveros-Rentería E, Kably-Ambe A. Síndrome de HELLP, estado crítico real. *Conceptos actuales*. *Ginecol Obstet Méx* 1996;64:64-72.
- Barton J, Sibai BM. Atención del embarazo complicado por el síndrome de HELLP. *Clin Ginecol Obstet* 1991;2:169-183.
- Tomsen T. HELLP syndrome (hemolysis elevated liver enzymes and low platelets) presenting as generalized malaise. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1876-1880.
- Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets): Much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:3111-3116.
- Vigil De Gracia P, Tenorio F, Cejudo E, Helguera A, García E. Diferencias entre preeclampsia, síndrome de HELLP y eclampsia, evolución materna. *Gynecol Obstet Méx* 1996;64:377-382.
- Audibert F, Friedman SA, Friendlych AY, Sibai BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:460-464.
- Magann EF, Roberts W, Perry HG Jr., Chauhan SP, Blake PG, Martín JN Jr. Factors relevant to mode of preterm delivery with syndrome of HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets). *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1828-1832.

Cordocentesis

Drs. Iván Paravisini*, Freddy González Arias**, Elizabeth Rodríguez*, Jasmín Morales*

*Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Servicio Prenatal. Maternidad "Concepción Palacios"**. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Servicio Prenatal. Maternidad "Concepción Palacios" y Centro Nacional de Genética Humana y Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN

Objetivo: Presentar nuestra experiencia con el procedimiento denominado cordocentesis.

Método: Se practicaron 614 cordocentesis en 490 pacientes con técnica de manos libres y guiadas por ultrasonido, con fines diagnósticos y/o terapéuticos. Las muestras fueron tomadas en embarazos entre 18 y 38 semanas de gestación.

Ambiente: Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de la consulta de Prenatal de la Maternidad "Concepción Palacios" y Centro Nacional de Genética Humana y Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

Resultados: No hubo medicación materna previa o posterior al procedimiento excepto las transfusiones intravasculares; no se aplicó anestesia local. La complicación más frecuente fue la bradicardia fetal transitoria en 44 casos (7,17%). La mortalidad fetal imputable al procedimiento fue de 0,48%.

Conclusión: En vista de los resultados consideramos a la cordocentesis como un procedimiento valioso y seguro para el diagnóstico y la terapéutica fetal.

Palabras clave: Cordocentesis. Sangre fetal.

SUMMARY

Objective: To present our experience with the procedure called cordocentesis.

Method: In 490 patients were performed 614 cordocentesis with free-hands ultrasound guided technique, for either diagnostic or therapeutic purposes. The samples were drawn from pregnancies between 18 and 38 weeks.

Setting: Obstetrics high Risk Unit of Prenatal Service at the Maternidad Concepcion Palacios and Human and Experimental Genetic National Center at Universidad Central de Venezuela.

Results: No medication prior to the procedure or after it was needed, except in intra vascular transfusion. No local anesthesia was ever applied. Transitory fetal bradycardia was the most frequent complication in 44 cases (7.7%). Fetal mortality subsequent to cordocentesis was 0.48%.

Conclusion: Based on these results, we consider cordocentesis a valuable and reliable method for fetal diagnosis and therapy.

Key words: Cordocentesis. Fetal blood.

INTRODUCCIÓN

El acceso a la circulación fetal y la extracción de sangre es un procedimiento cada vez más sencillo y seguro, debido a los avances en las técnicas obstétricas y de ultrasonografía (1). Debido a que existen embarazos donde es necesario obtener sangre fetal para conocer o descartar la presencia de una patología, es como surge la idea de desarrollar una técnica segura y con bajos riesgos para el binomio madre-feto, donde se logre conseguir la información deseada. El primer acceso a la sangre fetal se logró

por medio de la placentocentesis pero ocurría con frecuencia la contaminación con sangre materna. La fetoscopia aseguró la pureza de la muestra fetal pero se acompañó de un alto índice de complicaciones, además de la complejidad y el costo de la técnica (2). Daffos y col. en 1983 (3,4) comunicaron la primera experiencia en la obtención de sangre fetal del cordón umbilical con el uso de una aguja por vía percutánea, guiada por ultrasonografía y que denominaron cordocentesis o funiculocentesis. Esta técnica es sencilla, puede realizarse desde el 2º trimestre de embarazo hasta el término, garantiza la pureza de la muestra y presenta una baja tasa de pérdidas fetales, convirtiéndose así en el método

Recibido: 05-02-01

Aceptado para publicación: 26-03-01

ideal para la obtención de sangre fetal (1,3-10). En el país el procedimiento se viene realizando en la Maternidad "Concepción Palacios" desde el año 1993 por diferentes indicaciones de evaluación fetal (11) y luego de conocida y desarrollada ampliamente esta técnica presentamos nuestra experiencia a la población médica venezolana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde abril de 1993 hasta abril de 1998, en 490 pacientes con 492 fetos (dos gemelares), provenientes de la Consulta de Alto Riesgo del Servicio de Prenatal de la Maternidad "Concepción Palacios" (297) y del Centro Nacional de Genética (193), se tomaron 614 muestras de sangre fetal para la realización de diversos exámenes diagnósticos y procedimientos terapéuticos intrauterinos.

En la preparación de la paciente no se establecen condiciones de ayuno y se solicita vaciamiento vesical espontáneo. Previo consentimiento informado, por escrito, donde se establece la indicación para el examen, y al conocer el grupo sanguíneo materno, se realiza un estudio ultrasonográfico detallado (ATL *Ultramark 1* con transductor lineal de 3,5 MHz, *Medison Sonoace 4800* con transductor *convex* de 3,5 MHz, *General Electric Logic 200* con transductor *convex* de 3,5 MHz) para establecer bienestar fetal y edad de la gestación, localización placentaria y del cordón, cantidad de líquido amniótico, posición fetal y características anatómicas, para descartar posibles malformaciones.

Dos operadores, se colocan guantes estériles y proceden a practicar antisepsia del abdomen de la gestante, desde la sínfisis del pubis hasta los bordes costales y ambas crestas ilíacas, se colocan campos estériles en los extremos inferior y superior y se introduce el transductor, con gel aplicado, dentro de un guante estéril. Se preparan inyectadoras desechables de 3 ml con heparina o sin ella, según la prueba a realizar (muestra anticoagulada o no). Usamos aguja desechable de punción lumbar 22 G x 3 1/2" para la toma de la muestra fetal.

Mediante la colocación del transductor sin guiador (técnica de manos libres) (1,4,10) de manera transversal con respecto a la paciente, sin anestesia local y advertida la paciente, se realiza punción percutánea, bajo visualización ecográfica continua de la aguja, hasta alcanzar el vaso previamente identificado y asegurada la ubicación de la aguja dentro del mismo, lo cual se constata como un punto correfringente, se procede a realizar una aspiración

suave del émbolo. La escogencia del asa de cordón a punzar obedece a la accesibilidad que tenga éste en ese momento, lo cual puede ser desde una asa libre, la inserción placentaria o en la inserción del cordón en el feto. Primero se extrae 1 ml de sangre que es descartado para evitar posible contaminación con líquido amniótico y células maternas, luego se extraen de 2 a 5 ml más, de los cuales 0,5 ml anticoagulado se destina para la realización del volumen corpuscular medio (VCM) en un equipo automatizado de hematología como prueba confirmatoria de la procedencia fetal de la muestra y el resto para el estudio a realizar.

Extraída la aguja, se busca la presencia de complicaciones como hemorragia en el sitio de punción, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y contracciones uterinas. En ausencia de ellas la paciente se retira a su casa con reposo de 24 horas. Cuando hay complicaciones se controla por ultrasonografía su evolución inmediata por una hora y a las 24 horas, y si la edad de la gestación lo permite, se realiza control electrónico de la frecuencia cardíaca fetal.

Características de la población estudiada: la edad promedio de las pacientes fue 30,4 y la menor de ellas de 13 años, el mayor número de gestantes se ubicó en el grupo de 36 a 40 años (Cuadro 1).

Cuadro 1

Distribución de pacientes según edad		
Años	Nº	%
<16	6	1,22
16-20	41	8,36
21-25	75	15,31
26-30	74	15,11
31-35	88	17,95
36-40	149	30,42
> 40	50	10,21
Desconocida	7	1,42
Total	490	

La paridad más frecuente fue el grupo de II a IV partos en el 52,2%. La edad de embarazo al practicar el examen varió desde 18 hasta 38 semanas, el 54,89% de las punciones se hizo entre 21 y 25 semanas y el 91,53% en el grupo de pacientes con menos de 30 semanas de embarazo (Cuadro 2).

CORDOCENTESIS

Cuadro 2

Distribución según edad de embarazo

Semanas	Nº	%
18-20	97	15,79
21-25	337	54,89
26-30	128	20,85
31 o +	52	8,47
Total	614	

} 91,53%

La indicación más frecuente para realizar la cordocentesis fue la determinación de cariotipo fetal en 78,11% y las exploraciones destinadas a la evaluación y tratamiento (transfusiones intrauterinas) de los fetos de las pacientes Rh (-) sensibilizadas en 7,92%. Hubo pacientes con más de una indicación y varias punciones como parte de la vigilancia de su patología como es el caso de pacientes Rh (-) sensibilizadas (Cuadro 3). La edad materna mayor de 35 años fue la principal indicación para determinar el cariotipo fetal en 244 pacientes (48,52%), seguida del estudio de feto malformado actual en 88 pacientes (17,5%) (Cuadro 4). Se presentaron dos casos de embarazos gemelares, ambos con un feto sano y otro malformado donde se evaluaron los cuatro fetos.

Cuadro 3

Indicaciones

	Nº	%
Cariotipo	503	78,11
Rh (-) sensibilizada	51	7,92
Inmunoglobulinas (+)	53	8,23
pH y gases	13	2,02
Hormonas (++)	3	0,46
Plaquetas	2	0,31
Otras	19	2,95
Total	644	

(+) Rubéola, toxoplasmosis.

(++) Cortisol, 17 OH Progesterona, CPK y LDH.

Cuadro 4

Indicaciones para cariotipo

	Nº	%
Edad materna > 35 años	244	48,52
MLF actual	88	17,50
MLF anterior	26	5,20
Angustia	45	8,96
Poli-oligoamnios	25	4,97
Trisomía hijo anterior	20	3,99
Exposición a mutágeno	9	1,80
Aborto recurrente	2	0,39
Cariotipo anormal LA	10	1,99
Riesgo sérico alterado	34	5,97
Total	503	

MLF= malformación fetal.
LA= líquido amniótico.

El número de punciones para extraer la sangre varió de 1 hasta 5 con promedio de 1,2 punciones. El tiempo del procedimiento en la mayoría de los casos fue < 10 minutos.

En 15 casos (2,44%) no se logró extraer la muestra en un primer intento, fue exitosa en el segundo intento cuando acudieron a una nueva cita 1 a 2 semanas después. La toma de la muestra se realizó en la inserción del cordón en la placenta en 49,7%, seguida por el asa libre en 37,31% de los casos.

Cuadro 5

Complicaciones

	Nº	%
Ninguna	540	87,95
Bradycardia fetal transitoria	44	7,17
Muerte fetal inexplicada	3	0,48
Muerte fetal con patología materno-fetal asociada	9	1,47
Hemorragia de la placenta	13	2,12
Otras	5	0,81
Total	614	

RESULTADOS

Se practicaron 540 cordocentesis sin complicaciones, lo que representó 87,95% (Cuadro 5). De los 74 casos complicados, la bradicardia fetal transitoria se presentó en 44 fetos (7,17%). Murieron 12 de los 492 fetos estudiados y de estos 6 eran de pacientes Rh (-) sensibilizadas que estaban severamente afectados y fueron sometidos a transfusión intrauterina, 3 tenían retardo de crecimiento intrauterino y oligoamnios severos y fueron sometidos a otros procedimientos diagnósticos-terapéuticos como amnioinfusión. Estas muertes ocurrieron posteriormente a 24 horas del procedimiento y antes de una semana. Sólo en tres fetos no hubo enfermedad materna ni fetal concurrentes que explicaran la muerte (Cuadro 5), por lo que denominamos a esta mortalidad como debida directamente al procedimiento y representan el 0,48% de todos los procedimientos realizados. En ellas la muerte ocurrió posterior a bradicardia severa irrecuperable del feto en el transcurso de la primera hora y se reportaron exclusivamente durante el primer año de iniciada la técnica.

DISCUSIÓN

A partir del segundo trimestre de embarazo se puede obtener sangre fetal a través de una punción percutánea del cordón umbilical, bajo visualización ultrasonográfica como lo describieron Daffos y col. (3) por primera vez en 1983.

El hecho de que la cordocentesis debe ofrecerse a la paciente en algunos casos para estudio de su feto y estimulados por las informaciones continuamente publicadas en la literatura, es que nos vimos motivados a iniciar esta técnica en estos dos centros de trabajo e investigación, para así llenar un vacío que existía en la exploración invasiva de la perinatología nacional.

En nuestro trabajo el principal grupo de estudio fue el de pacientes entre 36 y 40 años de edad, ya que la principal indicación para realizar la cordocentesis fue la determinación del cariotipo fetal por edad materna. En nuestros centros de trabajo el diagnóstico de cariotipo fetal se lleva a cabo principalmente a través de la amniocentesis, pero en aquellos casos donde la paciente presenta más de 20 semanas se le ofrece la alternativa de la cordocentesis como método invasivo de diagnóstico prenatal. Esto nos trae a la reflexión para insistir en que los estudios invasivos para diagnóstico prenatal deben indicarse lo antes

posible durante el embarazo y que la cordocentesis en ningún momento debe sustituir a la amniocentesis para conocer el cariotipo fetal, sino para aquellos casos donde no se pudo realizar antes de las 20 semanas y se desee conocer rápidamente este resultado y para aquellos casos donde obtención de sangre fetal sea la regla.

Así como lo describen Daffos y col. (3,4), Sonek y col. (1) y D'Alton (5) clásicamente la punción se realiza en la base del cordón, a 1-3 cm de la placenta. Nosotros ubicamos con el transductor una zona del cordón que sea fácilmente accesible, la mayor incidencia de punciones es en la salida placentaria de éste. Tenemos experiencia con punciones en asas libres del cordón, al igual que Berrebi y col. (12), quienes manifiestan que de esta forma se pudiera evitar la punción transplacentaria que en algunas ocasiones produce una mayor tasa de transfusión feto materna lo cual es importante en casos de pacientes Rh negativo (7,13-15). Por el mayor riesgo de sensibilización por Rh con este procedimiento es que se recomienda la aplicación de inmunoglobulina anti D en toda paciente Rh (-) no sensibilizada (14,15).

El sitio de punción utilizado por nosotros en todo momento tiene la intención obtener una muestra fetal lo más pura posible y evitar la obtención de sangre materna o la mezcla de ésta con la fetal, lo cual es importante cuando tratamos de determinar cariotipo (16-20), o en la determinación del grupo sanguíneo, valores hematológicos y para la realización de transfusiones intrauterinas descrito por Shah y col. (21) y otros (22-29) esta última fue la indicación en 53 casos.

Tanto el número de punciones como el tiempo del procedimiento fueron mayores en las pacientes sometidas a transfusión intrauterina intravascular, donde ocurría deslizamiento del cordón por el movimiento fetal, hasta que se comenzó a usar la administración de pancuronio al feto para inmovilizarlo durante el procedimiento (13,30). También el número de punciones y el tiempo disminuyó considerablemente luego del primer año de iniciadas las cordocentesis, actualmente la muestra se obtiene con sólo una punción.

Las limitaciones que encontramos en la realización del procedimiento son la posición de la placenta y el cordón, la posición y los movimientos del feto, la cantidad de líquido amniótico, la presencia de miomas y la obesidad. Estos problemas son superables con medidas tales como cambios de posición de la paciente, instilación de soluciones en

la cavidad amniótica (amnioinfusión) y mucha paciencia. Todos los procedimientos fueron bien tolerados por las pacientes.

La confirmación fetal de las muestras se llevó a cabo con la determinación del VCM a través de un equipo de hematología automatizado; si el resultado es > 100 fentolitros (fl) se confirma como sangre fetal y si es < 100 fl se considera sangre materna la cual se descarta. Esta determinación es muy confiable, ya que nos está confirmando que la muestra sanguínea contiene glóbulos rojos de mayor tamaño dado por la presencia de eritroblastos, (3,5,12,13). Sólo en una muestra se reportó VCM < 100 fl pero se envió al laboratorio de citogenética por la certeza que se tenía cuando se tomó la muestra por la observación de la aguja dentro del cordón y el cariotipo resultó 46 XY, sexo que fue corroborado por ultrasonido.

En nuestra serie no se observó complicación en el 87,95% de los procedimientos, la bradicardia fetal se presentó en 17,17%, en estos casos se colocó a las pacientes en decúbito lateral izquierdo y se observó a los fetos por ultrasonido durante 10 minutos hasta la completa recuperación de la frecuencia cardíaca en todos los casos; fueron reevaluados a la hora y a las 24 horas del procedimiento y, cuando la edad de la gestación era mayor de 32 semanas, por control electrónico de la frecuencia cardíaca. Hay que hacer notar que esta complicación fue autolimitada y no duró más de 1 minuto en promedio, comparable con lo reportado por Daffos (30) y Weiner y col. (31); su posible causa es la punción arterial y consecuente liberación de sustancias vaso activas como endotelinas y prostaglandinas (32). En ningún caso se usó estimulación farmacológica y/o vibroacústica.

El riesgo de muerte fetal debida al procedimiento fue 0,48%. Descrita como muerte fetal de causa inexplicada es similar a algunas series y menor en otra (1-6,8,9,13,17,19,20,28,30). Hay que hacer notar que las muertes reportadas, sin aparente causa materno fetal, ocurrieron solamente durante el primer año de iniciada la técnica, el resto de las muertes fatales fueron relacionadas con afectación fetal importante por isoimmunización Rh, retardo intrauterino severo y otras. No se practicó cesárea de emergencia ya que el promedio de edad fetal fue de 26,6 semanas. Los riesgos de hemorragia y hematoma en el sitio de la punción y la placenta, de contracciones uterinas y de lipotimias maternas no son importantes en nuestro estudio.

Los resultados muestran la factibilidad, con un alto margen de seguridad materno y fetal, de lograr al acceso a los vasos umbilicales del feto con la finalidad de obtener una muestra sanguínea, a la cual se le puede practicar cualquier examen propio de una muestra sanguínea, así como la introducción de sustancias (sangre, fármacos, etc.) con fines terapéuticos, todo lo cual significa avances en el manejo del embarazo de alto riesgo obstétrico.

REFERENCIAS

1. Sonek J, Nicolaidis K. Cordocentesis en el diagnóstico del bienestar del feto. *Clin Perinatol* 1994;4:743-763.
2. Rodeck CH. Fetoscopy guided by real-time ultrasound for pure fetal blood samples, fetal skin samples and examination of the fetus in utero. *Br J Obstet Gynaecol* 1980;87:449-456.
3. Daffos F, Capella-Pavlovsky M, Forestier F. A new procedure for fetal blood sampling in utero: Preliminary results of 53 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:985-990.
4. Daffos F, Capella-Pavlovsky M, Forestier F. Fetal blood sampling via the umbilical cord using a needle guided by ultrasound: A report of 66 cases. *Prenat Diagn* 1983;3:271-277.
5. D'Alton M. Prenatal diagnostic procedures. *Semin Perinatol* 1994;18:140-162.
6. Ghidini A, Sepulveda W, Lockwood CJ, Romero R. Complications of fetal blood sampling. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1339-1344.
7. Bell J, Weiner S. Has percutaneous umbilical blood improved the outcome of high-risk pregnancies? *Clin Perinatol* 1993;20:61-80.
8. Puech F, Rajaball R, Jambon AC, Vaast P, Valat AB, Subtil D, et al. Complications of cordocentesis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1949;23:480-484.
9. Petrikovsky B, Klein VR, Ghidini A, Lockwood CJ. Complications of cordocentesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:701-705.
10. Wax JR, Blakemore KJ. Fetal blood sampling. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20:533-562.
11. Sierra I, Tavares F, González F, Paravisini I, Magnelli A, De Abreu L, et al. Cordocentesis y perfil biofísico en el diagnóstico de bienestar fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999;59:229-235.
12. Berrebi A, Bénichou A, Sarramon M, Bessiéres M, Rolland M, Kobuch W, et al. Valeurs biologiques de référence chez foetus humain. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992;21:355-359.
13. Ryan G, Morrow R. Transfusión sanguínea en el feto. *Clin Perinatol* 1994;3:579-595.
14. Nicolini U, Kochenour N, Greco P. Consequences of fetomaternal haemorrhage after intrauterine transfusion. *Br Med J* 1988;297:1379-1381.

15. MacGregor S, Silver R, Sholl J. Enhanced sensitization after cordocentesis in a rhesus-isoimmunized pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:382-383.
 16. Den-Hollander N, Cohen-Overbeek T, Heydanus R, Stewart P, Brandenburg H, Los F, et al. Cordocentesis for rapid karyotyping in fetuses with congenital anomalies or severe IURG. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;53:183-187.
 17. Shalev E, Zalel Y, Weiner E, Cohen H, Shneur Y. The role of cordocentesis in assessment of mosaicism found in amniotic fluid culture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:119-122.
 18. Boulot P, Lefort G, Bachelard B, Humeau C, Hedon B, Laffargue F, et al. Cordocentesis versus amniocentesis for rapid fetal karyotyping in case of late referral of women. *J Perinat Med* 1992;20:159-161.
 19. Donner C, Avni F, Karoubi F, Simon P, Vamos E, Van Regemorter N, et al. Diagnostic cordocentesis for rapid karyotyping. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992;21:241-245.
 20. Bald R, Chatterjee M, Gembruch U, Schun S, Hansmann M. Antepartum fetal blood sampling with cordocentesis: Comparison with chorionic villus sampling and amniocentesis in diagnosing karyotype anomalies. *J Reprod Med* 1991;36:655-658.
 21. Shah D, Roussis P, Ulm J, Jeanty P, Boehm F. Cordocentesis for rapid karyotyping. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1548-1553.
 22. Moise K, Perkins J, Sosler S, Brown S, Saade G, Carpenter R, et al. The predictive value of maternal serum testing for detection of fetal anemia in red blood cell alloimmunization. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1003-1009.
 23. Donner C, Lanbermont M, Karioun A, Paquet V, Vermeylen D, Rodesch F. Follow-up an treatment of feto-maternal alloimmunization. Role of cordocentesis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994;23:892-897.
 24. Gottvall T, Hilden J, Selbing A. Evaluation of standard parameters to predict exchange transfusions in the erythroblastotic newborn. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:300-306.
 25. Queenan J, Tomai T, Ural S, King J. Desviation in amniotic fluid optical density at a wavelength of 450 nm in Rh-immunized pregnancies from 14 to weeks gestation: A proposal for clinical management. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1370-1376.
 26. Selbing A, Stangenberg M, Westgren M, Rahman F. Intrauterine intravascular transfusion in fetal erythroblastosis: The influence of net transfusion volumen on fetal survival. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:20-23.
 27. Weiner C, Williamson R, Wenstrom K, Sipes S, Widness J, Grant S, et al. Management of fetal hemolytic disease by cordocentesis. II. Outcome of treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1302-1307.
 28. Weiner C, Williamson R, Wenstrom K, Sipes S, Grant S, Widness J. Management of fetal hemolytic disease by cordocentesis. I. Prediction of fetal anemia. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:546-553.
 29. Weiner CP, Wenstrom KD, Sipes SL, Williamson R. Risk factors for cordocentesis and fetal intravascular transfusions. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1020-1025.
 30. Daffos F. Acces to the other patient (review). *Semin Perinatol* 1989;13:252-259.
 31. Weiner CP, Okamura K. Diagnostic fetal blood sampling—technique-related losses. *Fetal Diagn Ther* 1996;11:169-175.
 32. Rizzo G, Capponi A, Rinaldo D, Arduini D, Romanini C. Release of vasoactive agents during cordocentesis: Differences between normally-grown and growth-restricted fetuses. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:563-570.
-

Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000

Drs. Pedro Faneite A, Mirna Starnieri

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia de la mortalidad materna, factores relacionados, establecer causas y hacer sugerencias para una atención obstétrica más efectiva.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico, analítico de las muertes maternas sucedidas durante el período de 1982-2000, en el cual hubo 38 482 nacidos vivos. Se analizaron 25 historias de las cuales 19 fueron por causas directas y 6 indirectas.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Resultados: La tasa de mortalidad materna directa fue 49,37 por 100 000. Las principales causas de muerte fueron por hemorragia, toxemia y sepsis con un 47,37%, 31,58% y 15,79%, respectivamente. Las seis muertes no obstétricas fueron dos neumonías, dos meningitis, dos insuficiencias renales agudas. Entre los factores predominaron las procedentes del Estado Carabobo (63,15%) residentes en barrios (57,89%), soltería (84,21%), con instrucción primaria (68,42%). El antecedente familiar determinante fue la hipertensión (26,31%), al igual que el personal (10,52%), con edad materna entre 35-39 años (42,10%) y sin control prenatal (31,57%). En el estado obstétrico destacaron las gestantes, de II-VII (57,89%), edad de embarazo 37-41 semanas (52,63%), muerte en estado poscesárea (42,10%), el lapso de ingreso a la muerte de 72 horas (31,57%) y menor de 6 horas (26,31%), y la hora de muerte más frecuente fue la noche y madrugada (68,41%). Se realizó autopsia al 21,05%.

Conclusión: Las tasas permanecen elevadas con tendencia a disminuir, con predominio de las causas hemorrágicas, lo que implica una amplia estrategia preventiva.

Palabras clave: Mortalidad materna. Tasas. Etiología.

SUMMARY

Objective: To know the incidence of maternal mortality, related factors, to establish causes and to make suggestions for a more effective obstetric attention.

Method: Descriptive, retrospective, epidemiological, and analytical study of maternal deaths occurred during 1982-2000. Twenty five records were analyzed of which 19 were for direct causes and 6 indirect, with 38 482 live born.

Results: The average rate of direct maternal mortality was 49.37 for 100 000. The main causes of death were hemorrhage, toxemia and sepsis with 47.37%, 31.58%, and 15.79%, respectively. The six non obstetric deaths were two pneumonia, two meningitis, two acute renal failure. Among the factors there prevailed those coming from the Carabobo State (63.15%), residents in poor neighborhoods (57.89%), unmarried (84.21%), with primary instruction (68.42%). The predominant family antecedent was the hypertension (26.31%), the same as the personnel (10.52%), with maternal age among 35-39 years (42.1%) and without prenatal control (31.57%). In the obstetric state, prevailed the group GF II to VII pregnancies (57.89%), the gestational age 37-41 weeks (52.63%), death in state post-cesarean section (42.1%), the interval between admission and death of more than 72 hours (31.57%) and less than 6 (26.41%). Were realized autopsy to 21.05%.

Conclusion: The rates remain high with tendency to diminish, prevailing hemorrhagic causes, what implies a wide preventive strategy.

Key words: Maternal mortality. Rates. Etiology.

INTRODUCCIÓN

Cada minuto de cada día, en alguna parte del mundo, y la mayoría de las veces en una nación en desarrollo, una mujer muere de una complicación

Recibido: 08-12-00

Aceptado para publicación: 08-03-00

relacionada al embarazo o parto. Esta muerte es más que una tragedia personal, ella da méritos para que todos nos involucremos. Además, su muerte representa un enorme costo para la nación, su comunidad y familia. Cualquier inversión social y económica que hubiese hecho en su vida se ha perdido. Su familia perdió su amor, su orientación y productividad dentro y fuera del hogar. La mitad de todas las muertes infantiles pueden ser atribuidas a una pobre salud materna.

Hay más, los niños que sobreviven a una muerte materna, tienen más de 10 veces el riesgo de morir dentro de los dos años de vida comparados con aquellos con padres vivos.

Esta gran tragedia, que ocurre cada año, es grandemente previsible. Una década de investigación ha probado que si se implementan pequeñas y factibles medidas pueden significativamente reducirse los riesgos de salud que una mujer afronta con un embarazo (1,2).

La mortalidad materna (MM) y la perinatal (MO), constituyen dos indicadores de la calidad de la asistencia obstétrica que se presta en un hospital. La Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales han abogado para que periódicamente se den a conocer las realidades que estén viviendo a fin de dar los correctivos pertinentes. En nuestra región se ha estado atento a este serio problema, López Gómez y col. (3), estudiaron el período inicial del hospital 1970-1981, posteriormente Faneite y Valderrama (4) analizan el lapso 1982-1991, más recientemente hemos publicado la tendencia de la mortalidad materna y perinatal en los últimos años (5).

Pero, las condiciones del país han cambiado, se ha instalado una seria situación socioeconómica que ha impactado negativamente al sector salud (6). Estimulados por esta nada satisfactoria realidad decidimos realizar un nuevo estudio a fin de confrontarlos con los hallazgos previos, y aportar de esta manera una herramienta de lucha contra este mal que deseamos hacer reducible.

Establecimos como objetivo general estudiar las muertes maternas y los objetivos específicos fueron determinar las tasas de muertes, conocer los factores maternos relacionados, determinar las causas de las muertes, establecer las condiciones obstétricas y señalar actividades preventivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan las historias clínicas de las muertes maternas que ocurrieron en la maternidad del hospital durante el período 1992-2000.

Encontramos un total de 25 historias de muertes, de las cuales 19 eran por causas directas y 6 indirectas; hubo 38 482 nacidos vivos en el lapso estudiado.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico, analítico, de todas las pacientes que han fallecido en cualquier período de gestación hasta los 42 días del puerperio. A cada una de ellas se le hace una revisión detallada de los datos personales, antecedentes, condiciones del parto, causa de muerte.

Todos los datos son recabados en fichas y presentados en cuadros de distribución de frecuencia para el análisis respectivo.

Por ser un estudio retrospectivo la calidad de la historia aportará la solidez de los datos a recabar.

RESULTADOS

En la Figura 1 y Cuadro 1 se expresan nacimientos, muertes maternas y tasas de mortalidad por 10 000 nacimientos en el lapso estudiado. Es de observar que la tasa de mortalidad materna fue de 49,37 por 100 000 nacidos vivos; se observa tendencia a disminución en los últimos años.

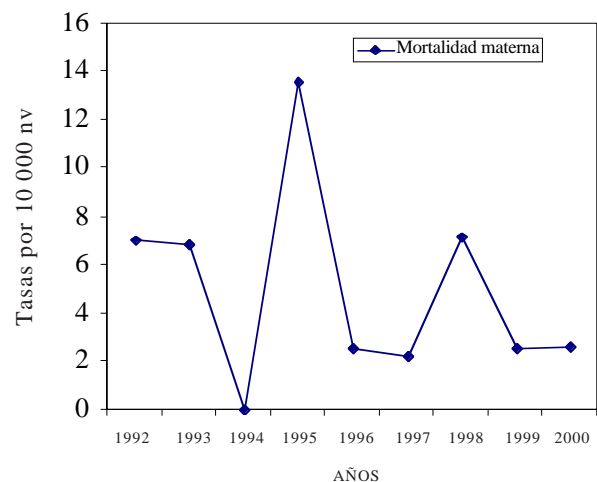


Figura 1. Mortalidad materna directa 1992 – 2000.

MORTALIDAD MATERNA

Cuadro 1
Muertes maternas

Año	RN vivos	Muertes N°		Tasas por 100 000	
		Totales	Directas	Totales	Directas
1992	4 289	3	3	69,9	69,9
1993	4 408	4	3	90,7	68,1
1994	4 677	1	0	21,4	0
1995	4 428	6	6	135,5	135,5
1996	4 014	1	1	24,9	24,9
1997	4 625	1	1	21,6	21,6
1998	4 213	3	3	71,2	71,2
1999	3 972	3	1	75,5	25,2
2000	3 856	3	1	77,8	25,9
Total	38 482	24	19	64,9	49,37

El Cuadro 2 señala la etiología de las muertes obstétricas directas. Las principales causas de muerte fueron por hemorragia, toxemia y sepsis, con un 47,37%, 31,58% y 15,79%, respectivamente. Las seis muertes no obstétricas fueron dos neumonías, dos meningitis, dos insuficiencias renales agudas.

El Cuadro 3 resume los factores; predominaron las procedentes del Estado Carabobo (63,15%) con cifras menores los estados limítrofes, Falcón y Yaracuy. Las residencias en barrios (57,89%) y rural (42,10%), solteras (84,21%) y con instrucción primaria (68,42%).

Cuadro 2
Etiología

Sepsis		Hemorragias		Toxemia		Tromboembolia	
N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
3	15,79	9	47,37	6	31,58	1	5,26
Aborto séptico		Rotura uterina		Toxemia severa			
2	(66,66)	3	(33,33)	5	(83,33)		
Corioamnionitis		Dehiscencia		Eclampsia			
1	(33,34)	1	(11,11)	1	(16,66)		
		Atonía uterina					
		3	(33,33)				
		DPP					
		1	(11,11)				
		Anemia curetaje					
		1	(11,11)				

DPP: desprendimiento prematuro de placenta.

Cuadro 3
Factores

Procedencia		Residencia		Estado civil		Grado instrucción	
N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
12	Carabobo (63,15)	11	Barrio (57,89)	16	Soltera (84,21)	13	Primaria (68,42)
6	Falcón (31,57)	8	Rural (42,1)	3	Casada (15,78)	4	Secundaria (21,05)
1	Yaracuy (5,26)					2	Analfabeta (5,26)
						3	No registrado (15,78)

El Cuadro 4 muestra los antecedentes. El antecedente familiar determinante fue la hipertensión (45,77%), seguida de la diabetes (45,45%); en el personal también destacó la hipertensión (95,34%); con edad materna entre 35-39 años (35,66%) y sin control prenatal (52,56%).

El estado obstétrico se presenta en el Cuadro 5. Destacaron las gestantes de II-VII (26,31%), edad de embarazo 37-41 semanas (52,63%), muerte en estado poscesárea (42,1%). El lapso entre el ingreso del paciente a la muerte fue mayor de 72 horas (31,57%) y menor de 6 horas (26,31%). La hora de

muerte más frecuente fue la noche y la madrugada (68,41%), con incidencia menor en horas matutinas y vespertinas. Se realizó autopsia al 21,05% (4/24).

DISCUSIÓN

Todo esfuerzo que se haga en beneficio de las madres e infantes tienen plena justificación, pues ellos constituyen el 65% de la población, además la de mayor vulnerabilidad. Hacia este tipo de acción han llamado institutos internacionales como la OMS, OPS, Banco Mundial, UNICEF, etc., además de las Sociedades Científicas como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), y en nuestro país las Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Salud Pública.

En Venezuela, en este año 2000 el Ministerio de Salud designó una Comisión Nacional para la prevención de la mortalidad materna e infantil por recomendación presidencial. Se ha elaborado un plan de acción, reuniones con expertos, comisiones regionales, evaluación del trabajo por los estados. Se tienen esperanzas en esta actividad que actualmente se adelanta. Este no es el primer esfuerzo oficial que se hace, en 1994 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a través de su Dirección Materno Infantil, promovió los Comités de Estudio de Mortalidad Materna, con un sistema de vigilancia epidemiológica, que fue reseñado por Molina Vílchez y Fernández (7).

Cuadro 4
Antecedentes

Antecedentes familiares N° (%)	Antecedentes personales N° (%)	Edad Años (%)	Control prenatal N° (%)
Hipertensión 5 (26,31)	Hipertensión 2 (10,52)	≤ 19 2 (10,52)	Si 10 (52,63)
Diabetes 4 (21,05)	Alergia 1 (5,26)	20 - 24 3 (15,78)	No No
		25- 29 1 (5,26)	6 (31,57)
		30 - 34 4 (21,05)	No registrado 3 (15,78)
		35 - 39 7 (42,1)	
		40 y más 1 (5,26)	

Cuadro 5
Estado obstétrico

Gestaciones N° (%)	Edad de gestación (Semanas) N° (%)	Situación obstétrica N° (%)	Lapso ingreso a muerte (Horas)	Hora de muerte (Hora)
I 3 (15,78)	≤ 21 2 (10,52)	Poscesárea 8 (42,10)	≤ 6 5 (26,31)	7 - 12 m 3 (15,78)
II -VII 11 (57,89)	22 -27 1 (5,26)	Cesárea/histerec 4 (21,05)	6 - 11 1 (5,26)	1 - 6 pm 3 (15,78)
VIII y más 5 (26,31)	28 - 36 5 (26,31)	Puerperio 3 (15,78)	12 -23 3 (15,78)	7 - 12 PM 6 (31,57)
	37 - 41 10 (52,63)	Aborto 2 (10,52)	24 - 47 3 (15,78)	1 - 6 am 7 (36,84)
	≥ 42 1 (5,26)	Embarazada 2 (10,52)	48 - 71 1 (5,26)	
			≥ 72 6 (31,57)	

En el país han sido múltiples los trabajos publicados en diversos hospitales, cuyos autores han tenido la sensibilidad de alertar sobre este serio problema, que aún mantiene en vilo la conciencia de una adecuada atención a la madre venezolana (8-22).

Los resultados de este trabajo señalan una tasa promedio de mortalidad materna directa de 49,37 por 100 000 durante el período de 1982-200; esta cifra es casi la mitad de los que reportamos para el período 1982-1991, con 95,17 (4), aún menor que lo referido por López Gómez y Bracho de López para el lapso 1970-1981, de 137,59 (3), y próximas a otras (20,22). Esto nos permite señalar que a pesar de que estas cifras son elevadas con relación a países desarrollados, hay una tendencia a disminuir durante estos 30 años.

Las principales causas de muerte directa fueron hemorragia (47,37%), toxemia (31,58%) y sepsis (15,79%); es decir, se ha sucedido un cambio de la etiología; en los dos lapsos estudiados previamente predominó la sepsis (3,4), es probable que esto sea producto de todas las medidas preventivas y cambios estructurales de plantas físicas realizadas y ello implica reorientar estrategias de ataque hacia las causas hemorrágicas específicas encontradas.

Las seis muertes no obstétricas fueron dos neumonías, dos meningitis, dos insuficiencias renales agudas, parecido al último período estudiado (4).

Entre los factores relacionados predominaron las pacientes oriundas del Estado Carabobo como era de esperarse (63,15%), pero por ser el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" un hospital regional no es extraño que aparezcan en la procedencia estados vecinos, como Falcón y Yaracuy; son determinantes las residentes en barrios (57,89%) y rural (42,1%). Hay una condición de inestabilidad familiar que se ha reportado en nuestro estudios, ella es la soltería con 84,21% (4), el factor educacional deficiente es patentizado de nuevo al predominar la instrucción primaria (68,42%); estos factores han sido señalados constantemente (9,16).

El antecedente familiar y personal determinante fue la hipertensión con 26,31% y 10,52%, respectivamente, lo que se relaciona predominantemente con la edad materna de 35 años o más (47,36%). La falta de control prenatal (31,57%), expresa lo deficiente del nivel de la captación de gestantes, motivación, educación sanitaria, cuestión común en diversos reportes (3,4,9,11,12,16).

En el estado obstétrico destacaron los gestantes de II-VII (57,89%), esta prolija reproducción es un factor de riesgo sistemáticamente encontrado (4).

Hubo dominio de los embarazos a término (52,63%), esto ha sido reportado (9,11,12,16), y la muerte en estado poscesárea (42,1%), señalándonos una vez más el riesgo quirúrgico. El lapso de ingreso al momento de muerte, se ha tomado como una forma de valorar la calidad de asistencia prestada, pero ello debe interpretarse con cuidado, en especial se trata de hospitales de referencia; en descargo, hubo muerte menor de 6 horas 26,31%, en general fueron pacientes referidas en mal estado; la muerte mayor de 72 horas fue 31,57%. La hora de muerte más frecuente fue la noche y madrugada (68,41%), esto pudiera estar señalándonos las condiciones y recursos hospitalarios en un horario donde sólo está disponible el personal de guardia. Se realizó autopsia al 21,05% en nuestro último reporte se hizo 5%, sin embargo, esto es muy deficiente, en nuestro hospital hay un solo patólogo, a pesar de las exigencias realizadas (4).

A manera de conclusión podemos decir que las tasas permanecen elevadas, con tendencia a disminuir, con predominio de causas y razones hemorrágicas, lo que implica una amplia estrategia preventiva.

Hemos planteado que existen condiciones extrañas al sector salud que hacen fuerte mella en el nivel de vida del venezolano, nos referimos al estado socioeconómico, nivel de educación, políticas de salud, planificación, entre otros (6,23,24).

Específicamente, se requieren actividades de promoción en salud, actividades asistenciales, donde la jerarquización de la atención y el enfoque de riesgo sea la base, es vital la promoción prenatal, aumentar su cobertura, elevar la calidad del acto médico con dotación adecuada de personal y equipos de los diversos centros de salud.

Actividades docentes, donde las patologías propias de la región sean las de principal dominio; deben abarcar la población en general y a todo el equipo de salud.

Actividades de investigación, facilitar la vigilancia epidemiológica, tratar de disminuir el subregistro (25), y que ella sea el pulso que advierta las circunstancias de salud.

Por supuesto, que la responsabilidad de gran parte de estos programas es del Estado, también se hace necesario una población consciente de sus deberes y derechos, y no sólo nosotros, los que nos hemos dedicado a su atención y cuidado. Esperamos los resultados de todos estos esfuerzos que actualmente adelantan el Ministerio de Salud, Sociedades Científicas y diversos grupos de opinión.

REFERENCIAS

1. UNICEF. El Progreso de las Naciones. Nueva York; 1996.
2. Organización Mundial de la Salud. Revised 1990. Estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF. Ginebra; 1996.
3. López Gómez JR, Bracho de López C. Mortalidad materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Adolfo Prince Lara". Rev Obstet Ginecol Venez 1985;45:37-46.
4. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna. 1982-1991. Rev Obstet Ginecol Venez 1992;52:193-196.
5. Faneite P. Salud reproductiva en obstetricia. Tendencias 1969-1996. I. Mortalidad materna y perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 1997;57:151-156.
6. Faneite P. Impacto socioeconómico sobre la mortalidad perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60:85-88.
7. Molina R, Fernández G. Los comités de estudio de la mortalidad materna en Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:237-241.
8. Crespo J. Mortalidad materna en el Hospital Central "Antonio María Pineda", Barquisimeto. Rev Obstet Ginecol Venez 1970;30:497-501.
9. Suárez R. Mortalidad materna en Maracaibo. (1962-1967). Rev Obstet Ginecol Venez 1971;3:1364-1372.
10. Briceño I. Mortalidad materna en el Hospital Central de Valera. Rev Obstet Ginecol Venez 1975;35:305-309.
11. Salazar J. Mortalidad materna en el Hospital Central Luis Razetti, Barcelona. Rev Obstet Ginecol Venez 1976;36:121-130.
12. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Núñez Tovar". Rev Obstet Ginecol Venez 1977;37:37-42.
13. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Rev Obstet Ginecol Venez 1977;37:361-365.
14. Sukerman E, Pagés P. Mortalidad materna por sepsis 1970-1979. Rev Obstet Ginecol Venez 1981;41:95-102.
15. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad materna en el Hospital "José Gregorio Hernández". Rev Obstet Ginecol Venez 1981;41:233-236.
16. Silva M, Petit G. Mortalidad materna. Rev Obstet Ginecol Venez 1982;42:95-98.
17. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Rev Obstet Ginecol Venez 1985;45:92-97.
18. Lairer O, Paz L, Lairer de Paz M. Mortalidad materna en el Hospital Central Portuguesa de Acarigua-Araure 1970-1984. Rev Obstet Ginecol Venez 1986;46:33-36.
19. Molina R, Barboza R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:217-221.
20. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:89-92.
21. Molina R, Mármod de ML, Morales M, Fernández G, Leal E. Mortalidad materna en el municipio Maracaibo, Edo. Zulia, 1993. Rev Obstet Ginecol Venez 1995; 55:93-99.
22. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire", Edo. Zulia durante los años 1988-1995. Rev Obstet Ginecol 1997;57:177-180.
23. Díaz A, Schwarcz R. Mortalidad materno infantil en las Américas y el enfoque de riesgo. Publicación Científica CLAP; OPS/OMS, N° 1149. Montevideo Uruguay, 1987:8-9.
24. Suite M. Maternal mortality: Confidential enquiries into maternal death in the United Kingdom. Am J Obstet Ginecol 2000;182:760-766.
25. García J, Furlanetto L, Fernández M, Molina R. Subregistro de mortalidad materna en el Municipio Maracaibo. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60:175-178.

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Correo electrónico: faneite@telcel.net.ve.

La superficie de separación placentaria

Dr. Olivar C Castejón S*

Universidad de Carabobo. Maracay, Edo. Aragua

RESUMEN

Objetivo: Exponer la superficie de separación placentaria y su región más profunda en la cual microcavidades irregulares se describen en función del mecanismo de desprendimiento placentario.

Métodos: Se seleccionaron cinco placentas de parto normal de las cuales se tomaron muestras de cinco regiones de placa basal elaborándose cinco láminas teñidas con hematoxilina-eosina. Los especímenes fueron observados y examinados con técnicas de microscopía de luz y electrónica de barrido.

Ambiente: Laboratorio de Microscopía Electrónica de Barrido. CIADANA. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua, Maracay.

Resultados: El 90% de las láminas observadas revelaron microcavidades empotradas en la placa basal. Estas parecen confluír o fusionarse para conformar canales más amplios que adelgazan el grosor de la placa. Ellas se localizan en los lugares de muerte celular.

Conclusión: Microcavidades irregulares localizadas en la placa basal después de la muerte celular parecen debilitar la zona de unión fetomaterna en el mecanismo de separación placentaria.

Palabras clave: Superficie materna. Placa basal. Placenta.

SUMMARY

Objective: To expose the surface of placental separation and their deeper region which exhibit irregular microcavities described in relationship with the mechanism of cleavage.

Method: Five normal placentas were selected and five specimens of each one were processed to H-E stain and scanning electron microscopy.

Setting: Laboratory de Microscopía Electronica de Barrido. CIADANA. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Nucleo Aragua, Maracay.

Results: 90 percent of slides observed revealed microcavities built in the basal plate which seem fuse to form channels that get thin their structure. They were found in the place where cells die.

Conclusion: Irregular microcavities located in the basal plate after cellular death seem to weaken the area of feto maternal junction in the mechanism of placental separation.

Keys words: Maternal Surface. Basal plate. Placental separation.

INTRODUCCIÓN

La placenta es expulsada del útero durante el evento conocido como alumbramiento o tercera etapa del parto. Según la teoría de retroacción positiva (1), la placenta se desprende del útero después de fuertes contracciones miométriales uterinas; los mecanismos de tal desprendimiento no han sido del todo aclarados e incidentalmente son mencionados en estudios generales sobre la anatomía, histología, desarrollo y fisiología de la placenta humana. La placenta se asocia al miometrio mediante una de-

cidua que se transforma durante el embarazo (2). En el proceso de evolución o desarrollo placentario, el tejido decidual queda ubicado entre capas de trofoblasto y miometrio. Una línea de separación, de división o clivaje, ocurre en ese tejido decidual durante el alumbramiento. En numerosos esquemas o dibujos, esta línea de separación se ubica entre la zona compacta y esponjosa o en la última región del endometrio de las etapas tempranas del embarazo. Desde los 60 días del desarrollo, el tejido decidual se adelgaza cada vez más (2). Un prominente plexo venoso (3) queda ubicado en la zona de la decidua, así como glándulas atrofiadas, arterias espirales basales con degeneración fibrinoide, vellosidades ancorantes y una matriz extracelular que incluye a células deciduales y trofoblásticas diferenciadas.

*Coordinador General del CIADANA, Prof. Titular en Biología Celular, Fac. Cs. De la Salud, Laboratorio de Microscopía Electrónica.

Recibido: 12-11-00

Aceptado para publicación: 21-04-01

Al término del embarazo, entre las 37 y 41 semanas, todos los tejidos mencionados constituyen una estructura semejante a una esponja, la cual puede verse en la clásica microfotografía de la Fig. 51 de Hamilton y Hamilton (2) que exhibe el inicio de la separación placentaria.

La adelgazada capa de decidua basal a término al dividirse origina dos mitades: una que permanece incorporada a la placenta conformando la placa basal y tabiques deciduales y la otra adherida al endometrio y conforma el lecho placentario.

Ludwig (4), Ludwig y Metzger (5) encontraron tiras de epitelio endometrial columnar asociado a la placa basal en la zona marginal del lecho placentario. Además, en la superficie materna de la placa basal, ellos notaron la entrada o salida de vasos materno-fetales descritos como lagunas vasculares que han perdido su pared estructural y una notable malla de fibrina que atrapa células sanguíneas conformando una especie de tapiz que recubre la superficie observada.

La observación de la superficie de la placa basal, recientemente desprendida de la correspondiente a la cavidad uterina, así como la zona más profunda o zona de Nitabuch, es motivo de estudio en este trabajo. En esta última se originan microcavidades que corresponden a los lugares donde se encontraban las células mientras permanecían vivas. Al morir células deciduales o trofoblásticas en la zona de Nitabuch de la placa basal, dejan estos microespacios que al confluir originan cavidades mucho más amplias, las cuales al estar a todo lo largo de la placa basal facilitarían el desprendimiento placentario. La evidencia de estas microcavidades o microespacios por debajo de la superficie materna de la placa basal y su posible participación en el mecanismo de la separación placentaria, es motivo de estudio con técnicas de microscopia de luz (ML) y electrónica del barrido (MEB).

MATERIAL Y MÉTODOS

Microscopia de luz

Cinco placentas humanas fueron obtenidas de embarazos clínicamente normales y recolectadas inmediatamente al final del parto espontáneo de 38 a 40 semanas de gestación. Cinco especímenes fueron tomados de la región materna de la placa basal de cada placenta; uno en la zona central parabaasal y los cuatro restantes del área marginal. De cada espécimen se realizaron cinco cortes de 3 a 5 μ para ser teñidos y procesados con la técnica de

hematoxilina-eosina (HE). Para lograr mejor contraste algunas láminas fueron observadas con microscopia de contraste de fase. Se realizó la observación de microcavidades mediante el objetivo de 40x tomando en cuenta la presencia por cada campo en las 125 láminas teñidas con HE en las regiones mencionadas.

Cortes de 1-1,5 μ también fueron realizados a cada placenta, siguiendo la preparación previa (6) indicada para los cortes gruesos, usadas en la orientación de ellos, en la técnica de microscopia electrónica de transmisión (MET).

Microscopia electrónica de barrido

Especímenes de cada placenta fueron fijados toda la noche en 2% de glutaraldehído en 0,1 M de buffer fosfato según procedimiento indicado en trabajo previo (6). Las observaciones fueron hechas sobre la superficie materna de la placa basal de la placenta y a corta distancia por debajo de ésta en la conocida zona de Nitabuch de la placa basal. Cortes de tejido de 5 μ fueron procesados por MEB.

RESULTADOS

Una compleja malla de fibrina recubre la recién desprendida superficie materna de la placa basal que atrapa glóbulos rojos o cualquier elemento celular de la sangre; es casi imposible identificar los tipos celulares existentes en la zona. Se observaron orificios de entrada o salida de vasos. En algunos casos se notaron restos de las aperturas de glándulas endometriales. Además, promontorios como pequeños domos o montañas corresponden a vellosidades ancorantes empotradas que sobresalen en la placa basal. Ocasionalmente, la membrana basal del epitelio endometrial que se puede localizar en la zona marginal del lecho placentario, puede observarse cuando por casualidad parte de esa región es cortada en los especímenes de la zona periférica-marginal. La membrana basal muy plegada cuando es vista, se muestra con perforaciones que comunican con el estroma endometrial y se presenta sin el epitelio el cual probablemente ha sido exfoliado durante los procedimientos de MEB.

Trombos suelen verse en el interior de vasos que surcan la placa basal. Una infiltración de polimorfonucleares, también se observó en la zona cercana a la Nitabuch. Casi el 90% de las láminas observadas (N = 125) presentaron microcavidades empotradas en la placa basal.

En la zona algo más profunda de la superficie,

SEPARACIÓN PLACENTARIA

algunas células deciduales o trofoblásticas (Figura 1) sufren vacuolización nuclear o citoplasmática. Núcleos celulares se observan en picnosis o cariólisis.

Otras se observan rodeadas por un halo claro de matriz extracelular y suele verse vacuolas en su citoplasma (Figura 1, 2A, 3A). En el fibrinoide tipo fibrina de la placa basal se exhiben nítidos espacios claros de forma irregular (Figura 3B). Semejan, a veces, burbujas de aire o aceite. Varios de estos al estar cerca parecen fusionarse y dar origen a otros más grandes. Tiras de tejido se observan como si hubiesen sido traccionadas por fuerzas en sentido contrario y divididas en bandas delgadas paralelas en cuyo espesor se localizan células en proceso de degeneración (Figura 3B).

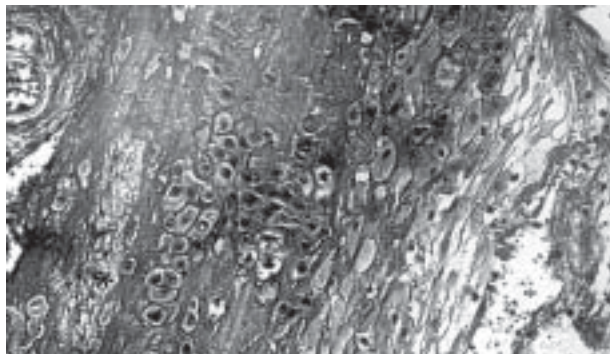


Figura 1. Microfotografía de luz de una panorámica de región de placa basal con una vellosidad terciaria asociada en el lado izquierdo. Se observa estroma de una vellosidad ancorante (asterisco), células trofoblásticas, deciduales y corte de la pared de un vaso (236 X; Contraste de fase).

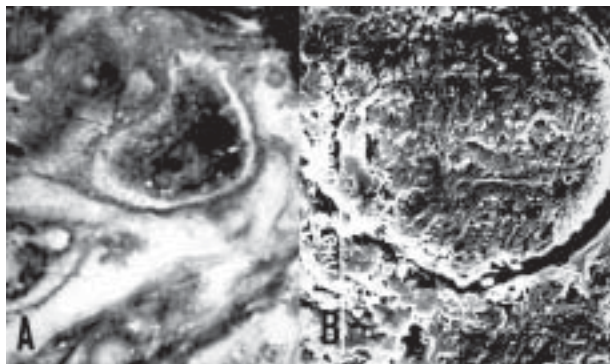


Figura 2. A. Células trofoblásticas rodeadas por un espacio claro en corte de 1 μ (932X); azul de toluidina. B. El espacio que rodea la célula se observa con MEB.

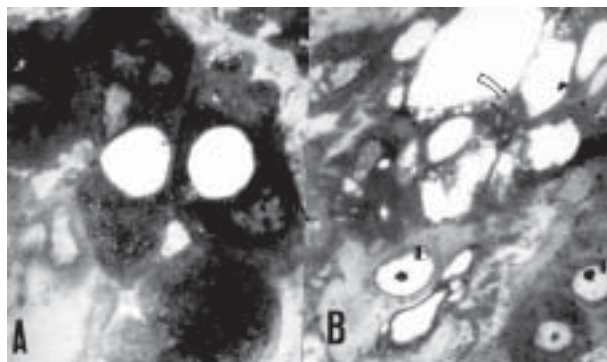


Figura 3. A. Células trofoblásticas con numerosas vacuolas citoplasmáticas pequeñas y espacios intercelulares nítidos (932x; azul de toluidina). B. Al desprenderse matriz extracelular como la señalada por flecha curva quedan espacios más amplios. Células trofoblásticas (T) y deciduales (D) en degeneración (932X; azul de toluidina).

Las grandes vacuolas pertenecen a células trofoblásticas o deciduales. Se observan microcavidades en el sitio donde hay una intensa degeneración celular y conforman espacios mayores con aspecto de túneles, canales o cavernas (Figura 4, 5). Cintas de tejido decidual desprendido suelen observarse en la superficie de la placa basal (Figura 6). A veces, fibras de músculo liso también se observan asociadas a la placa basal.

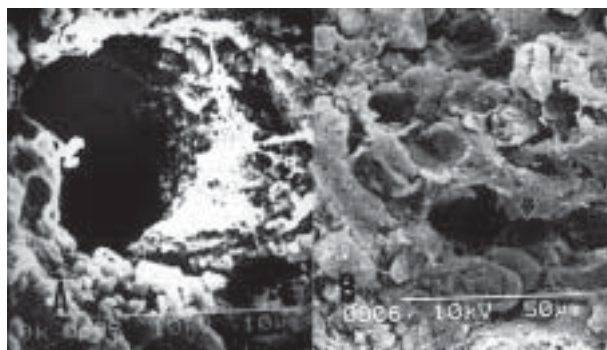


Figura 4. A. Una microcavidad localizada en la matriz extracelular de la placa basal. B. Varias microcavidades han conformado un canal (flecha).

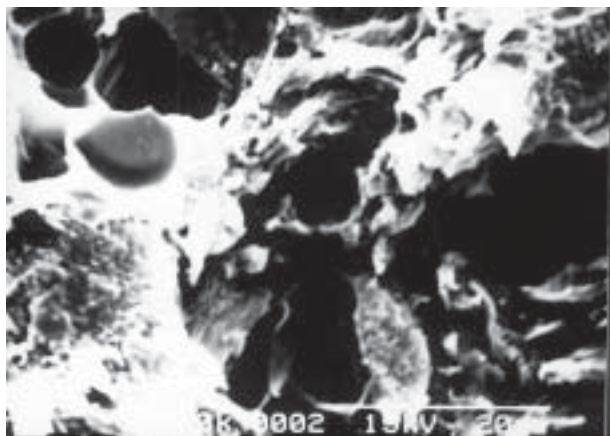


Figura 5. Microcavidades fusionadas en los espacios donde se encontraban células vivas conforman pequeñas cavernas que adelgazan cada vez más el grosor de la placa basal.

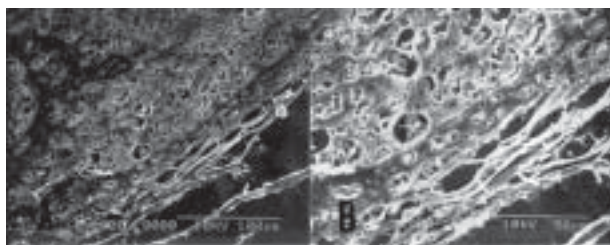


Figura 6. A. La superficie materna de la placa basal vista con MEB en corte de 5 μ . El tejido se fractura por regiones muy delgadas que rodean células que muestran necrosis o apoptosis. B. Barras de tejido se observan desprendidas en una ampliación local de la región anterior.

DISCUSIÓN

La presencia de una compleja malla de fibrina, orificios de vasos, aperturas de glándulas, promontorios de vellosidades de anclaje, ocasional observación de membrana basal del epitelio endometrial, trombos e infiltración de polimorfonucleares son indicadores de zona de desprendimiento (4,5,7).

La observación microscópica de especímenes de la placenta *in situ*, en las etapas entre 37 y 45 días del desarrollo, con embriones de una distancia cráneo-rabadilla de 10 mm (2) ya permite ver una zona fetomaternal donde hay una notable distorsión

y dilatación de glándulas en la decidua basal. Además, se pueden observar cortes de arterias espirales con marcada degeneración fibrinoide y segmentos hialinizados de venas.

Al llegar la etapa final del embarazo hay una fuerte reducción del grosor de la decidua basal de manera que podemos observar en el área de la unión feto-maternal, una estructura tisular comparada a una trama o esponja cuyos espacios vacíos corresponden a las luces de glándulas o vasos y cuyas trabéculas o barras tisulares corresponden a decidua basal. La imagen de la Figura 24 del clásico trabajo de Hamilton y Hamilton (2) así lo confirma desde la etapa de 61 días del desarrollo. En estudios realizados en la región más profunda a la superficie de la placa basal de la placenta a término, investigadores han encontrado hendiduras, perforaciones (7) y pequeñas cavidades irregulares conocidas como "seudoquistes" localizadas en la placa basal, rodeadas de fibrinoide tipo fibrina o tipo matriz. Estas se llenan de un fluido o de detritus celulares producto de la degeneración celular (8). Se corresponden con los lugares en los cuales mueren células X o células del trofoblasto extraveloso. La muerte celular programada o apoptosis ya es objeto actualmente de una intensa motivación en las investigaciones sobre el trofoblasto veloso (9). La colocación lineal o en grupos de células X en la matriz extracelular de fibrinoide de la placa basal, afectadas por necrosis o probablemente por apoptosis generan canales o espacios irregulares como los aquí demostrados, que al fusionarse unos con otros, y forman hendiduras o espacios más amplios en el espesor de las trabéculas que, a su vez, se adelgazan cada vez más. Queda una estructura como la demostrada en las Figuras 3B, 4B y 5 que soporta los estironamientos, compresiones o tensiones, hasta cierto límite. Ramsey (3) sugirió que el prominente plexo venoso que separa la decidua basal del miometrio, participa en proporcionar un plano de clivaje en la separación placentaria después de la semana 30 del embarazo. No estando el feto *in útero*, la fuerte contracción del mismo desprende la placenta a través de estos espacios vasculares grandes, degenerados, de la zona esponjosa de la misma como se desprende una estampilla de sus perforaciones (10).

Según los patólogos y morfólogos de la placenta, probablemente la placa basal se exfolia del subyacente miometrio porque al contraerse éste, la placenta no hace lo mismo (11). La superficie del tejido decidual liberado, nos recuerda el tejido textil roto

cuando se somete a tensiones o fuerzas opuestas. Estas fuerzas se originan en la tercera etapa del parto (1), durante la intermitencia de las contracciones del miometrio sobre una placenta fija, provocan un efecto cizalla sobre el tejido decidual. Las trabéculas deciduales con los pseudoquistes, hendiduras, perforaciones y glándulas o vasos degenerados, se rompen más fácilmente en esta etapa del embarazo comparada con las gruesas barras de tejido decidual más o menos compacto de las primeras etapas del desarrollo. Estos resultados encontrados, constituyen las fases finales, muy posiblemente, de una cascada de eventos fisiológicos y bioquímicos que deben estar ocurriendo durante el desprendimiento, desconocidos hasta la fecha. Castejón (6,12-15) y Castejón y col. (16-20) en numerosos trabajos realizados en la zona cercana al área de Nitabuch, han demostrado los cambios degenerativos a nivel ultraestructural que ocurren en células deciduales, los cuales se inician a nivel mitocondrial; los cambios en las células X que mueren después de sufrir un proceso de envejecimiento en la placa basal; los de fibroblastos en el conjuntivo de ésta; los observados en la periferia de células X sepultadas en la matriz de fibrinoide extracelular tipo matriz o tipo fibrina y los espacios empotrados en el espesor de la placa basal indicando que estos no son artefactos, son producto de la muerte celular por necrosis o apoptosis que ocurre en esta área. Es posible que las vellosidades de anclaje (17) envejecidas o muertas, también contribuyan a originar nuevas cavidades. Los resultados aquí reportados indican las zonas que debilitan al tejido decidual y sobre cuya acción, por estiramiento o tensiones ocurridas en el parto, causan su desprendimiento.

Previamente, este tejido ha sido preparado para un evento similar al que ocurre al final del ciclo menstrual mediante la deposición de fibrinoide, degeneración hialina y necrosis celular, que van estructurando una zona de demarcación para el futuro clivaje.

De interés sería el estudio en esta área de fuerzas adhesivas entre las células deciduales o trofoblásticas, como ha sido reportado para el proceso de implantación embrionaria (21). Estos resultados permiten un mejor entendimiento de lo que pudiera estar ocurriendo en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Si las cavidades observadas se incrementan en esta patología queda a ser demostrado.

Se desconoce el mecanismo fisiológico de la

separación placentaria. Probablemente los estrógenos aumentan la producción de IL-4, una citocina Th2, que inhibe la producción local de prostaglandinas en esta zona de estudio. Estos, al disminuir en la 3ª etapa del parto, estimulan la producción de prostaglandinas por células deciduales y el miometrio se contrae en el momento que se liberan citocina Th1 que ayudan al desprendimiento de la placenta (22).

En conclusión, la existencia de cavidades irregulares en la placa basal, producto de la necrosis o apoptosis de células trofoblásticas o deciduales incluidas en la matriz de fibrinoide, añade un nuevo factor que debilita la región a ser desprendida, distinto al producido por las luces de glándulas, vasos o vellosidades de anclaje, las cuales envejecen y mueren en la unión materno-fetal.

Agradecimientos

Al fondo fijo institucional de la Facultad Ciencias de la Salud de la Coordinación Administrativa del Núcleo Aragua para materiales, reactivos y servicios del CIADANA. A Keyla Aguilar por mecanografiar el manuscrito.

REFERENCIAS

1. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiología médica. 9ª edición. New York: Interamericana McGraw-Hill; 1997.
2. Hamilton WJ, Hamilton DV. Development of the human placenta. En: Philipp EH, Barnes J, Newton M, editores. Scientific Foundations of Obstetrics and Gynecology. Chicago: A William Heinemann Medical Books Publication; 1977.p.292-357.
3. Ramsey EM. The placenta. Human and animal. New York: Praeger Publishers; 1982.
4. Ludwig H. Surface structure of the human term placenta and the uterine wall post-partum in the screen scan electron microscope. Am J Obstet Gynecol 1971;111:328-344.
5. Ludwig H, Metzger H. The human female reproductive tract. A scanning electron microscopic atlas. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1976.
6. Castejón OC. La citoarquitectura de la placa basal de la placenta humana. Salus 2000;3:27-32.
7. Boyd JD, Hamilton WJ. Placental septa. Z Zellforsch 1966;69:613-634.
8. Ruffolo R, Benirschke K, Covington HI, Munro AB. Electron microscopy study of the "x-cells" in septal cysts of the human placenta. Am J Obstet Gynecol 1967;99:1147-1159.
9. Mayhew TM, Leach L, McGee R, Wan Ismail W, Myklebust R, Lammiman MJ. Proliferation, differentiation and apoptosis in villous trophoblast at 13-41

- weeks of gestation (including observations on annulate lamellae and nuclear pores complexes). *Placenta* 1999;20:407-422.
10. Nesbitt REL. Abnormalities and diseases of the placenta and appendages (Other than hydatidiform mole and choriocarcinoma). En: Novak ER, Woodruff JD, editores. Filadelfia: WB Saunders Co.; 1974.p.540-580.
 11. Benirschke K, Kaufmann P. Pathology of the human placenta. 3ª edición. New York: Springer-Verlag; 1995.
 12. Castejón OC. An electron microscopic study of decidual cells of the human placenta at term. *Rev Micr Elect Biol Cell* 1984;1:49-69.
 13. Castejón OC. Cambios ultraestructurales por envejecimiento en células x-trofoblásticas de la placenta humana. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1994;54:25-29.
 14. Castejón OC. La ultraestructura del fibroblasto de la placa basal de la placenta humana. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:91-95.
 15. Castejón OC. Microscopia electrónica de la interacción de membranas plasmáticas con la matriz extracelular de fibrinoide placentario. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999;59:181-187.
 16. Castejón OC, De Castejón VC. Desmosomas intracitoplasmáticos en células trofoblásticas-x de la placa basal de la placenta humana a término. *Gac Méd Caracas* 1988;96:385-391.
 17. Castejón OC, Belouche CR, Peroso AA. Estudio ultraestructural del tejido conjuntivo de la placa basal de la placenta humana con la vellosidad de anclaje. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:1-6.
 18. Castejón O, Belouche R, De Castejón V. Filamentos citoplasmáticos y secreción celular en células trofoblásticas-x de la placa basal de la placenta humana a término. *Gac Méd Caracas* 1997;105:520-524.
 19. Castejón OC, Belouche CR, De Castejón VM. Identificación celular en la placa basal de la placenta humana. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1998;58:77-81.
 20. Castejón OC, Belouche CR, De Castejón VM. Células deciduales y trofoblásticas: su interacción con la matriz extracelular de fibrinoide. *Gac Méd Caracas* 1998; 106:231-236.
 21. Thie M, Rospel R, Dettmann W, Benoit M, Ludwig M, Ganb HE, et al. Interactions between trophoblast and uterine epithelium: Monitoring of adhesives forces. *Human Reprod* 1998;13:3211-3219.
 22. Las Heras J, Dabacens A, Seron-Ferre M. Placenta y anexos embrionarios. En: Perez SA, editor. *Obstetricia*. 3ª edición. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda; 1999.p.118-136.

Correspondencia: Laboratorio de Microscopia Electrónica de Barrido, Centro de Investigación y Análisis Docente Asistencial Núcleo Aragua (CIADANA), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Maracay, Edo. Aragua, Apartado 4944. Teléfonos: (043) 71 06 27 (fax) 71 06 47.

Lesión intraepitelial cervical asociada a virus papiloma humano

Dras. María Scuceces, Ana Paneccasio

Hospital Central de Maracay y Ambulatorio "María Teresa Toro". Maracay, Estado Aragua

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el tipo de lesión cervical en pacientes portadoras de infección por virus papiloma humano, mediante citología y examen histológico.

Método: Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal de 39 pacientes con lesión intraepitelial cervical asociada con virus papiloma humano.

Ambiente: Consultas de Ginecología y Prenatal, Hospital Central de Maracay y Unidad de Patología de Cuello Uterino del Ambulatorio "María Teresa Toro".

Resultados: El promedio de edad fue 32,86 años. La detección de virus papiloma humano se realizó por citología y biopsia dirigida en 20 casos (51,3%). Dieciocho pacientes (46,2%) eran portadoras de genotipos de virus del papiloma humano diferentes a los clasificados con riesgo epidemiológico. En 12 casos (30,7%) se detectaron lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado seguidas por 11 casos (28,2%) de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y 1 caso tuvo carcinoma epidermoide. Veintiseis pacientes (53,1%) con lesión por virus papiloma humano a la biopsia dirigida y de las 7 pacientes con serotipos de virus del papiloma humano de alto riesgo el 42,9% (03) presentó lesión por virus del papiloma humano a la biopsia dirigida.

Conclusiones: El análisis de los resultados evidenció las características y la modalidad de infección por virus papiloma humano. Asimismo los resultados evidencian que la reacción en cadena de la polimerasa permite identificar el riesgo y los precursores del carcinoma invasor.

Palabras clave: Lesión intraepitelial cervical. Virus papiloma humano. Factores de riesgo. Métodos moleculares.

SUMMARY

Objective: To evaluate the type of cervical lesion in patients carrying the infection by human papilloma virus using cytology and histological examination.

Method: Prospective, descriptive and longitudinal study of 39 patients with cervical intraepithelial lesions associated to human papilloma virus.

Setting: Outpatient clinics of Gynecology and Prenatal Care of The "Hospital Central de Maracay" and the Uterus Cervical Pathology Unit of the "Maria Teresa Toro" Ambulatory.

Results: The mean age was 32.86 years. Human papilloma virus was detected by cytology and directed biopsy in 20 cases (51.3%). Eighteen patients (46.2%) were carriers of human papilloma virus different from the classified as epidemiological risk. In 12 cases (30.7%) were detected high risk squamous intraepithelial lesions followed by 11 cases of low risk squamous intraepithelial lesions and 1 case had epidermoid carcinoma. Twenty six patients (53.1%) with lesion for human papilloma virus at the directed biopsy and from the 7 patients with serotypes of high risk human papilloma virus, 3 (42.9%) presented lesion for human papilloma virus at the directed biopsy.

Conclusion: The analysis of the results showed the characteristics and the type of human papilloma virus infections. Likewise, the results showed that the polymerase chain reaction allows the identification of the risk and precursors of the invader carcinoma.

Key words: Cervical intraepithelial lesion. Human papilloma virus. Risk factors. Molecular methods.

El presente trabajo fue realizado con la colaboración del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CDCH) de la Universidad de Carabobo.

Recibido: 23-03-00

Aceptado para publicación: 07-02-01

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico preclínico y el tratamiento de las lesiones displásicas ha reducido los casos de neoplasia invasiva. Por otra parte, la hipótesis de una

infección viral por herpes virus 2 (HSV2) y/o papovirus (VPH) en la etiopatogénesis del carcinoma de cuello uterino, suscita cada vez más interés.

El rol carcinogénico desarrollado por las infecciones de virus papiloma humano (VPH) está demostrado por la asociación con lesiones displásicas o francamente neoplásicas del cuello uterino. De los 68 tipos de VPH identificados, 23 son responsables de infecciones genitales. Los VPH 6, 11, 42 se relacionan con el 80%-90% de las lesiones condilomatosas vulvoperineales y con el 40%-60% de las lesiones cervicales de bajo grado histopatológico (NICI). Los VPH 16, 18, 31, 33, 38, y 39 han sido evidenciados en las lesiones cervicales preinvasivas (NIC II y III) o francamente invasivas (1,2).

El presente trabajo se propone detectar y tipificar VPH mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en pacientes portadoras de la infección.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es prospectivo y longitudinal. Se seleccionan 39 pacientes portadoras de infección por VPH detectada, tanto por citología como por biopsia dirigida, de febrero a agosto de 1998. Las pacientes provenían de la consulta de Ginecología y Pre-natal patológica del Hospital Central de Maracay y de la Unidad de Patología de Cuello Uterino del Ambulatorio "María Teresa Toro".

El procedimiento de recolección de datos se realizó mediante la historia clínica. La recolección de la muestra cervical para la tipificación del VPH se realizó mediante hisopo estéril colocado en un medio de transporte a temperatura ambiente (Tubo Eppendorf de 2 ml). El protocolo empleado para la detección y tipificación de VPH utilizó el Kit PVH Fast (Pharmagen S.A.).

Los datos se agruparon, ordenaron y clasificaron en cuadros y gráficos y se analizaron a través del porcentaje. Se calcularon las medias aritméticas, la desviación estándar, la varianza y la prueba del Chi cuadrado.

Características de la muestra estudiada

Las pacientes en estudio muestran que el 58,9% (23 casos) posee menos de 35 años de edad con una media de 32,86 años. En 41% (16 pacientes) posee entre 3 y 5 hijos. En el 46,2% (18 casos) habían tenido su menarquía entre 13 y 15 años. En el 53,8% (21 de los casos), la sexarquía de las pacientes se

presentó en un rango de edad entre 16 y 20 años y, asimismo, de las 4 pacientes con serotipos 16 y 18, el 50% tuvo sus primeras relaciones sexuales en ese mismo rango de edad. En 46,2% (18 de las pacientes) tuvieron una pareja y de las 5 pacientes con serotipos 16 y 18 el 80%, 4 casos, refieren una sola pareja. En el presente trabajo, 27 pacientes negaron el consumo de cigarrillos (69,2%). El 48,9% (24 pacientes) tomó anticonceptivos orales (ACO) y de las 7 pacientes con serotipos de VPH 16 y 18 el 57,2% (4 casos) utilizó anticonceptivos orales. En el 87,2% (34 casos) provienen del Estado Aragua. En lo concerniente al sistema de detección morfológica de la infección por VPH en 6 casos (15,4%) se utiliza la citología, en 11 casos (28,3%) se emplea la biopsia dirigida, en 20 casos (51,3%) se utilizan ambas técnicas y sólo 2 pacientes (5,1%) tenían alteraciones clínicas.

RESULTADOS

La PCR mostró que el 51,2%, 20 casos, eran portadoras de genotipos de VPH clasificados por riesgo epidemiológico según la reacción en cadena de la polimerasa: el 25,6% (10 casos) presentaron los serotipos 6-11 (bajo riesgo); el 12,8% (5 casos) presentaron los serotipos 32-33-35 (mediano riesgo) y el 12,8% (5 casos) presentaron los serotipos 16-18 (alto riesgo; en las 18 pacientes restantes (48,8%) se reportaron serotipos diferentes a los anteriores.

Según la clasificación de Bethesda en el 30,7%, 12 de los casos, se detectó lesión intraepitelial de alto grado, seguido por un 28,2%, 11 pacientes, con lesión intraepitelial de bajo grado. Una paciente que representa el 2,6%, presentó carcinoma epidermoide. Del grupo de pacientes con serotipos de VPH 16-18, (20%), una, presentó citología con lesión intraepitelial escamosa de alto grado y otro 20% presentó citología con carcinoma epidermoide.

Según el tipo de lesión detectada por biopsia dirigida el 53,1% (26 pacientes) presentaron infección por VPH. Asimismo de las 7 pacientes portadoras de los serotipos 16-18 el 42,9%, 3 de ellas, presentaron lesión por VPH a la biopsia dirigida.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos registrados en la lista de casos del programa de control de cáncer cérvico-uterino del servicio de atención médica de la Corporación de Salud del Estado Aragua (Corpo-

Salud), para 1997, se registran 1 119 casos de cáncer en todo el Estado.

Las infecciones por VPH desempeñan un rol predominante bien sea por su incidencia como por su acción en la génesis de la patología maligna del tracto genital.

El curso de las lesiones inducidas por los virus papiloma humano varía en relación al tipo de virus, a la región infectada y a la capacidad del sistema inmunitario de reconocer y eliminar el virus mismo. Las lesiones por VPH-6-11 poseen bajo riesgo de progresión, aquellas por VPH 31-33 el riesgo es intermedio y las producidas por VPH 16-18 poseen un riesgo alto de progresión a cáncer invasor (1,3).

El posible rol del VPH en la génesis del carcinoma cervical ha sido propuesta en los años 70 y confirmada sólo después de un decenio (1).

La incidencia del carcinoma cervical está estrechamente relacionada con la edad de las primeras relaciones sexuales y puede correlacionarse con el número de compañeros sexuales (1,4,5).

Las técnicas de biología molecular han permitido identificar la presencia de VPH de tipo 16 en más del 80% de las neoplasias intraepiteliales cervicales de tercer grado (6,7).

Si bien los VPH poseen un rol importante en la oncogénesis, la sola infección no puede ser la causa de la transformación neoplásica.

La interacción entre contraceptivos orales y carcinoma cervical es un argumento ampliamente estudiado, bien sea desde el punto de vista biológico como clínico. En efecto, el tejido cervical posee receptores hormonales y la administración de asociaciones de estroprogestágenos puede determinar alteraciones de tipo histológico (4).

Por otra parte, si bien el VPH es el agente etiológico mayormente implicado en la génesis de la displasia cervical, se ha propuesto que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede favorecer la manifestación clínica de una infección por VPH en estado latente o subclínica a través de una alteración de la respuesta inmunitaria local (5).

La infección por VPH, es suficiente para hacer aparecer lesiones condilomatosas o neoplásicas intraepiteliales cervicales de bajo grado, pero el paso de la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado a la de alto grado o al carcinoma es un proceso más complejo, que se concreta en el curso de los años y está influenciado por el tipo de virus y la participación de otros agentes como el humo del cigarrillo, otros virus (herpes), factores genéticos, hormonales e inmunitarios (1-3,6,7).

Al analizar los resultados encontramos varios elementos de profundización.

De las 39 pacientes estudiadas portadoras de infección por VPH, el 58,9% tiene menos de 35 años, con edad promedio de 32,86 años. Es evidente la mayor frecuencia de lesión preinvasiva en mujeres jóvenes. Ello concuerda con lo obtenido por otros autores. Es probable que exista un vínculo con los patrones de conducta sexual, contracepción y procreación como lo reporta la literatura (1,3,5,6) (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1

Distribución de la frecuencia de la lesión intraepitelial cervical asociada a VPH según la edad de las pacientes

Edad (años)	Nº de casos	%
16 - 25	12	30,8
26 - 35	11	28,2
36 - 45	12	30,8
46 - 51	04	10,2
Total	39	

Hubo 35 pacientes multíparas, lo que representa el 89,7%. Según algunos autores la frecuencia de estas lesiones aumenta al incrementarse el número de partos, probablemente debido a la acción traumática determinada de los mismos (7,8). Por otra parte, algunos estudios sugieren que la inmunosupresión o bien los cambios hormonales producidos en la gestación pueden aumentar la susceptibilidad a la infección o la capacidad oncógena del virus (6,8) (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2

Paridad

Edad (años)	Nº de casos	%
Nulípara	04	10,3
< 2	15	38,4
3 - 5	16	41
Más de 5	04	10,3
Total	39	

El 87,2% tuvo la menarquía en edades comprendidas entre los 10 y los 15 años. No existe relación entre este factor y la lesión preinvasiva cérvico-uterina. Es probable que este dato requiera la participación de cofactores como: las escasas nociones de higiene, la mayor frecuencia de infecciones bacterianas y virales, la mayor libertad en el inicio de las relaciones sexuales, así como puede representar un período de mayor susceptibilidad del cuello uterino a la acción de los carcinógenos (6,8,9) (Ver Cuadro 3). Asimismo, existe relación estadísticamente significativa entre esta edad y el estado de VHP según PCR. La relación entre la edad temprana del primer coito y la neoplasia cérvico-uterina puede explicarse porque durante la adolescencia no se ha verificado la completa estratificación del epitelio escamoso. Por otra parte, al epitelio aún no maduro, probablemente se suma la acción de noxas carcinogénicas como el esmegma o algunas proteínas nucleares del espermatozoide (1-3,8) (Ver Cuadro 4).

Cuadro 3
Menarquía

Edad (años)	Nº de casos	%
Menor igual de 9	02	5,1
10 - 12 años	16	41
13 - 15 años	18	46,2
16 o más	03	7,7
Total	39	

Cuadro 4

Edad de las primeras relaciones sexuales		
Edad (años)	Nº de casos	%
Menos de 16	12	30,8
16 - 20	21	53,8
21 - 25	04	10,3
26 y más	02	5,1
Total	39	

Los resultados obtenidos no permiten afirmar que exista concordancia absoluta entre el número de parejas de la paciente y la lesión intraepitelial cervical asociada a VPH. Tal vez ello se deba al reducido número de casos, y a la falta de inves-

tigación de la conducta sexual del compañero. No existe, además, relación estadísticamente significativa entre el número de parejas y el estado de VPH según PCR (Ver Cuadro 5).

Cuadro 5
Números de parejas

Edad (años)	Nº de casos	%
01	18	46,2
02	13	33,3
3 o más	08	20,5
Total	39	

No se toma en cuenta el número de parejas del varón.

Se ha observado un aumento de la incidencia de cérvico-carcinoma en las segundas esposas de hombres cuya primera esposa había fallecido por este tumor (6). Por otra parte, la multiplicidad de compañeros sexuales es factor de riesgo para la lesión intraepitelial cervical asociada a VPH (3). Es necesario prestar, probablemente, más atención al papel del compañero sexual masculino como factor de riesgo (6). Finalmente, la mayoría de los estudios basados en la identificación de VPH según PCR han sugerido que el número de parejas sexuales representa un factor de riesgo determinante para la infección por VPH (3).

El 69,2% de las pacientes no había fumado. Si bien es cierto que en la literatura se reportan estudios bioquímicos que señalan la presencia de nicotina, cotinina y mutágenos en el moco cervical de mujeres expuestas al humo del tabaco, existen discrepancias en los estudios epidemiológicos con respecto al tabaquismo como factor de riesgo. Son necesarios estudios más concluyentes al respecto (3,6) (Ver Cuadro 6).

Cuadro 6
Hábitos tabáquicos

Hábitos tabáquicos	Nº de casos	%
Nunca ha fumado	27	69,2
Menos de 15 cigarrillos	06	15,4
Más de 15 cigarrillos	02	5,1
Exfumadora	04	10,3
Total	39	

LESIÓN INTRAEPITELIAL CERVICAL

El 48,9% de las pacientes usó contraceptivos orales. Se intentó establecer correlación entre el uso de contraceptivos orales y el estado de VPH, sin lograr demostrarse una correlación significativa desde el punto de vista estadístico (Ver Cuadro 7). Al uso prolongado de contraceptivos orales (más de 6 años) se le atribuye un efecto de hiperactividad de células basales, fenómenos de paraqueratosis, atipias escamo-epiteliales, hiperplasia celular y glandular. Sin embargo, los estudios epidemiológicos son controvertidos (3,6). Las alteraciones celulares se detectan usualmente en un 51,3% de los casos mediante la prueba de Papanicolaou y la biopsia dirigida (3,8,9) (Ver Cuadro 8.)

Cuadro 7
Métodos contraceptivos

Contraceptivo	Nº de casos	%
Oral	24	48,9
DIU	11	22,4
Barrera	01	2,1
Otros	01	2,1
Ninguno	12	24,5
Total	49	

Hay pacientes que han usado más de un método contraceptivo.

Cuadro 8
Sistema de detección morfológica

Métodos morfológicos	Nº de casos	%
Citologías	06	15,4
Biopsias	11	28,3
Ambas	20	51,3
Clínica	02	5,1
Total	39	

El 51,2% de las pacientes presentó genotipos de VPH con riesgo oncogénico para cérvico-carcinoma: VPH 6-11 (bajo riesgo) en el 25,6% (10); VPH 31-33-35 (mediano riesgo) en el 12,8% (05); VPH 16-18 (alto riesgo) en el 12,28% (05) (Ver Cuadro 9). La literatura reporta a la PCR como una técnica sensible y específica en la detección del VPH (1,3).

Un hallazgo importante fue la detección de los serotipos de VPH 16-18 (alto riesgo de pacientes (2/

5) con citología negativa (falsos negativos), lo que representa el 12,9% (3,8,10,1) (Ver Cuadro 10). Por otra parte, en dos pacientes cuya citología reportaba células escamosas atípicas de origen indeterminado, lo que representa el 5,1%, se detectó estado de VPH según PCR. Ello concuerda con lo reportado por la literatura (6).

Cuadro 9

Reacción en cadena de la polimerasa con infección por VPH

PCR (Riesgo)	Nº de casos	%
6 - 11 (Bajo riesgo)	10	25,6
31 - 33 - 35 (Mediano riesgo)	05	12,8
16 - 18 (Alto riesgo)	05	12,8
Ninguno de los anteriores	19	48,8
Total	39	

En el presente ensayo la PCR estudia los genotipos de VHP con mayor importancia epidemiológica. Existen otros genotipos que son analizados.

Cuadro 10

Tipo de lesión de acuerdo a la Clasificación de Bethesda

Tipo de lesión	Nº de casos	%
ASCUS	02	5,1
Lesión intraepitelial de bajo grado	11	28,2
Lesión intraepitelial de alto grado	12	30,7
Carcinoma	01	2,6
Citología negativa	05	12,9
Total	31	

En efecto, se señala en los estudios, que mujeres con citología normal y cuyas células exfoliadas contienen ADN de VPH 16/18 poseen una mayor frecuencia de progresión a NIC II y III en un período de 3 años, en comparación a las pacientes VPH negativas (3). Asimismo el término ASCUS (*Atypical squamous cells of undetermined significance*) define un grupo citológico de alto riesgo para desarrollar subsecuentemente lesión intraepitelial escamosa. El manejo de los casos con diagnóstico de ACSUS debería ser tan agresivo como el de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (12-16) (Ver Cuadro 11).

Cuadro 11

Frecuencias de la lesión intraepitelial cervical asociada a VPH, según la Clasificación de Bethesda, de acuerdo a la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

Clasificación de Bethesda Tipo de lesión	Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (Riesgos)										Total		
	6 -11		31 - 33 - 35		16- 18		53		Ning de los anter.				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ascus	1	10								1	5,6	2	5,1
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	3	30	4	80			1	100	3	16,6	11	18,2	
Lesión intraepitelial de alto grado	3	30			1	20			8	44,4	12	30,7	
Carcinoma epidermoide					1	20					1	2,6	
Citología negativa	1	10	1	20	2	40			1	5,6	5	12,9	
Citología desconocida	2	20			1	20			5	27,8	8	20,5	
Total	10	100	5	100	5	100	1	100	18	100	39	100	

Cuadro 12

Biopsia dirigida

Tipo de lesión	Nº de casos	%
VHP	26	53,1
NIC I	03	6,1
NIC II	05	10,2
NIC III	06	12,2
No tiene	09	18,4
Total	49	

La detección viral por la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) relevó ser un complemento útil en la pesquisa ginecológica para detectar, además de falsos negativos citológicos e infecciones ocultas, lesiones con mayor riesgo de persistencia y/o progresión a cáncer invasor (3,6,17) (Ver Cuadros 12, 13).

La muestra es mayor debido a que hay pacientes que poseen lesiones combinadas.

Cuadro 13

Frecuencia de la lesión intraepitelial cervical asociada AVPH, según la Clasificación de Bethesda, de acuerdo a la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

Tipo de lesión	Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (Riesgos)										Total	
	6 - 11		31 - 33 - 35		16 - 18		53		Ning de los anter.			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
VPH	7	58,4	5	71,4	3	42,9	1	100	10	45,5	26	53,1
NIC I					1	14,3			2	9,1	3	6,1
NIC II	3	2,5	1	14,3					1	4,5	5	10,2
NIC III	1	8,3	1	14,3	2	28,6			2	9,1	6	12,2
No tiene	1	8,3			1	14,2			7	31,8	9	18,4
Total	12	100	7	100	7	100	1	100	22	100	49	100

La muestra es mayor debido a que hay pacientes a que poseen lesiones combinadas.

REFERENCIAS

1. Redolfi Livio A, Zaffagnini S, Verdi F, Cattani P, Diani F. Infezioni genitali da human papilloma virus e ruolo del ' alfa interferone nella terapia delle lesioni vulvari. *Giorn It Ostet Ginecol* 1996;8(3):169-175.
2. Verdi F, Cattani P, Redolfi Livio A, Zaffagnini S, Diani F. II Ruolo dell' Herpes Simplex. Virus e delle infezioni associate nella carcinogenesis cervicale. *Giornn. It Ostet Ginecol* 1996;18(3):161-168.
3. Rincón Morales F. Conceptos básicos de la relación virus y cáncer del cuello uterino. En: Rincón Morales F, editor. *Ginecología* 96. Caracas: Gráfica León SRL.; 1996; 83-146.
4. Ragonesi FP, Capi C, Martino A, Maglioni I, Lomasstro F. Contraccezione orale e neoplasia intraepiteliale cervicale: la nostra esperienza. *Giorn It Ostet Ginecol* 1997;19(3):169-171.
5. Pisani G, Facioni L, Benardi G, Fiorani F, Pisani G, Delfini R, Fortini E. Displasia cervicale e infezione da HIV. *Giorn It Ostet Ginecol* 1997;19(6):336-338.
6. Morris M MA, Tortolero-Luna G, Malpica A, Baker V, Cook E, Johnson E, Mitchell M. Neoplasia intraepitelial y cáncer cérvico-uterino. *Clín Ginecol Obstet* 1996; (2):316-373.
7. Britton de Crespo R,M. Lesiones preinvasoras del cuello uterino. En: Rodríguez Armas O, Santiso Galvez R, Calventi V, editores. Libro de texto del FLASOG. Caracas: Editorial Ateproca; 1996.p.293-311.
8. Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D, Ragni, N. Tumori del collo uterino. En: Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D, Ragni N, editores. *Manuale de ginecología e obstetricia*. Roma: Società Editrice Universo; 1989. p.468 -491.
9. Platz-Cristensen JJ, Sundstrom E, Larsson PG. Bacterial vaginosis and cervical intraepithelial neoplasia. *Acta Obstet Ginecol Scand* 1994;73(7):586-588.
10. Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce EC, Berumen-Campos J, Cruz-Valdez A, Alonso De Ruiz PP, González-Lira G. Human papilloma virus 16-18 infection and cervical cancer in México: A case-control study. *Arch Med Res* 1997;28:265-271.
11. Kitagawa K, Yoshikawa H, Onda T, Kawana T, Taketani I, Yoshikura H, Iwamoto A. Genomic organization of human papilloma virus type 18 in cervical cancer specimens. *Japan J Cancer Res* 1996;87(3):263-268.
12. Willians ML, Rimm DL, Pedigo MA Trable WL. Atypical squamous cells of undetermined significance: Corelative histologic and follow up studies from an academic medical center. *Diagnostic Cytopathol* 1997;16(1):1-7.
13. Grió R, Porpiglia M, Piacentino R, Machino GL. Intramuscular beta-interferon in the treatment of cervical intraepihelial neoplasia (CIN) associated with human papilloma virus (HPV) infection. *Min Ginecol* 1996; 46 (10):579- 582.
14. Villani L. Clínica e terapia delle lesioni precancerose della cervice uterina. En: Gaglione R, editor. *Ginecología e obstetricia*. Roma: Verduci Editore; 1992.p.361-364.
15. Raju K, Henderson E, Trehan A. A study comparing LETZ and CO₂ laser treatment for cervical intraepithelial neoplasia with and without associated human papilloma virus. *Eur J Gynecol Oncol* 1995;16(2):92-96.
16. Quereux C, Hour de Quin P, Sainez D, Remy G. Pathology of the uterine cervix and immunodeficiency. *Contraception Fertilité Sexualite* 1994;22(12):771-776.
17. Park TW, Fujiware H, Wright TC. Molecular biology of cervical cancer and its precursors. *Cancer* 1995;76 (Suppl 10):1902-1913.

Derivación ventrículo-peritoneal y embarazo. Reporte de tres casos y revisión de la literatura

*Drs. Gidder Benítez**, *Paúl Tejada***, *José Moros****, *Fabio Rumbao****, *María Da Silva****, *Nora Medina*****

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario de Caracas

RESUMEN: Se presentan tres casos de embarazadas, portadoras de derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia. Se realiza una revisión de la literatura sobre el manejo obstétrico y anestésico de este tipo de pacientes.

Palabras clave: Embarazo. Hidrocefalia. Derivación ventrículo-peritoneal.

SUMMARY: Three cases of pregnancy in patients with ventriculoperitoneal shunts for hydrocephalus are presented. We present a review of the current literature regarding obstetric and anesthetic management.

Key words: Pregnancy. Hydrocephalus. Ventriculoperitoneal shunt.

INTRODUCCIÓN

Las pacientes con hidrocefalia congénita no tenían mayores expectativas de sobrevivida en el pasado (1). En 1957, Pudenz y col. (2) describen la técnica de derivación ventrículo atrial, método efectivo pero con serias complicaciones, principalmente infecciosas. En 1960 se comienza a utilizar la derivación ventrículo peritoneal, mediante dispositivos de silicón con válvulas antirreflujo (3).

Esta técnica le ha dado una nueva dimensión al manejo de la hidrocefalia congénita o adquirida y, al mejorar la sobrevivida de las pacientes, permite que

éstas alcancen la edad reproductiva. Por tanto, podemos observar con mayor frecuencia, embarazadas portadoras de derivación ventrículo peritoneal (4-6).

En el manejo de estas pacientes se presentan con relativa frecuencia, discrepancias entre obstetras y neurocirujanos, con relación a la vía del parto. Esto motivó la presentación de tres casos atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas de enero de 2000 a enero de 2001 y la revisión de la literatura con el fin de unificar criterios que permitan una mejor atención de estas pacientes.

Descripción de los casos

Primer caso

Primigesta de 18 años de edad, portadora de derivación ventrículo-peritoneal desde los 15 días de nacida por hidrocefalia congénita, epiléptica conocida desde los 4 años de edad, en tratamiento con fenobarbital 200 mg/día.

Inició el control prenatal a las 12 semanas de gestación, con evolución normal. A las 39 semanas es hospitalizada para interrupción del embarazo. Bajo anestesia peridural continua, se realizó cesárea

*Coordinador de Hospitalización. Profesor instructor, Cátedra de Obstetricia "A", Escuela de Medicina "Luis Razetti", Facultad de Medicina UCV.

**Adjunto Docente de Anestesia Obstétrica. Profesor instructor, Cátedra de Clínica Anestesiológica, Escuela de Medicina "Luis Razetti" Facultad de Medicina UCV.

***Médico Especialista. Adjunto asistencial, Servicio de Obstetricia.

****Médico Internista – Gastroenterólogo.

Recibido: 20-02-01

Aceptado para publicación: 20-03-01

segmentaria (15/01/2000) "por presentar condiciones del cuello uterino no favorables para inducción del trabajo de parto"(sic); se obtiene recién nacido masculino, vivo, que pesó 3 180 g y midió 49 cm; con Apgar de 7 y 9 puntos al minuto y a los 5 minutos, respectivamente. Recibió tratamiento antibiótico profiláctico en el posoperatorio inmediato con cefalotina 1g endovenosa (EV) c/6 horas. La evolución fue normal, egresando madre e hijo a las 72 horas.

Segundo caso

Segundigesta de 26 años de edad, portadora de derivación ventrículo peritoneal desde los 4 años de edad por hidrocefalia debida a lesión ocupante de espacio en tallo cerebral, con reemplazo del sistema de derivación en tres oportunidades (última en 1984). Inició control prenatal a las 10 semanas de gestación.

A las 33 semanas es hospitalizada por presentar amenaza de parto pretérmino; recibió como tratamiento, reposo, útero inhibidores y corticoides para madurez pulmonar fetal, con evolución satisfactoria. Los exámenes de laboratorio y estudios complementarios fueron normales.

A las 38 semanas de gestación, bajo anestesia peridural continua, se realizó cesárea segmentaria (10/03/2000) por desproporción feto pélvica, se obtiene recién nacido femenino, vivo, que pesó 4 100 g y midió 54 cm, con Apgar de 8 y 10 puntos al minuto y a los 5 minutos, respectivamente. Recibió tratamiento antibiótico con cefalotina, 2 g EV, intraoperatorio. Madre e hija evolucionaron satisfactoriamente; egresaron a las 72 horas.

Tercer caso

Primigesta de 23 años de edad, portadora de derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia desde los 10 años, con embarazo de 38 semanas, quien ingresa el 30/01/2001 en trabajo de parto.

Recibió analgesia peridural continua. Control de la frecuencia cardíaca fetal con Doppler.

El trabajo de parto duró 5 horas con 45 minutos y el período expulsivo 15 minutos; se realizó parto instrumental con fórceps de Luikart, y se obtuvo recién nacido femenino, vivo, que pesó 2 480 g y midió 50 cm, con Apgar de 8 y 10 puntos al minuto y a los 5 minutos, respectivamente.

Recibió tratamiento profiláctico con ampicilina 1 g EV c/6 horas y gentamicina 80 mg EV c/8 horas, durante el trabajo de parto y en el puerperio inmediato. La evolución fue normal. Egresó a las 48 horas.

DISCUSIÓN

El advenimiento de la derivación ventrículo-peritoneal para el tratamiento de la hidrocefalia ha mejorado la sobrevida de los pacientes, por lo que cada vez, más mujeres con esta condición llegan a la edad reproductiva (4-6). Actualmente, los obstetras podemos encontrar pacientes que han sido tratadas en una o varias oportunidades con este procedimiento (7).

Antes del embarazo, estas pacientes deben ser sometidas a una evaluación neurológica para constatar el funcionamiento de la derivación y establecer el grado de riesgo en un futuro embarazo.

Una de las mayores preocupaciones en ellas es el posible desarrollo de hidrocefalia en sus hijos; se les debe informar del riesgo de hidrocefalia congénita. Las exploraciones ecográficas seriadas desde el comienzo del segundo trimestre son necesarias para la detección prenatal de esta anomalía (8,9).

Las complicaciones relacionadas con las derivaciones ventrículo-peritoneales son principalmente obstrucción e infección (10). La obstrucción del catéter puede resultar de formación de nudos, torsión, fibrosis, atrapamiento por epiplón, perforación intestinal, obstrucción intestinal o formación de pseudoquistes (1,3,11). Esta complicación generalmente cursa con cefalea, ataxia, disfasia, alteraciones visuales, pérdida de la sensibilidad o parálisis (6,8,12).

Cuando la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear cerebral demuestran aumento ventricular, está indicada la revisión de la derivación ventriculoperitoneal y ésta puede ser reemplazada durante el embarazo (8,13).

Varios autores reportan que el embarazo no parece aumentar ni disminuir el riesgo de estas complicaciones (6,7,14); sin embargo, se ha reportado mal funcionamiento valvular al principio del tercer trimestre del embarazo en 50% de los casos, aparentemente relacionados con los cambios anatómicos gravídicos, que se resolvieron con tratamiento conservador (5,13,15). Liakos y col. (16) en un estudio de 138 embarazos en 70 pacientes con derivación ventrículo-peritoneal reportaron una incidencia de complicaciones de 40%.

Durante el período intraparto, estas pacientes presentan mayor riesgo de infección; la colonización del catéter puede producir ventriculitis, meningitis y sepsis. Debe sospecharse infección en toda paciente a la que se haya colocado una derivación ventrículo-peritoneal y presente fiebre y leucocitosis.

Los gérmenes más frecuentes son *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* y bacilos Gram negativos (17).

A pesar de que el riesgo de infección es de 30% a 40%, no se han reportado casos en embarazadas.

La mayoría de los autores son partidarios del parto vaginal, a menos que exista una contraindicación (6,7,13-15). El uso de analgesia peridural continua, la aplicación de fórceps profiláctico con el fin de evitar esfuerzos durante el período expulsivo y antibióticos profilácticos han sido recomendados (6,7,13-15,18).

El parto vaginal es más seguro que la cesárea, en la cual existe mayor riesgo de infección intraabdominal y obstrucción del catéter con coágulos o adherencias. En ese sentido, si el índice de Bishop muestra una puntuación baja y no existe contraindicación, pueden emplearse análogos sintéticos de prostaglandinas para maduración cervical e inducción del trabajo de parto (19-21).

Ninguno de nuestros casos presentó obstrucción o infección del catéter; asimismo, la amenaza de parto pretérmino que presentó una de las pacientes no se puede atribuir a la presencia del catéter o de líquido cefalorraquídeo en la cavidad abdominal.

En conclusión, las pacientes con derivación ventrículo peritoneal pueden tener embarazos y partos sin mayores problemas, siempre y cuando presenten un buen funcionamiento valvular y el manejo de estos casos debe hacerlo un equipo multidisciplinario, que incluya al obstetra, anestesiólogo, neurólogo y neurocirujano.

REFERENCIAS

- Grosfeld JL, Conney DR, Smith J. Intraabdominal complications following ventriculoperitoneal shunt procedure. *Pediatrics* 1974;54:791-796.
- Pudenz R, Rusell F, Hurd A. Ventriculo auriculostomy technique for shunting cerebrospinal fluid in to right auricle; preliminary report. *J Neurosurg* 1957;14:171-179.
- Davidson RI. Peritoneal bypass on treatment of hydrocephalus: Historical review and abdominal complications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976;39:640-645.
- Hanakita J, Suzuki T, Yamamoto Y, Kinuta Y. Ventriculoperitoneal shunt. Report of two cases. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:99-102.
- Kleinmann G, Sutherling W, Marinez M, Tabsh K. Malfunction of ventriculoperitoneal shunt during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983;61:753-754.
- Hassan A, El Moumani AW. Pregnancy and ventriculoperitoneal shunt, report of a case and literature review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67:669-670.
- Olatunbosun OA, Akande EO, Adeoye CO. Ventriculoperitoneal shunt and pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1992;37:271-274.
- Gast MJ, Grubb RL, Stickler RC. Maternal hydrocephalus and pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983;62(3 Suppl):29-31.
- Filly R. Evaluación ecográfica del eje neural fetal. En: Callen P, editor. *Ecografía en obstetricia y ginecología*. 3ª edición. México: Edit Panamericana; 1998.p.207-253.
- Rodríguez M, Molina A, Ugueto N, Chávez A. Infecciones en derivaciones ventrículo-peritoneales. Factores predisponentes. *Salus Militiae* 1990;15:31-35.
- Aguirre R, Pérez C, Meza H. Pseudoquistes abdominales gigantes en pacientes con derivación ventrículo-peritoneal. *Rev Gastroenterol Mex* 1998;63:153-158.
- Arrieta C, Ramella M, Muci R. Pupila paretoespástica como manifestación inicial de falla de una derivación ventrículo-peritoneal. *Arch Hosp Vargas* 1996;38:155-157.
- Maheut J, Chu TS. Hydrocephalus during pregnancy with or without neurosurgical history in childhood. Practical advice for management. *Neurochirurgie* 2000;46:117-121.
- Mouelhi C, Srasra M, Zhioua F, Ferchiou M, Zine S, Meriah S. Hydrocéphalie maternelle et grossesse. A propos d' une nouvelle observation et revue de la littérature. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1994;89:88-90.
- Cusimano MD, Meffe FM, Gentili F, Sermer M. Ventriculoperitoneal shunt malfunction during pregnancy. *Neurosurgery* 1990;27:969-971.
- Liakos AM, Bradley NK, Magram G, Muszynski C. Hydrocephalus and the reproductive health of women: The medical implications of maternal shunt dependency in 70 women and 138 pregnancies. *Neurol Res* 2000;22:69-88.
- Molina A, Rodríguez M, Porras M, Chávez A. Derivaciones ventrículo peritoneales, frecuencia de infección y germen causal. *Antibiot Infec* 1995;3:33-35.
- Littleford JA, Brockhurst NJ, Berstein EP, Georgoussis SE. Obstetrical anesthesia for a parturient with a ventriculoperitoneal shunt and third ventriculostomy. *Can J Anesth* 1999;46:1057-1063.
- Agüero O. Uso de misoprostol en obstetricia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1996;56:67-74.
- Benitez G, Salazar G, Terán E, Sánchez L, Moros J, Sánchez J. Embarazo a término. Inducción del parto con prostaglandina E1 y prostaglandina E2. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999;59:153-158.
- Belfrage P, Imedvig E, Gjessing L, Eggebo TM, Okland I. A randomized prospective study of misoprostol and dinoprostone for induction of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:1065-1068.

Hematocervix en paciente posmenopáusica con antecedente de electrocoagulación. Caso clínico

Drs. Odessa Martínez Matheus, Rafael Molina Vélchez, Hernán Vásquez, José Trinidad Martínez

Hospital de Chiquinquirá y Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Maracaibo. Estado Zulia

RESUMEN: La colección hemática intrauterina, llamada hematometrio, no es de muy rara aparición. Sin embargo, el hematocervix es una verdadera curiosidad, con menos de diez casos reportados en la bibliografía disponible. En esta nota clínica se presenta un caso de hematocervix en una mujer posmenopáusica que usaba irregularmente terapia de sustitución hormonal, a quien previamente se le practicó electrocoagulación del cuello uterino.

Palabras clave: Cuello uterino. Electrocoagulación. Estrógenos. Hematocervix. Hematometrio. Hematotrachelos. Menopausia. Terapia de reemplazo hormonal.

SUMMARY: Intrauterine blood collection, called hematometrium, is not very infrequently seen. However, hematocervix is a true curiosity, less than ten reported cases in the available references. This clinical note in a case report of hematocervix occurring in a postmenopausal woman who was irregularly using hormonal replacement therapy, and had previously been treated with uterine cervix electrocoagulation.

Key words: Uterine cervix. Electrocoagulation. Estrogens. Hematocervix. Hematometrium. Hematotrachelos. Menopause. Hormonal replacement therapy.

INTRODUCCIÓN

El hematocervix, la colección hemática intrauterina localizada principal o casi totalmente en el cuello, es una rarísima observación de la clínica ginecológica humana, tratada en muy pocos artículos de la biblio-hemerografía médica, aparentemente menos de diez casos, entre ellos uno de autores venezolanos (1). La gran mayoría de hematometrios son intracorporales; se interrumpe el libre descenso del flujo menstrual, y el cuello, en vez de ser la primera parte del útero en sufrir una apreciable distensión, por lo general no parece ser más que una vía retrógrada para la sangre retenida que hará distender las paredes del cuerpo. En esta nota clínica se presenta un nuevo caso de hematocervix o hematotrachelos.

Caso clínico

Paciente femenina de 60 años, quien consultó en enero 2000 por dolor pélvico de moderada intensidad, con algunos días de evolución, acompañado de incontinencia de orina al esfuerzo y pérdida ocasional de sangre por genitales, de aspecto negrozco, en mínima cantidad. Tuvo tres embarazos: un parto eutócico en 1964, un aborto al siguiente año, después del cual le practicaron electrocoagulación del cuello uterino para tratar ectopia grande con zona de transformación colposcópica, y una cesárea en 1970 por ausencia de dilatación cervical. El cuello aparece descrito en la historia clínica previa a la cesárea como "aglutinado", con orificio externo muy pequeño, sin dilatación alguna.

En 1973 tuvo una metrorragia, ante la cual hubo la necesidad de dilatarle gradualmente el cuello, liberar con tijeras una sinequia del canal y practicar curetaje biopsia, cuyo resultado fue hiperplasia endometrial quístico-glandular. Se colocó un dispositivo intrauterino que llevó sin dificultades hasta 1981, cuando fue retirado. El último sangrado menstrual fue a la edad de 50 años y consultó luego amenorrea, indicándosele terapia combinada a base de estradiol

Recibido: 12-01-01

Aceptado para publicación: 26-03-01

subcutáneo y medroxiprogesterona oral, que cumplió de modo muy irregular hasta 1997, y con la cual tuvo algunos episodios de sangrado intraterapéutico y de retirada o supresión, estos últimos por omisión inconsulta del tratamiento. En 1994 el cuello se describe como umbilicado, con orificio puntiforme y epitelio sano. En 1997, previa evaluación del grosor endometrial, se le indicó tibolona, que tomó con irregularidad combinándola con crema vaginal de estrógenos conjugados.

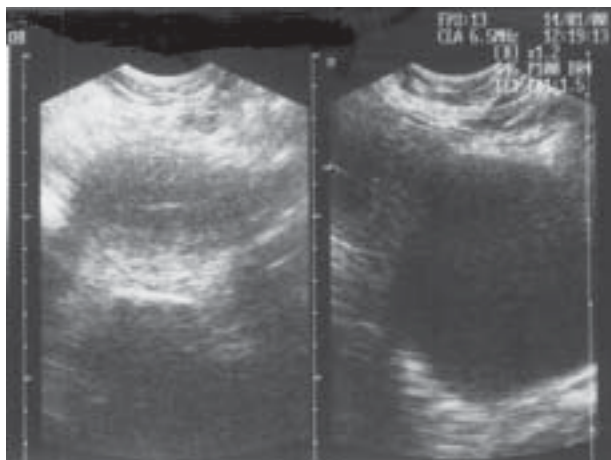


Figura 1. Ultrasonografía. En la mitad izquierda, sección transversa del cuerpo uterino. En la derecha se ve el cuello grande y redondeado (extremo derecho), con ecos muy finos, después del cuerpo.



Figura 2. Detalle ultrasonográfico del hematocervix.

El examen físico reporta: pared vaginal anterior algo descendida y cuello uterino muy grande, de color azulado, que dificultaba la colocación del espéculo. El orificio externo, puntiforme, apenas se notaba ubicándola con exactitud por una pequeñísima gota de sangre. Tacto vaginal muy doloroso, se tocó el agrandamiento del cuello, cuyo volumen era comparable al de una mandarina. El cuerpo uterino era difícil de palpar, pero no parecía estar aumentado. La ecosonografía comprobó la existencia de cuello voluminoso, redondeado, cuyo contenido mostraba ecogenidad fina, de muy baja intensidad. El cuerpo uterino era de tamaño normal, con una colección líquida escasa.

Bajo anestesia local se dilató el orificio cervical externo con tijeras finas de Betocchi y se pasaron varias bujías de Hegar por el canal, salió sangre negro-rojiza cuyo volumen se calculó en unos 200 ml. El examen de control posterior evidenció cuello de aspecto normal y endometrio de grosor compatible con atrofia.

DISCUSIÓN

El hematometrio, la acumulación intrauterina de la sangre menstrual como consecuencia de cualquier obstáculo inferior no es muy infrecuente. Algunos de los métodos de tratamiento local para las lesiones epiteliales del cuello plantean un riesgo no despreciable de obliteración y, en consecuencia, hematometrio. Pero en la inmensa mayoría de veces lo que produce es una dilatación de la parte corporal del órgano, pudiendo dilatar también el canal endocervical; pero en mucho menor grado, sin gran hipertrofia de este segmento. Que se distienda mucho más el cuello, que se forme un hematocoe cervical o hematocervix, es realmente excepcional; sin embargo, está descrito en pacientes portadoras de ginatresia congénita (2), como consecuencia de un cono-biopsia (1,3,4), en menopáusicas sometidas a terapia estroprogestágena (5) y después de dilatación y curetaje uterino (6). Las pacientes consultan por dolor de intensidad variable, acompañado o no de síntomas de tipo vagal, como náuseas, por la distensión del cuello. Puede haber amenorrea, con dismenorrea en la premenopausia, o pérdidas hemáticas muy poco cuantiosas.

Con el antecedente de conización no es difícil adelantar una posible explicación para la formación del hematocervix, pues durante la intervención puede haberse eliminado buena parte de tejido, con pérdida de la resistencia del continente a la presión centrífuga

que ejerce el líquido (1,7). Cuando la etiología es congénita la explicación se hace necesariamente casuística, basada en las características particulares de cada anomalía. Durante la menopausia tratada con sustancias capaces de inducir crecimiento y maduración de endometrio, parece lógico, al menos parcialmente, el mecanismo de aparición del crecimiento uterino. El hipoestrogenismo lleva a atrofia genital, incluido el cuello, cuyo orificio externo puede hacerse estenótico (8), con acumulación hemática a consecuencia de los sangrados intra-terapéuticos o por supresión hormonal; pero se espera que se forme un hematometrio corporal; sin causa para la formación del hematocervix. Bajo tales condiciones, también el hematocele corporal es raro.

En 1992 se afirmó que en toda la literatura médica de lengua inglesa se encontró sólo el reporte de un caso de hematometrio en posmenopáusica con tratamiento de reemplazo (9). Un verdadero hematocervix, el único que conocemos con esos antecedentes, motiva una publicación de Pansini y col. (5) en 1993. Más tarde, en 1999, Witt presenta otro hematocervix, en una paciente de 39 años cuyo único antecedente era una dilatación cervical con curetaje uterino como tratamiento de hemorragia uterina disfuncional, una nueva asociación cuya patogénesis es oscura, opinión a la que parece razonable adherirse (6).

El caso aquí reportado puede explicarse, aunque de manera incompleta, por varias razones. Cuando aún había función ovariana se formó una estenosis con sinequia del cuello, como consecuencia de la electrocoagulación. Tras la dilatación se restauró la permeabilidad, pero en la posmenopausia, durante los períodos de deficiencia estrogénica por suspensión del tratamiento, se suman al estado anterior del cuello los dos factores arriba citados: hipotrofia, más estenosis, y sangrado. Lo que no luce explicable es por qué se dilata el cuello de tal manera y queda tan poca sangre en la cavidad alta. El hematocervix permanece como uno de los temas menos conocidos de la ginecología.

REFERENCIAS

1. Molina Vélchez R, Rodríguez J, Oberto J, Velásquez N. Hematocervix una complicación de la biopsia en cono. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1998;58:53-55.
2. Szöke B, Kiss D. Ultrasound diagnosis of hematocervix following gynatresia in a case of uterus bicornis bicollis. *Int J Obstet Gynecol* 1978;17:91-92.
3. Clark A, McCune G. Haematocervix following cone biopsy of the cervix. *J Obstet Gynaecol Br Comm* 1973;80:851-861.
4. Pretorius DH, Dennis MA, Manco-Johnson ML, Gottesfeld KR. Ultrasound diagnosis of hemato-trachelos: A case report. *Am J Obstet Gynecol* 1955;151:1080-1082.
5. Pansini F, Campobasso G, Bonaccorsi G, Calisei M, Defazio DD, Perri G, et al. Haematocervix during hormonal replacement therapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;51:167-169.
6. Witt BR. Treatment of hemato-trachelos after dilatation and curettage. *J Reprod Med* 1999;44:68-70.
7. Di Saia PJ, Creasman WT. Preinvasive disease of the cervix, vagina, and vulva. *Clinical Gynecological Oncology*. San Luis (Missouri): C.V. Mosby; 1981.p.1-37.
8. Voet RL. End organ response to estrogen deprivation. En: Buchsbaum HJ, editor. *The menopause*. Nueva York: Springer-Verlag; 1983.p.7-22.
9. Morris N, Anso N, Chalk P. Haematometra secondary to hormone replacement therapy. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:837-838.



FUNDASOG DE VENEZUELA

Tercer curso propedéutico para aspirantes a posgrado en obstetricia y ginecología

2 de julio al 3 de agosto de 2001 Hora: 2:00 - 6:00 pm

Directora: Dra. Ofelia Uzcátegui. Asesor: Dr. Otto Rodríguez Armas
Coordinadores: Obstetricia: Dr. Ivan Paravisini. Ginecología: Dr. Ismael Silva

PROGRAMA

Diagnóstico de embarazo.

Dra. Judith Toro Merlo

Historia clínica y examen ginecológico

Dr. Ismael Silva.

Exploraciones ginecológicas

Dr. Gonzalo Muller

Historia obstétrica. Consulta prenatal.

Dr. Iván Paravisini

Trabajo de parto normal. Atención del parto normal

Dra. Fanny Ceballos

Infección genital baja

Dra. Doris Di Gianmarco

Tumor pelviano

Dr. Edgar Jiménez

Puerperio normal y patológico

Dra. Maira León

Dolor pelviano

Dr. Rafael Santana

Amenorreas

Dra. Mariella Bajares de Lilue

Rotura prematura de membrana

Dra. Anita Ghetea

Inducción del parto

Dr. Itic Zighelboim

Anticoncepción hormonal

Dra. Falva Acosta

Anticoncepción no hormonal

Dr. Alfredo Levy

Embarazo ectópico. Aborto

Dr. Eduardo Casanova

Atención de partos distócicos

Dra. Fanny Fleitas

Prolapso genital e incontinencia urinaria

Dr. Patricio Sánchez

Exploración del cuello uterino

Dra. Mireya González

Pérdida fetal recurrente

Dr. José Teppa

Incompatibilidad Rh y de grupo

Dra. Nelly Vásquez

Enfermedad inflamatoria pélvica

Dr. Francisco Loreto

Anomalías genitales congénitas

Dra. Bestalia Sánchez de La Cruz

Placenta previa. DPP

Dr. Jesús Martínez

Rotura uterina

Dra. Helene Arechavaleta

Ultrasonido en ginecología

Dra. Marisela Díaz

Exploración de las glándulas mamarias

Dr. Gerardo Hernández

Embarazo cronológicamente prolongado

Dra. Carmen Hernández

Hipertensión inducida por el embarazo

Dr. Domenico Guariglia

Cirugía vaginal

Dr. Pedro Blanco S.

Embarazo múltiple

Dr. Saúl Kizer

Historia clínica y evaluación de la pareja infértil

Dr. Enrique Abache

Estados hiperandrogénicos

Dra. Indira Centeno

Enfermedad trofoblástica gestacional

Dra. Leonor Zapata

Hemorragias genitales

Dr. Otto Rodríguez Armas

Cirugía obstétrica

Dr. Eugenio Diz

Drogas y embarazo

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Retardo del crecimiento intrauterino

Dra. Sonia Sosa

Patología vulvar

Dr. Humberto Acosta

Parto instrumental

Dr. Franklin Mendoza

Evaluación de la mujer menopáusica

Dr. Juan Yabur

Parto pretérmino

Dra. Ofelia Uzcátegui

Cirugía ginecológica abdominal

Dr. Ricardo Blanch

Métodos de esterilización femenina

Dr. Alfonso Betancourt

Información: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Edif. Anexo a la Maternidad "Concepción Palacios" P.B. Biblioteca. E-mail. sogvzla@cantv.net. Telef: 451-5955 Telefax: 451-0895

XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Informe de la Secretaria del Congreso

Dra. Leonor Zapata

En mi condición de Secretaria del Comité Organizador del XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, presento informe del evento.

El programa científico fue dividido en cursos pre-congreso, simposios, simposios satélites y el taller embarazo en la adolescente.

El día 21 de marzo se dictaron los cursos pre-congreso:

Infertilidad: diagnóstico y tratamiento, que tuvo 215 inscritos.

Patología cervical, con 200 inscritos.

Ecosonografía en obstetricia y ginecología, con 141 inscritos.

El número total de participantes al congreso fue de 1 475 con 37 acompañantes; fueron leídas 82 comunicaciones libres, presentados 43 posters y proyectados 12 videos.

En la Ceremonia Inaugural intervinieron los Drs. Carlos Briceño Pérez quien pronunció las palabras

de bienvenida y Luzardo Canache Campos como orador de orden (Los discursos se reproducen en esta sección).

Fueron condecorados con la Orden "Lago de Maracaibo" en Primera Clase por la Gobernación del Edo. Zulia: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, los Drs. Daniel Flores Hernández, Rafael Molina Vílchez y Tomás Rodríguez.

A continuación se hizo un reconocimiento al Dr. Gerardo Enrique Fernández, Presidente Honorario del Congreso; le entregaron unas placas la Junta Directiva Nacional y la Seccional Nor Occidental. Luego se procedió a la juramentación de nuevos miembros en sus diversas categorías.

La Coral del Colegio de Médicos del Edo. Zulia dirigida por el Profesor Max Alliey, interpretó el Himno Nacional y un popurrí de canciones populares nacionales e internacionales para agasajar a los invitados especiales presentes.



Figura 1. En primer plano, durante la Ceremonia Inaugural, los Expresidentes: Drs. Livia Escalona, Saúl Kízer, Otto Rodríguez Armas, Ofelia Uzcátegui y Oscar Agüero.



Figura 2. La Coral del Colegio de Médicos del Estado Zulia, interpretando su recital durante la Ceremonia Inaugural.



Figura 3. Acto de reconocimiento al Dr. Gerardo Enrique Fernández, Presidente Honorario del Congreso. De izquierda a derecha los Drs. Bestalia Sánchez de La Cruz, Gerardo Fernández, Leonor Zapata, Frankiln Mendoza, Luzardo Canache, Enrique Abache, Judith Toro Merlo, Rubén Regardiz y Liberio Chirinos.



Figura 4. Inauguración de la Exhibición Comercial. De izquierda a derecha los Drs. Enrique Abache, Bestalia Sánchez de La Cruz, Luzardo Canache, Leonor Zapata y Judith Toro Merlo.

El programa científico fue cumplido sin mayores inconvenientes, distribuido en 6 simposios, 5 conferencias, 9 simposios satélites patrocinados por la industria farmacéutica; actividades desarrolladas por los invitados especiales Drs. Luis Bahamonde, Alberto Hernández Bueno, Luis Hidalgo, Philippe Jeanty, Rodolphe Maheux, Paulo Zielinsky y destacados expertos nacionales.

Los días 23 y parte de 24 de marzo se realizó el “Taller embarazo en la adolescente” coordinado por

la Dra. Ofelia Uzcátegui donde participaron miembros del grupo bolivariano de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG): Drs. María Cecilia Arturo, Mario Arano Añez, Alfredo Guzmán, Hugo Loo Lino; Dra. Nieves Andino del FNUAP, Dr. Ramiro Molina Cartez, experto chileno en la materia y Lic. Luisana Gómez por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, además de especialistas venezolanos en el tema. Las propuestas del taller son resumidas a continuación.

- Conseguir apoyo político al más alto nivel y su incorporación a políticas públicas.
- Formular estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva partiendo del protagonismo de los y las adolescentes en su desarrollo y el desarrollo sexual.
- Empleo de recursos humanos en salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- Individualización de la educación sexual.
- Creación de corrientes de opinión.
- Utilización efectiva de los medios de comunicación social.

El “Premio Clinicalar” fue otorgado a los posters:

Encefalocele occipital (síndrome de Meckel-Gruber). Diagnóstico ecográfico temprano (8-10S). Jesús Zurita Peralta, Natasha Larrazábal Hernández, Eduardo Arias Rodríguez, Edward Arias Ballerini. Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” (UVIMAFE), C.C.M: Leopoldo Aguerrevere”. Caracas.

Síndrome Friyns. A propósito de un caso. Orlando Arcia, Carlos Hernández, José Carugno, Karla Bermúdez, Jony Suárez, Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas.

El 23 de marzo fue elegida la nueva Junta Directiva período 2001-2003, la cual quedó conformada de la forma siguiente.

Presidenta	Dra. Leonor Zapata
Vicepresidente	Dr. Rafael Molina Vélchez
Secretario	Dr. Enrique Abache
Tesorero	Dr. Carlos Brik
Bibliotecaria	Dra. Fanny Fleitas
Suplentes:	
	Dr. Juan Yabur,
	Dra. Dolores Monsalve
	Dr. Rubén Regardiz
	Dra. Betsy Alvarado
	Dr. Alfonso Arias



Figura 5. Algunos de los integrantes de la nueva Junta Directiva de la SOGV. De izquierda a derecha los Drs. Fanny Fleitas, Dolores Monsalve, Juan Yabur, Leonor Zapata, Carlos Brik, Enrique Abache, y Rafael Molina Vílchez.

Para la clausura se presentó una Conferencia plenaria muy novedosa denominada “Lenguaje coloquial del zuliano” coordinada por el Dr. Rafael Molina Vílchez quien hizo un breve resumen histórico del Zulia, participaron el actor Homero Montes y el profesor Alberto Añez, quienes protagonizaron un divertido e instructivo debate.

Soy la voz de los visitantes de las diversas regiones del país quienes tuvimos unos magníficos anfitriones en los zulianos, los recordaremos siempre con complacencia.

Damos las más expresivas gracias al Dr. Carlos Briceño Pérez, Presidente del Comité Local por el intenso trabajo desplegado para obtener un congreso exitoso.

Felicitaciones para el Comité Sociocultural Local donde las especialistas zulianas lucharon con pasión por presentar diversas expresiones de la región como conjuntos musicales, danzas, paseos a zonas novedosas de interés turístico.

Mis últimas palabras son para el Comité Sociocultural Local, coordinado por la Lic. Daisy Sanabria de Briceño que logró que los diversos eventos programados: paseo a la Isla de San Carlos, Noche zuliana, donde participaron Danzas Maracaibo presentadas en el Teatro Lía de Bermúdez, recorrido por la ciudad con visita a museos, Teatro Baralt, Basílica de Nuestra Señora de Chiquinquirá, Casa de Morales, se realizaran dentro de una gran camaradería.

Agradecemos a las entidades regionales: Gobernación del Edo. Zulia, Dirección General del Aeropuerto del Edo. Zulia, Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Clínica Amado, Coral del

Colegio de Médicos del Estado Zulia, Corpozulia, Cervecería Modelo, Danzas Maracaibo, Diario La Verdad, Diario Panorama, Enlven, Fundaturismo, Hotel Del Lago•Intercontinental, Hotel El Paseo, Interocean, Laboratorios Pfizer, Maczul, Pepsi, Polar del Lago, Policlínica San Francisco, Upaca, URBE.

El apoyo de las empresas (Abbott Laboratories, Apprende, Aserca Airlines, Ateproca, Astra Zeneca, Aventis Pharma, Biotech Laboratorios, Bligsen Electronics, C.A. Productos Ronava, Clinicalar, Congreca, Despachos Médicos, Eli Lilly Cia de Venezuela, Equipos Médicos Dalmed, Especialidades Médicas Dalmed, Especialidades Dollder, Gevenmed Ultrasonido, Gynopharm de Venezuela, Intermed, Janssen Cilag, Jonhson & Jonhson Medical, Laboratorios Wyeth/Whitehall, Med Gyn, Merck Sharp & Dohme, Novartis Nutrition, Organon Venezolana, Pfizer, Pharma, Pharmacia Corporation, Procter & Gamble, Schering de Venezuela, Sejiro Yazawa Iwai, Serono Andina, Sonocubic, Tecnomed J Trapp) permitió presentar un evento de tal magnitud.

En nombre del Comité Organizador doy las gracias a todas las entidades y personas que permitieron lograr un brillante congreso.

La Junta Directiva informa a sus miembros y relacionados de la Sociedad, la celebración del VII Congreso Internacional de la Sociedad Ibero Americana de Endoscopia Ginecológica e Imagenología (10 a 12 de marzo de 2002), XIX Congreso Nacional (13 a 16 de marzo de 2002) Hotel Hilton-Caracas.

Palabras de bienvenida

Dr. Carlos Briceño Pérez

Presidente de la Seccional Noroccidental de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela y del Comité Organizador Local

Maracaibo, en representación del Estado Zulia, ha sido investida con el alto honor de ser la sede de este XVIII Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología, y con júbilo y orgullo hoy los recibimos, en esta tierra generosa, dotada excepcionalmente por la naturaleza de grandes riquezas; que la han hecho pionera y líder en la producción de recursos petroleros, agrícolas, pecuarios, ganaderos, tecno-

lógicos e industriales. Esta región zuliana que a través de su lago, al ser dividido por los conquistadores españoles y ante el recuerdo de la italiana ciudad de Venecia, germinó el nombre de nuestro país: Venezuela o pequeña Venecia; también ha sido cuna de grandes gestas históricas, como la épica Batalla Naval del Lago de Maracaibo, encabezada por los generales Manrique y Padilla, la cual consolidó y selló definitivamente nuestra independencia, luchada arduamente en la Batalla de Carabobo; hecho éste precedido por valerosos actos regionales, como el de la insigne mujer zuliana, Ana María Campos, heroína de los Puertos de Altagracia y representante de la aguerrida mujer venezolana, la cual fue azotada públicamente por ofrecer resistencia al yugo colonial y haber emitido su célebre frase: “Si no capitulan, mondan”.

Este Estado Zulia que “en la noche relampaguea”, como dijera Marcial Hernández, en 1917, parodiando el brillo del relámpago del Catatumbo en medio de la oscuridad, al condenar el cierre de la Universidad, por la dictadura gomecista durante 1903; también ha protagonizado grandes acontecimientos científicos en el campo de la medicina y de la ginecología y la obstetricia venezolanas, como lo son la introducción en Venezuela de la anestesia con éter sulfúrico por el obstetra Blas Valbuena durante el siglo XIX; la primera resección de un quiste de ovario en Venezuela, efectuada por el Dr. Francisco Eugenio Bustamante en 1874; la primera histerectomía practicada en Maracaibo por el Dr. Manuel Dagnino en 1894; la primera amnioinfusión realizada por el Dr. Adolfo D’Empaire en 1922 y la primera cesárea segmentaria ejecutada en Maracaibo por el Dr. José Hernández D’Empaire.

En lo relativo a nuestra Sociedad de Obstetricia y Ginecología, destacados y eminentes colegas zulianos han dejado su huella, como el Dr. Rafael Belloso Chacín quien fue el impulsor de la creación de la seccional zuliana (hoy noroccidental) y el Dr. Jesús Ramón Amado quien fue su primer presidente y bajo cuya dirección fueron acogidos por primera vez todos los asistentes a la II Jornada Nacional de la SOGV, efectuadas en 1957, en el auditorium de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Posteriormente, en 1965 fuimos designados sede del III° Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología y luego de un largo período, en 1996, de su XVª edición.

Esta Maracaibo, “Tierra del sol amada”, como la bautizara su eximio escritor Rafael María Baralt, hoy al igual que en oportunidades anteriores, calu-

rosamente abre sus brazos para recibirlos a todos; gracias a las expectativas creadas a nivel nacional e internacional, por los magníficos cambios efectuados en estos 5 años tanto en el medio ambiente como en la conducta de sus ciudadanos, liderizados por sus últimos y actuales dirigentes gubernamentales; así como también por la capacidad de organización y de recibimiento que demostramos los zulianos cuando somos anfitriones. Luego de más de un año de preparativos y arduo trabajo, el comité científico, los coordinadores de secciones, la junta directiva nacional y el consejo consultivo, elaboraron un aquilatado programa científico que incluye aspectos selectos y novedosos, sobre temas de la práctica diaria y sobre problemas de salud pública, con el fin de contribuir a actualizar los conocimientos de los especialistas en ginecología y obstetricia y de otras especialidades afines, y a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal venezolanos. Para tales fines, se invitaron eminentes expertos internacionales, los cuales serán secundados por destacados especialistas nacionales y regionales. Por otra parte, el comité organizador a nivel nacional y local, con la colaboración y asesoramiento de instituciones y empresas de la región y del país, se ha esmerado en diseñar un excelente programa sociocultural que incluye visitas a los sitios turísticos representativos de la ciudad y la región, y el disfrute de espectáculos que enriquecen y animan el alma y el espíritu, y que demuestran nuestro gentilicio y don de gente. De la misma manera, en la exhibición comercial, serán expuestas las últimas novedades en el tratamiento médico de las enfermedades y patologías gineco-obstétricas y los más recientes adelantos tecnológicos, en los métodos diagnósticos y terapéuticos, utilizados en esta especialidad.

Agradezco a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, el haberme designado como su representante para recibirlos, y en su nombre y en el de nuestra seccional noroccidental, les damos el más cordial acogimiento y la más calurosa bienvenida a esta hermosa región zuliana, a esta “Maracaibo mía” como la llamara el ilustre bardo Udón Pérez y de la cual el poeta gaitero, Ricardo Portillo, expresara:

“Esta es la ciudad más bella
que existe en el continente.
Tiene lago, china y puente,
gaita y hospitalidad.
Tiene el calor y la gente
de más alta calidad.”

Esperamos que en estos días de estadía en nuestra ciudad, disfruten de nuestro bello lago, de nuestra patrona la Virgen Chinita, de nuestro hermoso puente sobre el lago, de la animada gaita zuliana y sobre todo, disfruten de nuestros cálidos sentimientos y nuestra excelente hospitalidad.

¡Bienvenidos!

REFERENCIAS

1. Suárez Ocando D. Discurso de apertura del XV Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Rev Obstet Ginecol Venez 1996;56:116-118.
2. Rodríguez Armas O. Discurso de orden en la Asamblea Legislativa del Estado Zulia. Rev Obstet Ginecol Venez 1996;56:121-124.
3. Canache Campos L. Discurso de apertura de la XIV Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología. Rev Obstet Ginecol Venez 1999;59:140-142.
4. Canache Campos L. Discurso de apertura del XVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60:134-136.
5. Guzmán P. Apuntaciones históricas del Estado Zulia. Maracaibo: Editorial Universitaria de la Universidad del Zulia; 1967.
6. Ocando Yamarte G. Historia del Zulia. Caracas: Editorial Artes; 1986.
7. Arrieta O. Notas para la historia de la medicina del Zulia. Maracaibo: Ars Gráfica; 1988.
8. Larousse. Diccionario práctico. Sinónimos y antónimos. Madrid: Ediciones Larousse; 1988.

Discurso de Apertura

Dr. Luzardo A Canache C

Presidente

La Tierra del Sol Amada, de nuevo nos recibe con muestras de cariño y generosidad para realizar el XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.

El Comité Organizador elaboró un extenso programa que consta de 3 cursos pre congreso, uno de ecografía, donde nos pondrán al día en los nuevos avances tanto obstétricos como ginecológicos, otro de infertilidad, diagnóstico y tratamiento, donde expondrán las técnicas recientes de reproducción asistida y el tercero del perenne problema de salud pública como lo es la patología de cuello uterino, además de 3 simposios obstétricos y ginecológicos

muy interesantes, 4 conferencias magistrales de mucha actualidad y una plenaria que nos enseñará mucho de la zulianidad; también se ha incluido un importante taller de uno de los grandes problemas que tenemos los países en desarrollo y en especial Latinoamérica, como lo es el embarazo en adolescentes. Para llevarlo a feliz término contamos con la presencia de invitados internacionales de dilatada trayectoria, provenientes de Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, de las hermanas repúblicas latinoamericanas, en especial de la región bolivariana, la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Fondo de la Naciones Unidas para el Desarrollo y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y los más connotados especialistas nacionales. Esperamos que este congreso cumpla los objetivos principales de una sociedad científica.

Fue electo en forma unánime por el Comité Organizador el distinguido y excelente médico maracaibero, Dr. Gerardo Fernández, Presidente Honorario del XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. El Dr. Gerardo Fernández, es un gran luchador social que ha sabido conjugar de una manera armónica su actividad asistencial con la científica y docente, además de la inmensa calidad humana que lo caracteriza. Recientemente, la ilustre Universidad del Zulia, le otorgó el Doctorado Honoris Causa y ahora la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, lo nombra Miembro Honorario. Otro ocho destacados gineco obstetras del país, recibirán también la designación de Miembros Honorarios y se reconoce así sus grandes méritos. Dr. Gerardo Fernández; reciba Ud. en nombre de la gran familia gineco obstétrica, sus coterráneos, el Comité Organizador y en el mío propio, las sinceras palabras de aprecio, cariño y estima. Felicitaciones.

En el discurso de toma de posesión de la cuadragésima sexta Junta Directiva (1) señalé que íbamos a actuar en una etapa de transición, no sólo en el tiempo, sino en la compleja transformación social, política, educativa y económica financiera que ahora confrontamos. A pesar de todos esos inconvenientes la Sociedad ha crecido, se abrieron nuevos caminos para ingresar a su seno, hoy se entrega el diploma de Miembro Titular por reconocimiento a sus méritos a dos distinguidos colegas, Drs. Humberto Acosta y Tulio Molina. En el Congreso pasado, se nombraron 4 Maestros Nacionales y 22 Miembros Honorarios, hemos organizado 2 Congresos Nacionales y 2 Jornadas, se crearon 5 nuevas secciones y somos cofundadores

de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, donde se lucha para que la certificación de especialista sea dada por la Sociedad respectiva y para que la recertificación sea cada 5 años e intervenga la Sociedad respectiva, la Universidad y el MSDS. Esta Junta Directiva deja solvente todos los compromisos nacionales e internacionales como se verá en el informe del tesorero el día 28 de abril; hago un llamado a todos los miembros de la Sociedad a cumplir con el deber de cancelar la cuota anual, que nos hace falta para modernizar la Biblioteca, el proyecto está en marcha, es muy costoso, estoy seguro que la próxima directiva que será electa el viernes 21, lo logrará.

En estos momentos difíciles, los profesionales de la medicina y todos los que trabajamos en el sector salud, debemos estar muy unidos, nos han formulado severas críticas, muchas de ellas sin razón, dando la impresión de que la profesión de médico está en decadencia y por ello se llega a la exportación de enfermos e importación de profesionales de medicina. Sólo basta revisar la historia desde el sabio José María Vargas, el venerable José Gregorio Hernández, el recto Luis Razetti, Enrique Tejera, Arnoldo José Gabaldón, José Ignacio Baldó, Pastor Oropeza, Félix Pifano, Jacinto Convit, Miguel Layrisse, así como muchos otros que han tenido que emigrar a diferentes países, víctimas del autoritarismo, demagogia, envidia, desidia, incompetencia, indolencia, mezquindad y soberbia; el caso más palpable, lo tenemos aquí mismo en el Zulia, con un hijo de la Cañada, el recientemente fallecido, médico y científico Dr. Humberto Fernández Morán, quien no obtuvo el premio Nobel, por no perder su nacionalidad. El tiempo se encargará de colocarlo en el sitio que merece.

En el plano internacional, asistimos a la Asamblea General de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) en Asunción Paraguay, en julio de 1998 y en El Salvador en noviembre de 1999, y Primer Congreso Bolivariano, celebrado en Cartagena de Indias, en marzo de 2000, participamos en el taller "Responsabilidades de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología ante el aborto en los países bolivarianos", realizado en Guayaquil, Ecuador en julio de 2000. En Washington DC, asistimos a la Asamblea General de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en setiembre de 2000, presentamos la candidatura del Dr. Otto Rodríguez Armas, a presidente de FIGO 2003-2006: debido a complejas circunstancias del momento histórico vivido, nos

fue adverso el resultado. El Dr. Otto Rodríguez Armas, fue nuestro embajador por todo el mundo desde 1970, nuestro eterno agradecimiento Dr. Rodríguez por ese invaluable trabajo realizado. En la mañana de hoy, le fue impuesta la más alta condecoración del Estado Zulia, la Orden "José María Baralt" en I Clase, junto con los distinguidos colegas, Drs. Gerardo Fernández y Rafael Molina Vílchez.

Debo expresar mi gratitud a los invitados internacionales, por aceptar la invitación, acompañarnos y compartir las inquietudes científicas, docentes y de investigación; además de las socio culturales. A los invitados nacionales nuestro agradecimiento por su incondicional apoyo y solidaridad; a la gran familia gineco obstétrica por su presencia y estímulo; a la ilustre Universidad del Zulia por su generosa colaboración y apoyo, a la Gobernación del Zulia, la Alcaldía del Municipio Maracaibo, Corpozulia, otras empresas e instituciones de la región por su importante y esmerada contribución, así como a la industria farmacéutica y casas comerciales por su constante y efectivo apoyo, al Hotel del Lago Intercontinental por facilitar el evento en sus instalaciones, a las compañías Congreca y Ateproca por su valiosa ayuda, al Comité Local, nuestro agradecimiento por hacernos placentera la estadía en esta región; a mis compañeros de Junta Directiva y comité organizador mi eterna gratitud, a mis amigos y familiares por comprensión y aliento a lo largo de estos 3 años. Al Creador por su generosidad con este humilde servidor.

En nombre de la Junta Directiva y el Comité Organizador, declaro inaugurado el Decimotercer Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.

Sean todos bienvenidos.

REFERENCIA

1. Canache L. Discurso de la toma de posesión de la cuadragésima sexta Junta Directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología 25 de abril, 1998. Rev Obstet Ginecol Venez 1998;58(3):213-214.

Semblanza del Dr. Gerardo Enrique Fernández, Presidente Honorario el XVIII Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología

Dr. Carlos Briceño Pérez.

Presidente de la Seccional Noroccidental de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela y del Comité Organizador Local

El Dr. Gerardo Enrique Fernández nació en Maracaibo, el 25 de septiembre de 1932, en el seno de una familia, donde se inculcaban valores que han sido el norte de su vida: honestidad, sensibilidad social, amor al trabajo, sentido de la amistad, gratitud... cualidades que han hecho de él la extraordinaria persona que todos conocemos. Estudió bachillerato en los Liceos "Udón Pérez" y "Rafael María Baralt" e inició sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, en el año 1949; culminándolos en 1955, en la Universidad del Zulia, cuando se graduó de médico cirujano, formando parte de la promoción "Dr. Manuel Dagnino". En 1963, recibió el título de Doctor en Ciencias Médicas, en nuestra ilustre universidad, después de haber aprobado la tesis "Mil casos de perineotomía mediana", primer trabajo de este tipo en la región, y obra de referencia obligada, sobre este tema. En 1965, realizó estudios de posgrado en la Universidad de Londres, en endocrinología ginecológica y obstétrica y en 1966, sobre citología exfoliativa. También ha realizado posgrados en fisiopatología de la contracción uterina, hipnología médica, citología vaginal, fertilidad y esterilidad, agua y electrolitos, administración de servicios hospitalarios, andrología, vigilancia fetal y neonatal y microcirugía.

Para el mejor cumplimiento de su labor docente-asistencial, ha procurado siempre mantener sus conocimientos actualizados, a través del estudio y realización de numerosos cursos sobre diferentes aspectos de la gineco-obstetricia; y a su vez ha participado como conferencista, en más de 50 cursos y otros eventos patrocinados por la Universidad u otros organismos científicos del país e internacionales.

Su vida profesional la inició en 1955, como

residente de pediatría en el Hospital de Niños de Maracaibo. Pero enseguida tomó el rumbo hacia su verdadera vocación, la gineco-obstetricia. Así, en 1958 asumió el cargo de médico residente de esta especialidad, en nuestro legendario "Hospitalito", el Hospital Chiquinquirá, donde ha transcurrido la mayor parte de su vida, ocupando sucesivamente los cargos de residente, adjunto, jefe de servicio y jefe del departamento. En 1962, creó la primera consulta de ginecología y en 1985, la primera consulta para la atención a mujeres menopáusicas. Asimismo, diseñó la historia clínica para la consulta de ginecología, que por estar considerada como un modelo bien estructurado y completo, sigue siendo utilizada actualmente en las clases de semiología ginecológica. Al lado de los Dres. José Hernández D'Empaire, Jesús Acosta Galbán, Julio Arraga Zuleta y Adalberto Lugo Rivas, formó parte de la Junta Directiva Pro Centenario del Hospital Chiquinquirá, con un trabajo de grupo que fue decisivo para la remodelación del antiguo hospital. Gracias a su iniciativa, el Departamento de Obstetricia y Ginecología del hospital cuenta con una biblioteca que lleva su nombre y que contiene los volúmenes completos, desde 1960, de las revistas líderes en nuestra disciplina, la mayoría donada por él.

Numerosos alumnos de pregrado, más de 200 egresados de posgrado y muchos médicos asistenciales, hemos sido honrados con sus sabias enseñanzas y consejos, pues ha sido docente universitario desde 1960, cuando asumió el cargo de instructor de fisiología humana, en la Facultad de Medicina, al lado del insigne maestro Dr. Julio Arraga Zuleta. En 1967, fue nombrado profesor de Cirugía Obstétrica I, posición que ocupó hasta 1986, cuando fue jubilado con la categoría de profesor titular, pero sigue activo hasta la presente fecha. También ha sido coordinador docente de propéutica y semiología quirúrgica, miembro principal del Consejo de la Facultad de Medicina y Director del Posgrado de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Chiquinquirá hasta la presente fecha.

Como investigador, se inició cuando todavía era un estudiante, ayudando al Dr. Américo Negrete en los pioneros trabajos a nivel mundial, sobre corea de Huntington. Ha publicado 39 trabajos científicos, entre artículos originales en revistas arbitradas nacionales e internacionales y capítulos de libros. Algunos de ellos como el de aborto séptico, realizado conjuntamente con el equipo de gineco obstetras del Hospital Chiquinquirá, dirigido por el doctor José Trinidad Martínez, y publicado en la prestigiosa

revista, *Obstetrics and Gynecology*, cambió el enfoque terapéutico en esta entidad nosológica, al reportar la tasa más baja de mortalidad materna. Ha trabajado intensamente en el estudio de la anemia nutricional del embarazo, con resultados que fueron un alerta en nuestra región sobre la necesidad de mantener los niveles óptimos de ácido fólico en la embarazada. Uno de estos trabajos, publicado en el *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, fue escogido por la revista *Medical Digest*, entre los mejores que se publicaron en ese año. Entre otros estudios, también ha realizado investigaciones sobre disfunciones de ovario, terapia estrogénica, transporte de hierro a través de la placenta, importancia del zinc materno en la evolución del embarazo y el parto y sobre diversos aspectos del síndrome preeclampsia-eclampsia.

Sus contribuciones científicas las ha presentado en más de 50 eventos científicos nacionales e internacionales y pertenece a importantes sociedades como la Asociación Mundial de Fertilidad y Esterilidad, la Federación Internacional de Obstetricia, la *American Society of Reproductive Medicine*, de la cual es miembro vitalicio y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. De esta última, ha sido miembro de la junta directiva nacional y ha mantenido activa nuestra seccional noroccidental, ejerciendo todos los cargos directivos, desde hace aproximadamente 33 años.

En 1982 y 1984, obtuvo el premio científico que otorga anualmente la Asamblea Legislativa Regional, por los trabajos "Función plaquetaria en el embarazo y durante el uso de anticonceptivos" e "Hipertensión inducida por el embarazo: estudio de aminos biogénicas, hierro y función plaquetaria". En 1983, el Consejo Técnico del Instituto de Investigaciones Clínicas, le nombró por unanimidad Investigador Asociado. La Universidad del Zulia también ha reconocido su dedicación al otorgarle la orden "Jesús Enrique Losada" en su primera clase y al distinguirlo con el nombramiento de "Doctor Honoris Causa". El Consejo Legislativo del Estado Zulia, en la mañana de hoy, le entregó la más alta distinción otorgada a un hijo ilustre de esta tierra: la orden "Rafael María Baralt", en su primera clase.

Deliberadamente he dejado de último su aspecto más resaltante, esos pequeños detalles que hacen a los grandes hombres como el Dr. Gerardo Fernández: sus condiciones humanas. Como padre de familia, ha mantenido el cariño, la unión y armonía entre los suyos. Su activa vida profesional, no ha impedido

que, haya sido un excelente hijo, un buen hermano, un magnífico esposo y padre. Junto a la Sra. Elita, su esposa y compañera durante 45 años, ha formado una familia de hombres y mujeres de bien. Sus seis hijos, María Isabel, María Inés, Marisol, Karelys, Gerardo y Carlos son su mayor orgullo y tres de ellos Marisol, Karelys y Carlos han seguido sus pasos y también son profesores universitarios. La mayoría de los de aquí presentes sabemos cómo es Gerardo Fernández el amigo, y a quienes afortunadamente nos ha distinguido con su amistad, orgullosamente hemos podido comprobar sus sentimientos de sinceridad, fidelidad, lealtad y honestidad. Sus pacientes reciben un trato cordial, amable, cariñoso y bondadoso. A sus conocidos los trata con afecto, caballerosidad, don de gente, bonhomía y sencillez que irradia no sólo hacia ellos, sino hacia todo el mundo; quizás porque el mundo entero es su amigo.

Por todas estas virtudes, de una vida fructífera dedicada a la labor científica, humanística y social, ha sido honrado justamente, por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, con la designación de "Presidente Honorario" del XVIII Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología. Mientras contemos con hombres como el Dr. Gerardo Fernández, podemos tener fe en el Zulia y en el país, y como dijera Martí, "Honrar, honra" y al honrarlo, honramos a la inteligencia, al trabajo, a la bondad; nos honramos a nosotros mismos y honramos a la sociedad.

¡Felicitaciones Dr. Fernández!

Muchas gracias.

REFERENCIAS

1. Diez de Ewald M. Discurso de orden. Otorgamiento del Doctorado Honoris Causa al Dr. Gerardo Fernández. Auditorium de la Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo. 28-11-2000.
2. Fernández G. Curriculum Vitae.
3. El libro del centenario del Hospital de Chiquinquirá. Maracaibo: Editorial Universitaria de la Universidad del Zulia, 1969.
4. Diccionario práctico. Sinónimos y antónimos. Madrid: Ediciones Larousse, 1988.

Asamblea Ordinaria de FUNDASOG de Venezuela y de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

El sábado 28 de abril, se celebró la Asamblea Ordinaria de FUNDASOG de Venezuela. La Dra. Judith Toro Merlo, Secretaria de la Fundación presentó el informe de las actividades realizadas durante el período 1998-2001, el cual fue aprobado por aclamación y con felicitaciones de los asistentes.



Figura 1. Durante la Asamblea Ordinaria de FUNDASOG, de izquierda a derecha los Drs. Otto Rodríguez Armas, Judith Toro Merlo, Ofelia Uzcátegui y Luzardo Canache.



Figura 2. Juramentación de los nuevos integrantes de la Junta Directiva de FUNDASOG. De izquierda a derecha los Drs. Otto Rodríguez Armas, Iván Paravisini, Luzardo Canache y Ofelia Uzcátegui.

Se procedió a la elección de la nueva Junta Directiva de la fundación, la cual quedó integrada de la siguiente manera:

Presidenta: Dra. Ofelia Uzcátegui
Secretario: Dr. Luzardo Canache
Tesorero: Dr. Iván Paravisini
Vocal: Dr. Otto Rodríguez Armas

A continuación se realizó la Asamblea Ordinaria de la SOGV. En ella se presentaron los informes de las seccionales del Centro, Centro Occidental y Nor Occidental.

Seguidamente se tomó juramentación de las nuevas Juntas Directivas de dichas Seccionales, cuyas elecciones se habían llevado a cabo el 1 de marzo.



Figura 3. Juramentación de los Drs. Aulogelio Aponte y Sonia Román de la Seccional Centro Occidental



Figura 4. Juramentación del Dr. Carlos Briceno de la Seccional Nor Occidental

Se presentaron los informes de Secretaria, y Biblioteca de la Junta Directiva Nacional saliente, los cuales se reproducen a continuación. Igualmente se presentó el informe de Tesorería. La gestión de la Junta Directiva saliente fue aprobada de manera unánime por la Asamblea.

Se procedió seguidamente a la Juramentación de la Junta Directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela para el período 2001-2003.

La Junta Electoral Principal fue ratificada quedando integrada por:

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, Presidente, Dr. Domenico Guariglia, Secretario, Dr. Edgar Jiménez, Dr. Pedro Maneiro, Dra. Alcira Centeno de Ararat.

Finalmente, la Dra. Leonor Zapata recibió de manos del Presidente saliente, Dr. Luzardo Canache, las insignias de la SOGV y posteriormente pronunció un emotivo discurso que reproducimos al final de esta nota.



Figura 6. La Dra. Leonor Zapata, recibe las insignias de la SOGV del Dr. Luzardo Canache, Presidente saliente.



Figura 5. Juramentación de la Junta Directiva Nacional, de izquierda a derecha los Drs. Fanny Fleitas, Rafael Molina Vílchez, Leonor Zapata, Enrique Abache, Rubén Regardiz y Carlos Brik.



Figura 7. Miembros de la Junta Electoral Nacional. De izquierda a derecha los Drs. Rogelio Pérez D'Gregorio, Edgar Jiménez Villegas, Pedro Maneiro y Domenico Guariglia.

**Informe de la Secretaria Junta
Directiva 1998-2001
(24-4-1998 a 28-4-2001)**

Dra. Leonor Zapata

Secretaria

Reuniones de Junta Directiva: 129
Reuniones Directiva y Consejo Consultivo: 20
Reuniones Ordinarias: 8 para lectura de trabajos de incorporación de Miembros Titulares, una en Barquisimeto y dos en Maracaibo.
Asambleas Ordinarias: 2
Asambleas Extraordinarias: 2
Modificación de estatuto y reglamento de elecciones para Junta Directiva Nacional y Juntas Directivas Seccionales (17/7/99).
Fijar la fecha de elecciones para Junta Directiva Nacional diferidas por el Consejo Nacional Electoral (13/5/00).

Reuniones organizativas de jornadas y congresos
2 Porlamar, Edo. Nueva Esparta
2 Maracaibo, Edo. Zulia
1 Maturín, Edo. Monagas
2 Cartagena de Indias y Caracas

Jornadas, congresos y cursos

XIV Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología

Se realizó del 3 al 6 de marzo de 1999 en el Hotel Laguna Mar Margarita, Pampatar, Edo. Nueva Esparta.

Los Presidentes Honorarios fueron los Drs. José Trinidad Martínez e Itic Zighelboim

Presidente comité organizador local, Dr. Enrique Aguilar.

Número de inscritos 1156, acompañantes 26.

Fueron leídas 137 comunicaciones libres, presentados 44 posters y proyectados 4 videos.

Taller de patología cervical en la Clínica del Cáncer "Dr. Victor Brito" contó con 26 inscritos. Los facilitadores fueron los Drs. Renzo Barrasso, Rosa Hernández y Luis Spagnuolo.

Condecoraciones tramitadas por comité organizador local.

- "Francisco Antonio Rísquez" Clase Única

otorgada por la Alcaldía del Municipio Marcano a los presidentes Honorarios Drs. José Trinidad Martínez e Itic Zighelboim, a los invitados especiales Drs. Renzo Barrasso, Juan Enrique Blümel, Ernesto Castelazo Morales, Oscar Contreras Ortiz, Edmund Chada Baracat, Pablo Gutiérrez, Ralph Hale, Gerald Holzman, Moisés Huamán, George Malkasian, Salvador de la Masa, María Teresa Peralta Abello, Jorgé Tisné.

- "Francisco Esteban Gómez" otorgada por la Alcaldía del Municipio Maneiro; Primera Clase a los Drs. Judith Toro y Walter Baumgartner, Segunda Clase a los Drs. Fanny Fleitas, Saúl Kízer, Bestalia Sánchez de La Cruz, Manuel Silva Córdoba, Leonor Zapata.

XVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología

Se realizaron del 28 de febrero al 3 de marzo de 2000 en el Hotel Hilton Caracas.

Presidente Honorario Dr. Oscar Agüero.

Número total de participantes 1 567, en los tres cursos pre-congreso hubo 367 inscritos.

Fueron leídas 215 comunicaciones libres, presentados 83 posters y proyectados 15 videos.

El Premio Dr. Oscar Agüero, fue otorgado al trabajo "Microscopia electrónica de la interacción de membranas plasmáticas con la matriz extracelular del fibrinoide placentario" publicado en Rev Obstet Ginecol Venez 1999;59:181-187, autor Dr. Olivar Castejón.

El Premio Clinicalar otorgado a mejor comunicación libre y mejor poster con temas de ecografía presentados en congreso.

Comunicación libre: Índice de impedancia Doppler fetal entre el ductus arterioso y la arteria pulmonar en el embarazo pre y postérmino. Drs. Alberto Sosa, Luis Díaz. Unidad de Perinatología CHET, Valencia, Edo. Carabobo.

Poster: Imagen quística bilobulada en base del cordón fetal. Drs. Coralía González, Senaide Paiva, Orlando Arcia. Clínica Vista Alegre, Caracas.

Actos 60 Aniversario

Oradores de Orden Drs. Oscar Agüero y Luzardo Canache Campos.

Entrega de Diplomas a Miembros Meritorios (2), Miembros Honorarios (13).

Reconocimiento a Maestros Venezolanos de

Obstetricia y Ginecología elegidos mediante una encuesta distribuida entre los miembros de la sociedad. Drs. Oscar Agüero, Armando Arcay Solá, Víctor Benaím Pinto, José Trinidad Martínez.

Entrega de placa de reconocimiento a la Dra. Livia Escalona, primera mujer presidenta de la Sociedad.

Condecoraciones tramitadas por Junta Directiva Nacional.

- “Diego de Losada” Primera Clase otorgada por la Alcaldía del Municipio Libertador a los Drs. Livia Escalona y Luzardo Canache C, quien durante Asamblea Extraordinaria del 13/5/00 la dona a la Sociedad.

I Congreso Bolivariano

Celebrado los días 3 y 6 de marzo de 2000 en las ciudades de Caracas y Cartagena de Indias.

El temario y participantes fue seleccionado por cada una de las sociedades integrantes del Grupo Bolivariano de FLASOG.

Fue prestigiado con la presencia del Dr. Tomás Polanco Alcántara quien dictó la conferencia plenaria “Simón Bolívar” donde resaltó, del pensamiento político del Libertador, las bases para gobernar una república: educación, salud, democracia y justicia.

La parte venezolana del congreso fue clausurada con un concierto interpretado por Orquesta Sinfónica Juvenil de Caracas.

La asistencia de delegados venezolanos a Cartagena de Indias fue importante, se realizó una visita a San Pedro Alejandrino en Santa Marta, Colombia, y la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología otorgó una placa de Honor a su homónima venezolana el 6 de marzo de 2000.

XV Jornada de Obstetricia y Ginecología

Se realizó del 19 al 21 de octubre de 2000 en el Hotel Morichal Largo, Maturín, Edo. Monagas

Presidente Honorario, Dr. Domingo Urbina Cabello.

Presidente comité organizador local, Dr. Rubén Regardiz Amado

Hubo 133 participantes.

Presentados 4 simposios y 3 conferencias plenarias, 3 comunicaciones libres leídas y 6 posters presentados.

Condecoraciones tramitadas por comité organizador local.

- “Ciudad de Maturín” en Primera Clase otorgada por la Alcaldía del Municipio Maturín a los Drs. Manuel Cotrina, Gerardo Hernández M y Otto

Rodríguez A.

- “José Tadeo Monagas” en Segunda Clase otorgada por la Gobernación del Edo. Monagas al Dr. Rubén Regardiz Amaro.

Curso intensivo de formación continuada en salud materno-fetal

Se realizó del 5 al 10 de noviembre de 2000 en el Hotel Avila, Caracas.

Fue financiado por la Sociedad y FUNDASOG de Venezuela.

Directores del curso: Drs. Luis Cabero Roura, Vincent Cararach Ramoneda

Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad de Barcelona (España)

Coordinadoras Nacionales: Dras. Leonor Zapata y Judith Toro Merlo.

Dictaron el curso los Profs. L Cabero, V Cararach, M Azulay, E Carreras, M J Cerqueira I Farran, E Gratacós, S Martínez Román, A de la Riva y de la Gándara, S Salcedo.

Participantes: 82.

A los cursantes se les distribuyó un libro editado por Editorial ATEPROCA con los temas dictados.

XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Se realizó del 21 al 24 de marzo 2001 en el Hotel del Lago Inter Continental, Maracaibo, Edo. Zulia.

Presidente Honorario, Dr. Gerardo Enrique Fernández.

Presidente comité organizador local, Dr. Carlos Briceño Pérez.

Inscritos 1 475, cursos pre-congreso 556 inscritos, acompañantes 37.

Taller embarazo en la adolescencia, coordinado por Dra. Ofelia Uzcátegui, participaron los representantes del grupos bolivariano de FLASOG, FNUAP, OPS/OMS, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, además de expertos nacionales.

Condecoraciones tramitadas por comité organizador local.

- “Orden Rafael María Baralt” Primera Clase otorgada por el Consejo Legislativo del Edo. Zulia a los Drs. Gerardo Fernández, Rafael Molina V, Otto Rodríguez Armas.
- “Orden Del Lago de Maracaibo”, otorgada por la Gobernación del Edo. Zulia a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela y Drs. Daniel Flores, Rafael Molina V, Tomás Rodríguez Rojas.

Elecciones Junta Directiva Nacional el 23 de marzo.

Premio Clinicalar:

Encefalocele occipital (Síndrome de Meckel-Gruber). Diagnóstico ecográfico temprano (8-10S). Jesús Zurita Peralta, Natasha Larrazabal Hernández, Eduardo Arias Rodríguez, Edward Arias Ballerini. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" (UVIMAFE), C.C.M: "Leopoldo Aguerrevere", Caracas. Síndrome Friyns. A propósito de un caso. Orlando Arcia, Carlos Hernández, José Carugno, Karla Bermúdez, Jony Suárez, Maternidad "Concepción Palacios". Caracas.

Revista

La Dra. Jacqueline Saulny de Jorges fue ratificada como Directora-Editora.

De mutuo acuerdo fue designada la Dra. Judith Toro Merlo como Secretaria de Redacción y Coeditora, el 26/5/98.

La Revista recibió el Premio Alí Rivas Gómez a la mejor revista biomédica, del Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana, Caracas, Octubre 1999.

Fue financiado el Volumen 60, Suplemento 1, 2000. Publicaciones de la Maternidad "Concepción Palacios", (1939-1998) del Dr. Oscar Agüero, como Homenaje 60 Aniversario de esa casa de maternidad.

Fueron incorporados revisores de manuscritos.

Es enviada a bibliotecas nacionales y del exterior, suscriptores, y miembros, desde diciembre de 1998 con tarifa de impresos de Ipostel.

La publicación de la revista está al día y solvente económicamente. Damos las gracias al Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, director de ATEPROCA por conseguir los avisos publicitarios que financian la edición.

Premios

El Premio Nacional de Obstetricia y Ginecología recibe el nombre del Dr. Oscar Agüero. Fueron modificadas las bases del premio.

Premio Clinicalar otorgado por esa compañía a la mejor comunicación libre y póster presentados en congresos con temas de ecusonografía con el objeto de estimular a los médicos jóvenes.

Asuntos internos

Creación de tres nuevas Secciones: Bioética, Mortalidad materna y perinatal, Patología cervical uterina y colposcopia.

Las cuotas del personal de la sociedad están solventes con el IVSS.

Junta Electoral Principal

Dr. Luis Spagnuolo renuncia por motivos familiares y es designado en su lugar el Dr. Domenico Guariglia quedando constituida por los Drs. Rogelio Pérez D'Gregorio, presidente, Domenico Guariglia, Edgar Jiménez V, Pedro Maneiro, Alcira Centeno de Ararat. Expresamos nuestras felicitaciones por la labor desempeñada con diligencia y probidad.

Miembros

Miembros Titulares: 25

Caracas: Drs. Julia Vaccaro, Patxi Aristoy Bilbao, Eugenia Sekler, María Mercedes Pérez, Jesús Rafael Figueroa Brito, Manuel Meneses Guevara, Alfredo Caraballo Mata, Francisco García Rodríguez, Julio Brito Hurtado, Leonardo De Abreu Rodríguez, Indira Centeno Maldonado, Kalinina Santiesteban, Ciro Quevedo Añez, Humberto Acosta Garnier.

Estado Zulia: Nelson Velásquez, José Oberto, Noren Villalobos, Marisol Fernández, Ana Efigenia Romero, Charles Sanabria Vera, Gustavo Valbuena Vera.

Estado Falcón: Dr. Tulio Molina Ibarra.

La Seccional Nor Occidental incorporó 8 miembros titulares.

Estado Trujillo: Dr. Francisco Llavaneras.

Estado Lara: Dras. Reyna Figueras de León y Dulce Díaz Hernández, pendientes por leer el trabajo aprobado.

Miembros Afiliados 78

Caracas 47, Anzoátegui 1, Aragua 5, Carabobo 7, Lara 6, Mérida 3, Miranda 1, Zulia 8

Miembros Agregados: 5

Lics. Olivar Castejón S, María Teresa Urbina, María Andreína Pacheco, Randolpho Medina G, Nidya María Sanginés.

Miembros Honorarios: 23

Drs. Rafael Isidro Briceño, Vinicio Casas, José Jesús Crespo, Livia Escalona, Gerardo Fernández, Daniel Flores Hernández, Armando Jiménez Ortega, José Ramón López Gómez, Efraín Inaudy Bolívar, Alonso Marcucci, María Mendoza Rodríguez, Luis Pernía Pérez, José Ramón Pittaluga, Luis Reverol Montero, Ana María Rodríguez, Tomás Rodríguez, Darío Suárez Ocando, Luis Enrique Torres Agudo, Domingo Urbina Cabello, Ofelia Uzcátegui Uzcátegui, Mauricio Vargas, Henry Wallis.

España: Luis Cabero Roura.

Miembros Correspondientes Extranjeros: 2

Colombia: Drs. María Teresa Peralta Abello, Guido Parra.

Miembro Meritorio 1
Sr. Rubén Darío Briceño.

Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas

Drs. Luzardo Canache C. y Leonor Zapata firmaron el Acta Constitutiva (29/9/98).

Dr. Enrique Abache es designado representante permanente de la Sociedad ante la Red, asistió a 21 reuniones ordinarias.

I Encuentro de la Red (12/03/99), II Encuentro (5/10/00) asisten Drs. Luzardo Canache y Enrique Abache.

Colabora con la elaboración del programa científico de III Encuentro a realizarse de 17 a 19 de mayo de 2001.

Participa en actos de desagravio a la medicina venezolana organizados por la FMV con motivo de la actitud del gobierno nacional de contratar médicos cubanos.

Es enviada a la Red la posición de la Sociedad ante la Eutanasia para el Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud.

Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO)

Dr. Otto Rodríguez Armas es nombrado representante de la Sociedad ante FIGO (9/6/98)

XVI Asamblea General FIGO, Washington, EE.UU, 5 y 7 septiembre 2000.

Delegados: Drs Luzardo Canache Campos, Otto Rodríguez A.

Es presentada la candidatura del Dr. Otto Rodríguez Armas para presidente FIGO, no fue elegido.

El 10/4/01 fueron propuestos al Comité Científico FIGO los Drs. Rafael Molina Vílchez y Alberto Sosa Olavarría como conferencistas en el próximo congreso FIGO 2003, Santiago de Chile.

FLASOG

Coordinador Nacional Mortalidad perinatal ante FLASOG, Dr. Pedro Faneite.

Reunión Grupo Bolivariano de FLASOG, Guayaquil, Ecuador, 2/6/98, delegada Dra. Leonor Zapata.

Asamblea Extraordinaria, Asunción, Paraguay, 31/7/98, delegados Drs. Luzardo Canache C, Leonor Zapata, Otto Rodríguez y Liberio Chirinos. Discusión del nuevo estatuto de la Federación.

Asamblea Ordinaria, El Salvador, 9/11/99, delegados Drs. Luzardo Canache C, Leonor Zapata, Otto Rodríguez A, Judith Toro (supl).

XVI Congreso FLASOG, San Salvador, noviembre de 1999.

Participan como conferencistas Drs. Alfonso Arias, Mariella Bajares de Lilue, Rafael Cortés, Doris Di Gianmarco, Alfredo Levy, Francisco Loreto, Rogelio Pérez D' Gregorio, Francisco Rísquez, Otto Rodríguez A, Judith Toro, Leonor Zapata.

Durante la Ceremonia de Clausura del Congreso FLASOG reciben el Diploma de Maestros de Ginecología y Obstetricia FLASOG, los Drs. Saúl Kízer y Manuel Silva Córdova.

FLASOG Reunión de las Américas con Prof. Ralph Hale, vicepresidente del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG). Washington. 5/9/00. Delegados Drs. Luzardo Canache C y Otto Rodríguez A.

Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (IFFS)

Asamblea General, San Francisco, EE.UU, 6 y 8 de octubre de 1998, delegados Drs. Otto Rodríguez, Luis Burgos, Mariella Bajares de Lilue.

Federación Latinoamericana de Sociedades (FLASEF)

Asamblea FLASEF, Panamá, marzo de 1999, delegados Drs. Otto Rodríguez y Alfredo Levy.

Federación Latinoamericana (FLASCYM).

Asamblea trienal FLASCYM, Sao Paulo, Brasil, 27/10/98, delegados Drs. Otto Rodríguez Armas y Mariella Bajares de Lilue (sup).

Reunión de la Federación, Perú, 7 y 8 octubre 2000, representante Dra. Mariella Bajares de Lilue.

FIGI J

Asamblea y XIII Congreso Mundial Figij, Helsinski, Finlandia, mayo de 1998, delegada Dra. Bestalia Sánchez. Venezuela es propuesta para organizar el congreso de esa federación en 2007.

ALOGIA

Marzo 2001, representante Región Central, Dra. Bestalia Sánchez.

SIAEGI

VI Congreso y Asamblea SIAEGI, Sevilla, España, octubre de 1999. Dr. Alfonso Arias es

designado Secretario General de la Junta Directiva. Venezuela obtiene la sede para organizar el VII congreso de esa Sociedad.

Eventos organizados o auspiciados

73 eventos: 31 organizados por Seccionales y Secciones de la Sociedad, 42 auspiciados.

Merece destacar las actividades de la Sección de Anticoncepción integrada por los Drs. Fanny Fleitas (C), Fanny Carrero, Franklin Mendoza, Williams Sánchez y Alfredo Levy, quienes presentaron un curso de "Anticoncepción posparto" en 13 ciudades del país. Contaron además con la participación de las Dras. Ofelia Uzcátegui y Leonor Zapata.

Ciudades donde fue presentado el curso: San Juan de los Morros, 30/1/99; Coro, 20/3/99; Ciudad Bolívar, 29/5/99; Mérida, 10/7/99; Guanare, 2/10/99; Tucupita, 22/10/99; Maturín, 23/10/99; Instituto Pedagógico JM Siso Martínez, Caracas, 20/11/99; Valera, 27/11/99; San Cristóbal; 19/2/00; Cumaná, 1/4/00; Calabozo 2,3/3/01; Porlamar 30,31/3/01.

Actualización en obstetricia y ginecología, Calabozo, 23/5/98. Seccional del Centro.

Curso de patología cervical, Pto. La Cruz, 10/7/99. Organizan Seccional Nor Oriental y Sección de Patología de Cuello Uterino y Colposcopia.

Curso "De niña a mujer", Barquisimeto, 1/8/99. Seccional Centro Occidental.

Curso de cáncer de cuello uterino y mastología, Maturín, 20/8/99, Secciones de Mastología y Cáncer ginecológico.

Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia, 1/4/00 San Fernando de Apure. Organiza Seccional del Centro.

Curso de actualización en patología mamaria, 27/5/00, Valencia. Organiza Seccional del Centro.

Atención gineco-obstétrica a la niña y la adolescente, 27/05/00, Barquisimeto. Organiza Seccional Centro Occidental.

Avances en menopausia y osteoporosis, 3/6/00, Maracay. Organiza Seccional del Centro.

Actualización en obstetricia y ginecología, Calabozo, 10/6/00. Organiza Seccional del Centro.

Curso de Actualización en ginecología y obstetricia, 17/06/00, San Carlos. Organiza Seccional del Centro.

Curso sobre avances en menopausia y osteoporosis, 24/06/00, Maracay. Organiza Seccional del Centro.

Curso en colposcopia y patología cervical, 8/7/00, Valencia. Organiza Seccional del Centro.

Jornadas Oriente 2000. Avances en obstetricia y

ginecología, Pto. La Cruz, 14,15/7/00. Organiza Seccional Nor Oriental.

Curso avances en menopausia y osteoporosis, 15/7/00, Valencia. Organiza Seccional del Centro.

Avances en ginecología y obstetricia, Barquisimeto, 16/9/00. Organiza Seccional Centro Occidental.

Curso taller planificación familiar, Valencia, 12/11/00, Organiza Seccional del Centro.

Taller de radiocirugía, 9/12/00, Valencia. Organiza Seccional del Centro.

Jornadas internacionales multidisciplinarias "Lesiones premalignas de cuello uterino", Valencia, 15 al 17/6/01. Organiza Seccional del Centro.

II Jornadas Científicas de la Unidad Mastología y Atención de la Mujer, Pto. La Cruz, 26 y 27 junio 1998.

Jornadas Científicas, 35 Aniversario Clínica Santa Ana, Caracas, 14 al 17 de julio de 1998.

Curso de Endocrinología Ginecológica, Maternidad La Floresta, Maracay, 15/10/98.

III Jornadas del posgrado en ginecoobstetricia, Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín, 2 y 3 octubre 1998.

Corporación de Salud del Estado Aragua, I Jornada Científica, Villa de Cura.

III Curso básico de Ultrasonido en Ginecología y Obstetricia, Fundación Santa Ana, IVSS, Caracas, 3/10 a 14/11/98.

Jornadas del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Clínica El Avila, Caracas, 22/10/98.

I Curso "full immersion" de cirugía endoscópica ginecológica, Caracas, 4 al 6 noviembre 1998.

IX Jornadas presentación Trabajos Especiales de Investigación (TEI) de los posgrados de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Universidad Central de Venezuela (UCV), Caracas, 14 y 15 de enero 1999.

XIII Jornadas de Perinatología "Dr. Anibal Montesinos", Maracay, 6/2/99.

Jornada Científica Aniversario Hospital Militar "Carlos Arvelo", Caracas, 23/2/99.

Avances en patología mamaria, Maternidad La Floresta, Maracay, 10/4/99.

Sociedad de Médicos Maternidad "Concepción Palacios". Curso de actualización en Obstetricia y Ginecología, Caracas, 26 - 28 mayo de 1999.

Actualización en obstetricia y reproducción. Fundamat, Maracay, 12/6/99.

Curso Hablemos de anticoncepción, Clínica El Avila, Caracas, 17/7/99.

IV Reunión científica anual "Dr. José María

Vargas”, Cagua, 31/7/99.

Simposio de fertilidad, ALAPLAF, Jornadas 99 salud reproductiva, Barquisimeto, 15/10/99.

Uroginecología y cirugía pélvica reconstructiva. Posgrado Vargas-Lídice, Caracas, 16/10/99.

II Curso “full inmersión” de cirugía endoscópica ginecológica, Centro de especialidades Anzoátegui, Lecherías, 2 al 4 noviembre 1999.

Congreso nacional de epilepsia

III Curso básico de Ultrasonido en ginecología y obstetricia, Fundación Santa Ana, IVSS, Caracas, 23/10 a 29/11/99.

Actualización en Obstetricia y Ginecología, Maternidad La Floresta, Maracay, 27/11/99.

I Jornadas científicas del Hospital General “Dr. Manuel Ranuarez Balsa”, San Juan de los Morros, 10-11/12/99.

Taller ovario poliquistico. Enfoque de vanguardia. Centro Médico Loira, 1/4/00.

III Posgrado de obstetricia y ginecología. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, 18 a 20/5/00.

Curso de inseminación artificial. Unifertes. 6/5/00.

Curso de inseminación, Pto. Ordaz, 20/5/00.

Sociedad de Médicos Maternidad “Concepción Palacios”. Curso de actualización en Obstetricia y Ginecología, Caracas, 24,26/5/00.

II Congreso Internacional de menopausia y osteoporosis, Caracas, 15,17/5/00.

Curso de ecografía. Centro clínico mejoramiento profesional, 20/6/00.

Curso de inseminación artificial. Unifertes. Maracaibo, 8/7/00.

IX Promoción de ginecoobstetras del Hospital Central de Maracay, Primeras jornadas de ecografía, Maracay, 8/7/00.

XII Jornadas científicas de la Clínica Santa Ana, Caracas, 14 y 15/7/00.

Jornadas de Actualización del posgrado de Obstetricia y Ginecología, El Tigre, 3,4/8/00.

Actualización en ginecología y obstetricia, Zona sur del Edo. Anzoátegui, Hospital “Dr. Luis Guevara Rojas”.

IV Curso básico de Ultrasonido en ginecología y obstetricia, Fundación Santa Ana, IVSS, Caracas, 16/09 a 11/11/00.

Avances en Medicina materno fetal infantil, Aniversario XVIII Clínica “Leopoldo Aguerrevere”, Caracas, 6,7/10/00.

Actualización en ginecología y obstetricia, Pto. Ordaz, 10/10/00.

Seminario ultrasonido transvaginal, Coro, 3 a 5/11/00.

V Jornadas de posgrado Hospital “Manuel Núñez Tovar”, Maturín, 24-25/11/00.

Maternidad La Floresta, I Jornada Científica, Maracay, 7 a 9/3/01.

III Curso “full inmersión” de cirugía endoscópica ginecológica, Hospital “Manuel Núñez Tovar”, Maturín, 22 a 24 abril 2001.

Sociedad de Médicos Maternidad “Concepción Palacios”. Curso de actualización en obstetricia y ginecología, Caracas, 23 a 25/5 de 2001.

Representaciones

38 en el país y el exterior

Dr. Luzardo Canache C ante FUNDASOG de Venezuela

Actualización en ginecología y obstetricia, realizadas en ciudades de Guayaquil, Machala y Quito (Ecuador) 1- 4/6/ 98, representante Dra. Leonor Zapata.

Foro Nacional de lactancia materna. Conalama, 7/8/98, representante Dra. Judith Toro.

Reunión de consenso en oncología, 27/8/98, representante Dr. Luis Spagnuolo.

Reunión ampliada de organismos e instituciones miembros de CONAPEP, organizadores de la celebración “Día nacional de prevención de embarazo en la adolescente”, 3/9/98, representante Dra. Judith Toro.

Estrategias de inmunización en Venezuela, pasado, presente, futuro, 29/9/98, representante Dr. Enrique Abache.

Guía normas técnicas para el tratamiento de las infecciones por VIH/SIDA, organizado por MSAS, OPS/OMS, 9-10/10/98, representantes Drs. Luzardo Canache C, Leonor Zapata.

Historia de la SOGV parte del relato global “La historia de las sociedades médicas en Venezuela” presentada por Dr. Oscar Agüero en el XVII Congreso Venezolano de Historia de la Medicina, Valencia, 15/10/98.

Foro prevención integral embarazo en adolescente, CONAPEP, 29/10/98, representante Dra. Leonor Zapata.

III Jornadas nacionales de información biomédica, 4-6/11/98, representantes Dras. Judith Toro, Leonor Zapata.

Asamblea ASEREME, 4/11/98, representante Dra. Jacqueline de Jorges.

Normas nacionales oficiales venezolanas de salud pública, 30/11/98, representante Dr. Luzardo

Canache C.

Comité de selección de los aspirantes para ingresar en los posgrados clínicos, Comisión de Estudios de Posgrado de Medicina de la UCV, 15/12/98, representante Dra. Judith Toro.

I Simposio internacional de menopausia y osteoporosis, 14/5/99, coordina Dra. Mariella Bajares de Lilue.

Sesión bicameral de la defensa de los derechos de la mujer del Congreso Nacional, donde se trataron las esterilizaciones quirúrgicas emprendidas por el proyecto Bolívar 2000, 17/5/99, representante Dra. Bestalia Sánchez.

Curso Síndrome de ovario poliquístico, Maracaibo, 29/5/99, representantes Drs. Luzardo Canache, Rafael Molina, Bestalia Sánchez.

El médico, la especialidad y su ejercicio organizado por Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas y MSDS, 28/5/99, representante Dr. Enrique Abache.

Primera reunión evaluadora de los comités de vigilancia de la mortalidad materna, MSDS, Hospital "Victorino Santaella", Los Teques, 9/8/99, representante Dr. Luzardo Canache C.

II Jornadas Científicas de Obstetricia y Ginecología, organizadas por la Seccional del Centro, homenaje al Dr. Pedro Faneite, 8/10/99, representante Dr. Luzardo Canache.

Federación Internacional de Patología de Cuello y Colposcopia, Buenos Aires, noviembre 99, representante Dr. Francisco Llavanas.

Reunión Anual del Sistema Nacional de Documentación e Información Biomédica, 19/11/99, representante Dra. Leonor Zapata.

IV Congreso de medicina perinatal, homenaje al Dr. Armando Jiménez Ortega, Maracaibo, 24-29/11/99, representantes Drs. Luzardo Canache Campos, Carlos Briceño Pérez.

Comité de selección de los aspirantes para ingresar en los posgrados clínicos, Comisión de Estudios de Posgrado de Medicina de la UCV, 15/12/99, representante Dra. Judith Toro.

I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología, Cartagena de Indias, Colombia, 6/3/00, representantes Drs. Luzardo Canache C, Gerardo Hernández M, Rafael Molina V, Otto Rodríguez A.

Red Nacional de Diagnóstico de Apoyo a la Salud Pública, 15/3/00, representante Dr. Enrique Abache.

Primer Simposio de infertilidad para los medios de comunicación social, organizado por Organon, representante Dr. Luzardo Canache C.

XIV Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, Mérida, 31/3/00, representante Dr. Luzardo Canache C.

Primera reunión del Proyecto consenso venezolano de enfermedad tromboembólica venosa, 20/4/00, representante Dra. Leonor Zapata.

Programa de control de cáncer de cuello uterino, MSDS, 25/4/00, representante Dr. Edgar Jiménez.

Coloquio cáncer y embarazo, mesa redonda Cáncer mamario y embarazo. Congreso Latinoamericano de mastología, Cancún, México, mayo 2000, participación Dr. Liberio Chirinos.

II Congreso Internacional de menopausia y osteoporosis, 15,17/5/00, representante Dr. Luzardo Canache C.

X Jornadas Bolivarianas de Obstetricia y Ginecología, Guayaquil, Ecuador, 20-21 julio de 2000, representante Dr. Luzardo Canache C quien participa en el simposio Menarquía ¿Cuándo y por qué? y en Responsabilidad de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología frente al aborto.

Actualización de normas de suplementación con hierro y ácido fólico en grupo de riesgo. INN, 7/9/00, representante Dra. Leonor Zapata.

Reunión de consenso de sociedades afiliadas a la internacional de menopausia (CAMS-IMS), Gainesville, EE.UU, 10-12/9/00, representante Dra. Mariella Bajares de Lilue.

Congreso Peruano Climaterio y Menopausia, Perú, 7,8/10/00, representante Dra. Mariella Bajares de Lilue.

Comité de selección de los aspirantes para ingresar en los posgrados clínicos, Comisión de Estudios de Posgrado de Medicina de la UCV, 15/12/00, representante Dra. Judith Toro.

X Congreso Venezolano de Sexología, 16/2/01, Sexología y Ginecología, participan Drs. Leonor Zapata, María D de Arteaga, Itic Zighelboim.

Validación y actualización de las normas de atención integradas del adolescente OPS/OMS, 26,27/3/01, representante Dra. Ofelia Uzcátegui.

Publicaciones

Las representaciones antes mencionadas generaron las siguientes referencias

Agüero O, Suárez OD, López Gómez JR. Historia de la SOGV Rev Obstet Ginecol Venez 1999;59:65-71.

Carvajal A, Siciliano L, Zapata L. Prevención de la transmisión vertical de la infección por VIH-1 y manejo de mujer embarazada infectada. En Guías de normas técnicas para el tratamiento de las

infecciones por VIH/SIDA. MSAS. Caracas 1998.p.39-43.

Cabezas E, Acosta A, editores. Normas sobre diagnóstico y tratamiento de las principales entidades relacionadas con la mortalidad materna en Latinoamérica. FLASOG 1999. Asunción, Paraguay: EFACIM – EDUNA; 1 999.p.127-141.

El segmento encomendado a la Sociedad fue elaborado por: Dras. Fanny Fleitas, Judith Toro, Ofelia Uzcátegui

Las publicaciones mencionadas arriba están a la disposición en la Biblioteca “MA Sánchez Carvajal”.

Pautas de esterilización quirúrgica

Elaboradas por los miembros de la Sección de Anticoncepción: Fanny Fleitas (C), Fanny Carrero, Franklin Mendoza, Williams Sánchez.

En vías de publicación en la revista.

Proyecto consenso venezolano de enfermedad tromboembólica venosa, financiado por Aventis. Participaron las sociedades de anestesiología, cardiología, cirugía, hematología, medicina interna, medicina crítica, obstetricia y ginecología, oncología y traumatología.

Segmento Obstetricia y Ginecología fue elaborado por el Dr. Enrique Abache.

En elaboración.

Distinciones

Dr. Otto Rodríguez es designado Miembro de Honor en la 46ª Reunión del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Nueva Orleans, EE.UU.

Dra. Ela Bergher de Bacalao recibió Diploma de Reconocimiento por el Comité Ejecutivo IFFS entregado durante el Congreso IFFS, San Francisco, EE.UU, 4/10/98.

Dr. José Trinidad Martínez, homenaje por 50 años de docencia en la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. 28/5/98.

Dr. Otto Rodríguez A recibe placa de reconocimiento del Comité Ejecutivo FLASOG, El Salvador, noviembre de 1999.

Drs. José Terán Dávila y Freddy Febres Ballestrini editores del libro “Medicina del climaterio y la menopausia”, Editorial Aperoca, galardonado con el premio Dr. Luis Razetti.

Dr. Otto Rodríguez A recibe Premio Nacional de Medicina otorgado por la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, Caracas, 12/7/00.

Dr. Padro Faneite, Primer puesto del programa de estímulo al investigador de la Universidad de Carabobo, Valencia, 28/9/00.

Dr. Gerardo Enrique Fernández, Doctor Honoris Causa de la Universidad del Zulia, Maracaibo, 28/11/00.

Reconocimientos

La Sociedad entrega placas de reconocimiento el 14/12/99 a la Dra. Jacqueline de Jorges por su labor como Directora – Editora de la revista, y Drs. José Terán Dávila y Freddy Febres Ballestrini editores del libro “Medicina del climaterio y la menopausia” galardonado con el premio Dr. Luis Razetti.

Placas a Sección de Anticoncepción Drs. Fanny Fleitas (C), Fanny Carrero, Franklin Mendoza, Williams Sánchez y Ofelia Uzcátegui.

Diplomas a coordinadores locales de curso Avances en anticoncepción posparto Drs. Oswaldo Brito, Luis Espinoza Suárez, Thaís Gamboa, Hernán González Valecillo, Francisco Llanerías, Pastor Lugo, Efraín López Navarro, Alejandro Osuna, Eliseo Núñez, Carmelo Nuccio, Rubén Regardiz, Haydée Rodríguez de Sánchez.

Comité Organizador Local XIV Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología.

Placa a Dr. Enrique Aguilar, Dra. Amparo Marín de Aguilar y Srta. Verónica Aguilar Marín.

Comité Organizador Local XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.

Placas al Dr. Carlos Briceño Pérez, Lic. Deisy Sanabria de Briceño.

Diploma a la Dra. Azalia Salas.

Personal de la Sociedad.

Placa a la Sra. Antonia Lira, auxiliar de la Biblioteca M.A. Sánchez Carvajal.

Placa al Sr. Rubén Darío Briceño, mensajero.

Informe de Actividades Realizadas: Período 1998 – 2001 Biblioteca “M.A. Sánchez Carvajal”

Dra. Judith J. Toro Merlo

Bibliotecaria

INTRODUCCIÓN

A continuación presentamos a la Asamblea el informe de las actividades de la Biblioteca “MA Sánchez Carvajal” correspondiente al período 1998-2001 y las cuales tuve la responsabilidad de

coordinar.

El informe lo vamos a dividir en dos partes:

- I. Estado actual y servicios prestados por la biblioteca.
- II. Proyectos que realizamos, que no se pudieron efectuar en su momento por diferentes razones que se resumen en limitaciones económicas, falta de personal especializado. Estos proyectos se dejan a la nueva administración quienes quizás los puedan poner en marcha puesto que las limitaciones antes señaladas han cambiado.

I. Estado actual y servicios de la biblioteca.

1. Personal.

El equipo de trabajo de la biblioteca "M.A. Sánchez Carvajal" está formado por tres personas pagadas por la Sociedad y una que depende de la Maternidad "Concepción Palacios" tal como

Empleado	Sueldo/Mensual	Financiado por
Bibliotecólogo Nivel IV Lic. Egléc Belisario Auxiliar de biblioteca	Bs. 500 000,00	SOGV
Sra. Antonia Lira Asistente de reproducción	Bs. 230 400,00	SOGV
Br. Argenis Pacheco Ayudante Sra. Rosaura Dávila MCP	Bs. 144 000,00	SOGV
El mensajero y personal de limpieza es común con la Sociedad.		

podemos observar en el siguiente cuadro:

En este punto quiero resaltar la participación de la Sra. Antonia Lira quien sin las bases teóricas necesarias, sólo con la práctica, buena voluntad y las indicaciones nuestras que también carecemos de conocimientos técnicos en la materia, durante 2 años y 8 meses de este período tuvo la responsabilidad de manejar la biblioteca y lo hizo satisfactoriamente.

La Sra. Antonia Lira en 1999 realizó curso de actualización para auxiliares de biblioteca, dictado en la Biblioteca "Humberto García Arocha" de la Facultad de Medicina, UCV.

Desde la segunda quincena de agosto de 2000 se incorporó la Lic. Egléc Belisario, Bibliotecóloga IV, lo cual es de gran beneficio para el funcionamiento de la biblioteca así como para el proceso de

modernización de la misma.

2. Atención a usuarios

Se han atendido 14 498 usuarios (abril 1998 - marzo 2001), los cuales efectuaron 18 023 consultas a la colección: 15 351 en las publicaciones periódicas y 2 672 en libros.

En el Cuadro 1 se observa como se distribuyen esos 14 498 usuarios en categorías, destacan los estudiantes de pregrado y posgrado con 36,60% y

Cuadro 1
Atención de usuarios. 1998 - 2001

	f	%
1. Estudiantes Bachillerato	807	5,56
2. Estudiantes Pregrado	5 305	36,60
3. Estudiantes Posgrado	5 773	39,82
4. Investigadores	2 613	18,02
Total	14 498	100,00

39,82%, respectivamente.

De esos 14 498 usuarios que acuden a la biblioteca se obtiene un promedio mensual de 402,72 usuarios atendidos.

3. Servicios a los usuarios.

Estamos en capacidad de prestar los siguientes servicios:

1. Uso de las publicaciones
2. Servicio de reproducción
3. Búsquedas automatizadas

1. Uso de las publicaciones.

Colección:

- La colección de la biblioteca está constituida por 113 títulos de revistas (entre nacionales y extranjeras), 100 tesis de grado y 4 395 títulos de libros.
- Se aprecia en el Cuadro 2 que de 18 023 consultas realizadas en la colección de la biblioteca, 15 351 (85,17%), recaen en las publicaciones periódicas; de forma, se constituyen en la principal fuente de consulta para los usuarios de la biblioteca.
- Esto representa un promedio mensual de 500,64 títulos solicitados por mes: 426,42 solicitudes y 74,22 libros consultados mensualmente.

Cuadro 2
Uso de la colección 1998-2001

	f	%
1. P. periódicas	15,351	85,17
2. Libros	2,673	14,82
Total	18 023	100,00

- A continuación se señalan los doce (12) títulos de revistas más solicitados.

TITULOS/REVISTAS	f
1° Am J Obstet Gynecol	1 325
2° Rev Obstet Ginecol Venez	1 204
3° Obstet and Gynecol	934
4° Clin Perinatol	843
5° Clin Obstet Ginecol. Temas Actuales	726
6° Ultrasound in Obstet and Gynecol	596
7° Clin Obstet Ginecol	570
8° N Engl J Med	482
9° Contemporary	476
10° Postgraduate Obstet Gynecol	184
11° Fertil Steril	150
12° Ginec Obstet Méx.	110
Total	7 600

Durante este período:

- Se han encuadrado 253 volúmenes de revistas y 12 libros.
- Se han adquirido 35 títulos por donación y 6 por la compra.
- Se han integrado a la colección de publicaciones periódicas 1 393 nuevos números de revistas.
- Se realizó un inventario de los títulos de revistas existentes en la biblioteca constatándose, de esa forma, que la biblioteca posee 113 títulos. Sin embargo, faltan algunos números para completar la colección de publicaciones periódicas. Con la intención de conocer cuánto costaría adquirir los números faltantes —y así reducir la frustración en los usuarios que procuran, justamente, esos números— se solicitó a Swets Backsets Service un presupuesto de los números faltantes, el cual asciende a cuatro mil seiscientos setenta dólares (USD 4.670,00)
- Aún en relación con las revistas, se debe mencio-

nar que se levantó una lista de títulos y números de revistas duplicadas que se destinarán a la donación o al intercambio.

2. Servicio de reproducción:

- El servicio de reproducción es una importante fuente de ingresos para la biblioteca, el cual ha generado 224 833 fotocopias y 907 reproducciones de transparencias; el público que hace mayor uso de este servicio son los particulares (usuarios internos de la biblioteca y personas de fuera) quienes concentran 189 604 número de fotocopias.

Cuadro 3
Servicio de reproducción 1998 - 2001

	f	%
1. SOGV	14 593	6,49
2. Biblioteca	20 636	9,18
3. Particulares	189 604	84,33
Total	224 833	100,00

Este servicio se realiza con dos máquinas fotocopadoras, una de la Biblioteca y una arrendada a una empresa privada

3. Búsquedas automatizadas:

- Hasta la fecha se han efectuado 175 búsquedas en los sistemas automatizados (Lilacs, Sylverplatter, Popline, Internet, Salud Reproductiva OMS/OPS). Cabe señalar que este servicio se reinicia el año 2000, después de dos años de suspensión.
- En el Cuadro 4 se observa que de 93 usuarios que han solicitado el servicio de búsquedas de información, 66 (70,96%) son estudiantes de posgrado. Todo ese grupo de usuarios puede efectuar una o varias búsquedas, sobre un mismo asunto, en todas las opciones de servicios automatizados ofrecidos por la biblioteca.
- De ese total de búsquedas (175), 62 (35,43%) recaen en el Sylverplatter, 49 (28,00%) en Internet, 45 (25,71%) en Lilacs, 15 (8,57%) en Popline y 4 (2,28%) en Salud Reproductiva OMS/OPS.

Cuadro 4

Tipología de usuarios del servicio de búsqueda de información automatizada

	f	%
1. Pregrado	8	8,60
2. Posgrado	66	70,96
3. Investigador	14	15,05
4. SOGV	4	4,30
5. T.S.U.	1	1,07
Total	93	100,00

Cuadro 5

Uso de búsqueda de información automatizada

	f	%
1. Internet	49	28,00
2. Sylverplatter	62	35,43
3. Lilacs	45	25,71
4. Popline	15	8,57
5. Salud Reproductiva	4	2,28
Total	175	100,00

- De las bases de datos consultadas, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela suscribe anualmente Sylverplatter (Edición Enero/2001 - compilación 1991-2001) y Lilacs (38^va versión 2000). La Biblioteca Salud Reproductiva es obsequiada por la OMS/OPS vía FUNDASINADIB).
- En relación con los sistemas y bases de datos existentes en la Biblioteca "M.A. Sánchez Carvajal", se realizó un inventario (Disquetes y CD-ROM) que se encuentran en dicha biblioteca. Sobre los mismos cabe indicar que todos aún no se han evaluado para constatar su vigencia y pertinencia.
- Vía donación la biblioteca posee también el catálogo de publicaciones periódicas en CD-ROM del Centro de Información de Documentación del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", el mismo sirve como fuente de información para la ubicación de títulos y números de revistas que nuestra biblioteca no posee y los cuales son de interés para los usuarios.

Este medio nos permite mantener relaciones de cooperación con dicho centro de documentación.

- Igualmente, existe una estrecha relación de cooperación con la Biblioteca "Humberto García Arocha" del Instituto de Medicina Experimental de la UCV, el referencista de dicha biblioteca, el Sr. Ramón Mijares, atiende las búsquedas, localización y envío de la información que nuestros usuarios requieren y la cual no se encuentra en la biblioteca "M.A. Sánchez Carvajal". De la misma forma, son atendidas las solicitudes de los usuarios de Biblioteca "Humberto García Arocha".

Tarifas de pago por el servicio

Se definieron algunas tarifas correspondientes al disfrute del servicio de búsquedas de información, así como para la localización de información que será enviada vía fax a los usuarios que así lo exijan; tarifas que se pusieron en práctica desde el momento de la prestación de los servicios en referencia:

Búsquedas automatizadas:

- a. Base de Datos Lilacs Bs. 2 200,00
- b. Base de Datos Sylverplatter Bs. 2 200,00
- c. Internet Bs. 70,00 el minuto (Una hora Bs. 4 200,00)
- d. Impresión a partir de Internet Bs. 40,00 c/hoja
- e. Grabación de información en disquete Bs. 450,00

Localización de Información:

- a. Envío vía fax Bs. 500,00
- b. Envío de artículos/páginas Bs.200,00 c/página

Alquiler de computadora Bs. 1 000,00 la hora

Finanzas

La Biblioteca tiene ingresos limitados, que se invierten en gastos de la misma tales como: insumos para las fotocopiadoras, papel, toner, etc. Sin embargo, los gastos mayores como personal que ya señalamos, suscripciones de revistas y de sistemas automatizados son cubiertos por la tesorería de la Sociedad.

La Biblioteca posee una cuenta corriente del Banco Mercantil que para el 31/3/01 tenía dos millones doscientos cincuenta mil cuarenta y nueve bolívares con noventa y un céntimos (Bs. 2 250 049,91) y de allí se han deducido ocho millones ochocientos sesenta y ocho mil bolívares con ochenta céntimos (Bs. 8 868 463,80).

Se describen de manera detallada los ingresos y egresos de la Biblioteca por mes a lo largo de todo

el período, de manera general hemos tenido:

Ingresos	11 118 513, 71 -
Egresos	8 868 463, 80
Total	2 250 049, 91

Otros

- La Red de Bibliotecas Médicas Latinoamericanas (BIREME), proveedora del Lilacs, nos ha facilitado un servicio denominado Scad (Servicio Cooperativo de Acceso a Documentos), para lo cual le ha asignado a la biblioteca un código de acceso y contraseña. Este servicio Scad ofrece los textos completos de los artículos que se encuentre en la Web (www.bireme.com), así como cualquier tipo de documento extranjero fuera de esta Web. Pero, en ese caso, el usuario que hace la solicitud debe cancelar el envío del artículo de acuerdo a una tabla de precios ya definidos.
- La biblioteca posee una cuenta con la Biblioteca “Marcel Roche” del IVIC, por medio de la cual se han realizado solicitudes de documentos que son enviados a nuestra biblioteca vía fax. Igualmente, el usuario que efectúa la solicitud de la búsqueda debe cancelar los gastos que por (localización y envío) incurran en este servicio.
- La biblioteca posee dos computadoras, aunque una de ellas dedicadas exclusivamente a los usuarios, realmente muchas veces se utilizan las dos para atender las demandas de dichos usuarios. Para ello la bibliotecólogo introduce a los usuarios que lo requieran en el uso de internet y de las bases de datos (Lilacs 38va. Versión de BIREME, EMBASE Obstetrics and Gynecology de Sylverplatter hasta enero del 2001, Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS 1999 y 2000). De la misma forma, se debe destacar que existe una tabla de precios, ya indicada anteriormente, por concepto de: consulta en internet, en bases de datos, impresión de registros (reseña bibliográfica y/o abstract), recepción de artículos por fax y alquiler por hora el uso del computador para manejar word, power point, etc.)
- Se contrató los servicios de la T.S.U Darling Ecalona para evaluar las bases de datos existentes (Kardex y Besogv), realizar la migración de la data —que en parte se pudo recuperar— de una versión de Microsis 3.07 a Isis bajo ambiente Windows y, por último, para diseñar y desarrollar una nueva estructura para cada Base de Datos de

acuerdo a la nueva versión en Windows.

- Así, se cuenta con dos bases de datos una denominada Kardex para control de la colección de las publicaciones periódicas y otra Besogv para ingresar los títulos de la colección bibliográfica (libros, tesis de grado, entre otros). Sobre el ingreso de datos en estas bases de dato se debe observar que no se ha podido adelantar mucho desde su realización porque las solicitudes y atención de los usuarios en la búsqueda de información automatizada ocupan gran parte del tiempo de la bibliotecóloga encargada de la Biblioteca.

Sobre ese último aspecto en las conclusiones finales se levantan algunas sugerencias en relación con los posibles cursos, talleres que se pueden dictar a los usuarios para el manejo de los sistemas automatizados de búsquedas de información (Lilacs, Sylverplatter, Internet) y procesadores de palabras, entre otros programas. Asimismo se indican algunas necesidades en materia de incremento del personal profesional y técnico que debería poseer la biblioteca.

Conclusiones

De acuerdo a los promedios obtenidos: 402, 72 usuarios mensuales y 500,64 revistas mensuales consultadas, se constata que es necesario la contratación de un bibliotecólogo asistente, a tiempo completo, para desempeñar procesos de catalogación, clasificación e indización; procesos, por lo demás, que se encuentran retrasados; sin embargo, al ponerlos al día se podrán revertir favorablemente en la optimización de los servicios ofrecidos por la biblioteca, en cuanto:

1. A la búsqueda y localización de la información que se encuentre en libros, tesis de grado y revistas
2. Al Servicio de difusión de información, el cual requiere un mayor impulso para garantizar que llegue a manos de los docentes, investigadores y especialistas en formación los temas de su interés

De acuerdo a los resultados del informe, en cuanto a la atención de usuarios y uso de la colección, y tomando en cuenta que la Biblioteca “M.A. Sánchez Carvajal” es la única especializada en el área de la obstetricia y ginecología, se recomienda revisar, estudiar y aprobar proyectos vinculados con el desarrollo del Web Site de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, así como de las bases de datos (Kardex y Besogv) que se encuentran en la

Biblioteca.

Dichos proyectos se orientan hacia la optimización de los servicios de atención de usuarios y difusión de información, por dos vías: Internet y la creación de una Red Interna para la consulta por parte de los usuarios. Para la obtención de recursos económicos, necesarios para el desarrollo de los proyectos, se recomienda la contratación de un especialista en computación e informática con experiencia en el área de la documentación y en la presentación de proyectos exitosos frente al CONICIT, así como con contactos en distintos organismos internacionales.

Igualmente, a la par del desarrollo de esos proyectos existe la posibilidad de abrir cursos para los usuarios de la Biblioteca, dirigidos al uso y manejo de las herramientas tecnológicas (internet, bases de datos) que han sido creadas para la búsqueda y recuperación de información. Dichos cursos, o talleres, pueden convertirse en otra fuente de ingresos para la Sociedad y su Biblioteca.

En relación al acervo de la Biblioteca, se debe puntualizar que a lo largo del año 2001 se procederá a contactar a las distintas editoriales y bibliotecas para solicitar los números de revistas faltantes de la colección de publicaciones periódicas, bien sea por la vía de la donación o fotocopia de los números de revistas.

II Proyectos

Cuando recibimos la Biblioteca en abril de 1998 pensábamos (tanto mi persona como algunos miembros de la Sociedad que se me acercaron en ese momento) que convertir la biblioteca tradicional en virtual era un procedimiento relativamente sencillo.

Rápidamente nos dimos cuenta de nuestro error y que antes de poder iniciar ese proceso debíamos saldar algunas limitaciones como:

- Subsanan algunas deficiencias que arrastraba la biblioteca tradicional
- Dificultades económicas
- Falta de personal especializado

Una vez inmersa en los detalles de las bibliotecas dimos un primer paso que fue contratar los servicios de un experto, en este caso la Lic. Luisa Elena Sucre la cual conocimos en el curso de modernización de bibliotecas médicas organizado por la Biblioteca H.G.A y donde la mencionada Lic. presentó su trabajo con la Biblioteca de la Sociedad de Puericultura y Pediatría.

La Lic. Sucre nos elaboró un ambicioso proyecto que para 1999 tenía un costo total aproximado de sesenta millones de bolívares (Bs. 60 000 000,00)

Dicho proyecto dividido en módulos tenía la ventaja de que los módulos podrían ejecutarse individualmente.

Este proyecto cuyo original reposa en los archivos de la Sociedad fue presentado al consejo consultivo el cual no lo aprobó por el alto costo, no sólo de su ejecución sino también de su mantenimiento. En ese momento se nos autorizó la ejecución del Modulo 1 correspondiente a la página web de la Sociedad, la cual realizamos con la colaboración de AVENTIS PHARMA y hoy contamos con nuestra Web Site www.sogv.org.ve que pueden visitar.

Posteriormente la Lic. Egleé Belisario presentó un segundo proyecto con un costo de diecinueve millones de bolívares, con posibilidad de financiamiento por parte de instituciones distintas de la Sociedad el cual no tuvimos tiempo de evaluar y que también queda en la SOGV y que dejamos a la Dra. Fleitas con el deseo y la esperanza de que ella pueda ejecutar algunos de estos planes, pues la dinámica actual así lo exige.

Por último mi agradecimiento:

- A los miembros de la Sociedad por la confianza depositada en mí persona.
- Al personal de la Biblioteca quienes han trabajado con mística durante estos 3 años
- A la Dra. Zapata quien en algunas oportunidades, sobre todo en este último año con el que no contábamos, me ayudo en este trabajo.
- Al personal de secretaría de la Sociedad, señoras Migdalia Reyes y Adriana Machado.

A nuestro mensajero y miembro meritorio de la Sociedad Sr. Rubén Briceño.

Discurso de la toma de posesión de la Junta Directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, período 2001- 2003

Dra. Leonor Zapata D

Señores Miembros del Consejo Consultivo
Miembros Juntas Directivas saliente y entrante
Estimados Miembros de la Sociedad
Señoras y Señores

Asumo la conducción de la cuadragésima séptima Junta Directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, electa el 23 de marzo de 2001 durante la celebración del XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología obedeciendo a lo dispuesto por la Asamblea Extraordinaria del 13/05/00 convocada ante la decisión del Consejo Nacional Electoral, según oficio N° 000 204-23, fechado el 14/02/00, de posponer las elecciones de los “gremios” hasta el segundo semestre de 2000. La resolución tomada por la Asamblea prolongó un año la gestión de la Directiva 1998-2000, afortunadamente, ésta no afectó su funcionamiento.

Emprendo la delicada tarea de presidir la Sociedad cuando atravieso un momento muy particular de mi vida pues transito con un equipaje liviano y puedo tomar más cargas a lo largo del camino para continuar el viaje.

La Junta Directiva entrante está conformada por siete miembros con experiencia en directivas anteriores y tres son debutantes en la conducción de la Sociedad, pero tienen experiencia en dirigir otras Sociedades, han sido presidentes de Seccionales o forman parte de directivas gremiales. Es un equipo con espíritu amplio, representante de todos los miembros y no de un grupo determinado, cuyo lema es “Servir a cada una de nuestros asociados” o a cualquier persona que solicite los servicios de la Sociedad.

La labor de la directiva es compleja comparable a la de un director de orquesta que conduce a todos los ejecutantes y resalta la labor de los solistas con el fin de obtener una ejecución memorable.

Cuando leemos los informes de la gestión de una directiva vemos mencionados muchos nombres, pero hay también personas anónimas, como los jurados de premios, revisores de trabajos de incorporación o peritos de experticias médico-legales, quienes también han colaborado con la tarea.



Figura 8. La Dra. Leonor Zapata, Presidenta de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela al pronunciar su discurso en la Toma de Posesión.

Oscar Agüero, en el cuadragésimo quinto aniversario de la sociedad manifestó en este mismo auditorio que los tres pilares de ella son los congresos, la revista y la biblioteca. Con respecto a los congresos, tienen gran aceptación entre los gineco-obstetras y marchan sin tropiezos, aunque vemos con creciente preocupación que hay pocas instalaciones nacionales adecuadas para albergar tantos participantes. La revista es una de las pocas publicaciones biomédicas venezolanas publicada ininterrumpidamente por 60 años, ha continuado cosechando premios por su calidad, y actualmente produce beneficios económicos. La biblioteca la mencionaré más adelante.

Silva Córdova (1), en discurso pronunciado en la Academia de Medicina con motivo del 50 Aniversario de la Sociedad dijo: “la casa hay que arreglarla por dentro”. Comparto su sentir pues las debilidades han persistido consuetudinariamente. Paso a describirlas:

Seccionales, actualmente son seis después de la modificación del estatuto de 1986 (2) donde a las

tres iniciales se agregaron tres nuevas con el objeto de facilitar las comunicaciones entre los miembros de vastas áreas geográficas. La realidad es que funcionan sólo tres y lo podemos ver no sólo porque no eligen directivas, o no cotizan la cuota estatutaria, sino que al revisar la lista de nuevos miembros por estados, no hay ingresos de especialistas de estas regiones.

Hay el mandato del estatuto (3) de organizar jornadas en las Seccionales, como un incentivo para vigorizarlas, pero si no tenemos miembros interesados en trabajar por su especialidad es difícil cumplir con lo pautado. Es conveniente volver a trajar los caminos de la provincia como lo hicieron los Drs. Otto Rodríguez Armas y Ofelia Uzcátegui en sus respectivas gestiones. Les ofrezco a las Seccionales mantenernos en contacto permanente.

Secciones, son trece en la actualidad y su labor se centra mayormente en la elaboración y participación de los programas científicos de jornadas y congresos. Es urgente convocarlas para elaborar pautas diagnósticas y terapéuticas de las diversas afecciones de la especialidad; es una petición de nuestros miembros. Con la inclusión de la dirección electrónica de la sociedad en los avisos publicitarios de los diversos eventos científicos organizados han comenzado a llegar consultas de pacientes sobre sus problemas médicos, las cuales serán pasadas a las Secciones correspondientes para darles respuestas e intervendrán además en la sección "Infomujer" de la recién creada página web.

Otro campo de acción será la elaboración de preguntas para el examen a los miembros afiliados que opten a miembros titulares por esta nueva modalidad de ingreso, según estatuto vigente (3).

Estatuto, la última década fue regida por los estatutos de 1991, 1993, 1998, 2000; estas modificaciones continuas se han hecho con la intención de modernizarlo. Lamentablemente tendremos que emprender una nueva reforma para adecuarlo a las necesidades de la sociedad antes expuestas y a los derechos constitucionales vigentes (3-6).

Reglamento de elecciones de Junta Directiva, a pesar de tener una vigencia de apenas un año demostró en los últimos comicios su inoperancia ante situaciones imprevistas. Nuestros miembros exigen votar en sus sedes y no solamente en el sitio donde se efectúen los congresos nacionales.

Información, desarrollar el "Proyecto modernización de la gestión de información", elaborado por la directiva saliente, es una prioridad. Está

formado por tres módulos: a. la página web suministrará información institucional, servicios a miembros y a un universo de visitantes virtuales; b. modernización de la "Biblioteca Manuel Antonio Sánchez Carvajal" para transformarla en un proactivo centro de información que llegue a un número más grande de usuarios y con mayores vínculos internacionales; c. mejorar la eficiencia, calidad del servicio prestado y comunicación entre los componentes internos de la organización.

El proyecto es costoso pero la sociedad cuenta con fondos para financiarlo, opino como Zigelboim (7) quien, en su discurso de toma de posesión, señaló que "los recursos no son sólo para acumularlos para que devenguen intereses".

Menciono otros aspectos: la Sociedad mantiene actualmente excelentes relaciones con las otras Sociedades del país debido al nacimiento y fortalecimiento de la joven Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. Sus relaciones con las asociaciones internacionales a las que está afiliada son activas y sólidas, se desenvuelve en un grupo bolivariano de FLASOG revitalizado por un contacto permanente.

En estos momentos empezamos con la organización de los próximos compromisos; XVII Jornada de Obstetricia y Ginecología, VII Congreso Internacional de la Sociedad Iberoamericana de Endoscopia Ginecológica e Imagenología y XIX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.

Continuaremos trabajando hombro a hombro con FUNDASOG de Venezuela en diversos aspectos de la educación médica, haciendo cursos como el de "Salud Materno-Fetal" realizado en noviembre del 2000 que dejan conocimientos más sólidos, por tratar áreas temáticas específicas, que los adquiridos en jornadas y congresos.

Doy las gracias a aquellos ex directivos de la Sociedad que me han servido de norte a través de los años y sembraron en mi el amor y capacidad de servicio desinteresado por la misma.

Con palabras tomadas del Eclesiastés despido a la Junta Directiva saliente:

"¿Qué le queda al hombre de todas sus fatigas
cuándo trabaja tanto bajo el sol?
Una generación se va y viene la otra;
pero la tierra permanece siempre.

Saludo a la Junta Directiva entrante:
"El sol sale, el sol se pone
y no, piensa más que en salir de nuevo

A todos los asistentes a esta larga Asamblea, les cito palabras del poeta persa del siglo XI, Omar Kheyyam.

“Levantaos, camaradas, y llenad vuestras copas,
pues ya se agita el dulce vino de la existencia”

Gracias

REFERENCIAS

1. Silva Córdova M. Sesión–Homenaje a los 50 años de la Sociedad. *Gac Méd Caracas* 1990;98:200-202.
2. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Quinta modificación, 1986.
3. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Novena modificación. Caracas: Editorial Ateproca; 2000.
4. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Sexta modificación, 1991.
5. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Séptima modificación, 1993.
6. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Octava modificación, 1998.
7. Zigelboim I. Discurso de la toma de posesión de la 43ª Junta Directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52:123-125.

“Pospectos para investigación en salud reproductiva y desenlace de los partos”

“Parto pretérmino. En los países desarrollados, el parto pretérmino es la causa mayor de pobres desenlaces. En Estados Unidos en las dos últimas décadas, a pesar de la aumentada oportunidad de cuidado prenatal, de programas de suplementos de nutrición, y de drogas para detener las contracciones pretérmino, la rata de partos pretérmino ha aumentado de 9,5% en 1980 a 11% en 1998. Parte de este aumento es debido a los embarazos múltiples asociados con los tratamientos por infertilidad, pero muchos partos pretérmino ocurren espontáneamente. Ninguna de las estrategias médicas o de salud pública usadas para reducir el parto pretérmino ha sido exitosa. Una de las cuestiones mayores no resueltas es la muy alta ocurrencia de partos pretérmino entre las negras de Estados Unidos, quienes tienen el doble de la rata de otras mujeres, junto con un aumento tres a cuatro veces de los partos muy prematuros, que explican la mayoría de las muertes neonatales y la morbilidad a largo plazo. La aumentada rata de partos pretérmino explica con mucho margen la diferencia entre blancas y negras en la mortalidad infantil (estimada en 6,5 muertes por 1000 nacidos vivos en mujeres blancas vs 15,1 por 1000 nacidos vivos en negras, en 1995).

Quizá el más importante hallazgo de la investigación en relación al parto pretérmino es que muchos

de esos partos son causados por infecciones intrauterinas. Cerca del 85% de los partos muy pretérmino están asociados con una infección uterina antes de la rotura de las membranas. Los organismos responsables (Ej. *Ureaplasma urealyticum*, micoplasmas, bacteroides y *Gardnerella*) se originan en la vagina y no son particularmente virulentos, de modo que la infección intrauterina puede permanecer quiescente semanas o más. Las vías moleculares que conducen de la infección al parto pretérmino son más conocidas, y una variedad de intervenciones para reducir dicho parto, incluidas varias estrategias de tratamiento con antibióticos, sugiere que algunos pueden ser evitados. La investigación para evitar el parto pretérmino deberá centrarse en estrategias para reducir las infecciones intrauterinas asociadas, junto con estrategias que interrumpan la cascada de hechos que conducen al reblandecimiento y dilatación del cuello uterino, a las contracciones y a la rotura espontánea de las membranas. Las citoquinas, prostaglandinas y metaloproteasas, todas juegan papeles importantes, y las intervenciones exitosas tendrán que, no solamente eliminar las infecciones intrauterinas que inician la producción de estos efectores, sino también que contrarrestar sus acciones” (Goldenberg RL, Jobe AH. *JAMA* 2001; 285:633-639).

Discurso con motivo del día del médico, realizado el 16-03-2001 en la Maternidad “Concepción Palacios”. Sociedad de Médicos

Dra. Giannina Sue

Presidenta de la Sociedad de Médicos de la Maternidad “Concepción Palacios”

“Usaré tratamiento para ayudar al enfermo, no causaré daño, ni cometeré injusticias. Conservaré mi vida como arte puro y sagrado y me abstendré de hacer mal o daño intencionalmente... cualquier cosa que vea o escuche durante el curso del tratamiento o inclusive fuera de él, no puede ser divulgada, guardaré silencio manteniendo tales cosas como secretos sagrados”. Estoy segura que muchos de nosotros se acuerdan de este juramento, efectivamente este es nuestro JURAMENTO HIPOCRÁTICO que ha permanecido vigente a través de 2500 años.

El médico de vocación no es un técnico en el arte de curar, va más allá, es una persona preparada en el sentido humano e integral, pero desgraciadamente debemos reconocer el impacto de la modernización y la tecnología en la deshumanización del paciente, transformándolo en un instrumento de trabajo o en un modelo para experimentación.

Quizás el más famoso médico sacerdote, sea Moisés, el intermediario entre Dios y el pueblo elegido. Diez siglos más tarde durante el siglo de oro de la cultura helénica, se separa de la religión y ya sus curaciones no tienen un don sobrenatural, se plantean la búsqueda de la verdad a través del razonamiento o de la experiencia y en este momento se hacen científicos. Empezamos a figurar al lado de los filósofos con un carácter netamente espiritual, como se refleja en nuestro juramento hipocrático.

Es fundamental que los médicos comprendamos que tenemos el privilegio más grande que se le puede conceder a un ciudadano, cuando el estado nos autoriza a penetrar profundamente dentro de las intimidades increíblemente hermosas a veces, pero

que también pueden resultarnos lamentablemente despreciables dentro del templo de la personalidad humana, pero cualesquiera que sea la circunstancia que nos toque, el sabio, el apóstol, el reformador, o el asesino, el demente o el depravado, frente a esa persona tenemos un deber y una tarea tan grande que cumplir que solamente el estado, la ciencia, la religión y la sociedad se han confiado a un solo tipo de persona, al que llaman MÉDICO.

Por esto, todos los códigos de ética médica, siguiendo la tradición hipocrática establecen como deber primordial del médico, el respeto a la vida y la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud como componente del bienestar social en todas las circunstancias.

Por todo lo dicho, el médico, ancestralmente, está ubicado desde el punto de vista humano, profesional, social y económico en un *status* especial. Pero en Venezuela, en los tiempos actuales, estamos asistiendo a una decadencia progresiva de los niveles éticos, científicos y sociales de nuestra profesión, como en ningún país del mundo.

Los factores que determinan este fenómeno son la existencia de un proletariado médico, la fuga de talentos, la degeneración de la infraestructura médica, la falta de recursos económicos, la ranchificación y masificación de nuestros colegas y la politización medular de la dirigencia profesional que sólo actúa en función de sus intereses personales y nunca la exaltación de nuestro estatus natural. Probablemente todos somos culpables, pero nuestros gobernantes politizando nuestros medios han logrado sacarnos del nivel que nos corresponde históricamente.

Hemos perdido un territorio precioso, cuando en la sociedad éramos reconocidos como señores, ahora somos los mendigos de la medicina.

Recibido: 12-11-00

Aceptado para publicación: 21-04-01

DISCURSO

Señores médicos, en mi concepto somos una clase elitesca, somos una clase especial, somos esencialmente humanistas y científicos en una hermosa simbiosis que nos coloca en un lugar extraordinario dentro de nuestro país, la cual nos debe reconocer como tal.

Nuestra generación médica ha trabajado duramente por el país y no quisiera perder en modo alguno su apuesta por el futuro.

La explosión de nuestro natural crecimiento estimula a nuestros gobernantes y dirigentes gremiales, responsables directos de nuestra conducción, a la búsqueda de rápidos paliativos para satisfacer las aspiraciones populares. El portaestandarte es lo que ellos han llamado justicia social. Los miembros de esta justicia social son funcionarios de alto o mediano grado, que dan derecho a controlar, intervenir y reprimir las acciones de los individuos.

El Estado, las Gobernaciones, los Colegios de Médicos se han convertido en una agencia de colocaciones para los activistas emparentados o simpatizantes de los gobernantes y, como he señalado, para este problema no hay solución posible.

Buena parte de la actividad cumplida por los beneficiarios del Estado, está destinada a entorpecer la acción de los gobernados, a imponer límites a su iniciativa y diques a su imaginación. Sin esas trabas, habría sin duda contingentes mayores y menos

reprimidos de médicos dispuestos a crear mayor bienestar y mayor riqueza para el país y habría también muchos venezolanos dispuestos a capacitarse y a perfeccionarse en sus oficios y profesiones en vez de resignarse a que su progreso personal dependa de los factores de un partido político.

La dedocracia médica, o sea, los médicos elegidos por inspiración divina y omnipotente de nuestros rectores, obtienen un imperio absoluto sobre nuestros hospitales. Ejercen discretamente el poder y al ejercerlo perturban, paralizan y destruyen iniciativas privadas del bien común.

Pero mucho más grave es que la mayoría de sus daños son irreversibles, porque las decisiones arbitrarias pueden adoptarse de un día para otro, de un momento para otro. Pero la revisión de esas arbitrariedades requiere de infinitas gestiones, muchas de ellas estériles y del esfuerzo de muchos hombres que podrían estar empleando su tiempo para construir y no para reconstruir.

Amigos y compañeros, colegas, saquemos nuestra vocación ancestral hipocrática, pongámonos en el nivel que nos merecemos, quiera Dios que avancemos a un futuro mejor y que los peligros que se ciernen sobre nosotros no lleguen a tocarnos nunca. Quiera Dios que nuestro país pueda ganar su apuesta con el futuro. Pero todos debemos tomar en cuenta que el futuro tiene que comenzar ahora mismo, o no empezará nunca.

Muchas gracias.