

**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

REVISTA DE

Obstetricia y Ginecología

DE VENEZUELA

Volumen 64

Nº 4

2004

S U M

Junta Directiva
2004-2006

Presidente

Dr. Rafael Molina Vilchez

Vicepresidente

Dr. Juan Antonio Yabur

Secretario

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Tesorero

Dr. Walter Baumgartner

Bibliotecaria

Dra. Fanny Fleitas

Suplentes

Dra. Jacqueline Saulny de Jorges

Dra. Dolores Monsalve

Dr. Jesús Figueroa Brito

Dr. Alfredo Levy

Dr. Francisco Llaveneras

**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. Pedro Faneite

Dr. Alí Jorges Rodríguez

Dr. Saúl Kízer

Dr. Rafael A. Molina Vilchez

Dr. Otto Rodríguez Armas

Dr. Juan Antonio Yabur

Director-Editor Emérito

Dr. Oscar Agüero

Diagramación y Diseño

Gerardo Hernández B.

(0412) 962.66.43

TRABAJOS ORIGINALES

- Efecto de la terapia hormonal de reemplazo sobre el daño oxidativo en menopáusicas.
Drs. Eduardo Reyna-Villasmil, Marielys Torres-Montilla.
Lics. Nadia Reyna-Villasmil, Jorly Mejía-Montilla 177
- Reducción del dolor de hombro en Laparoscopia Ginecológica
Drs. Ángel Rincón-García, Belkys Chacín-Peña 183

REVISIONES

- Algunas contribuciones primiciales de la Maternidad Concepción Palacios a la obstetricia y ginecología venezolanas
Drs. Oscar Agüero, Rogelio Pérez D'Gregorio 189

CASOS CLÍNICOS

- Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos
Dr. Gidder Benítez Guerra, Brs. Alejandra Peña, Denise Peña 211
- Duplicación intestinal a nivel cecal: a propósito de un caso
Drs. María I. Palmero, Susana León, Carmen Bhuedo,
Hermelinda Rodríguez 215
- Perforación intestinal sin tratamiento quirúrgico. Presentación de un caso.
Drs. María I. Palmero, Francisco Pérez, Susana León, Keyra León 219

INFORMACIÓN

- Taller Latinoamericano: una alianza para enfrentar los desafíos, reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal FLASOG/OPS 223

NOTAS PARA LA HISTORIA

- 50 años de la Seccional del Centro, Primogénita de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela
Dr. Pedro Faneite 227

ÍNDICES DEL VOLUMEN 64 231

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN LA Rev Obstet Ginecol Venez III

**SOCIEDAD
DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGIA
DE VENEZUELA**

P.O. Box 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

JOURNAL OF

Obstetrics & Gynecology

OF VENEZUELA

Volume 64

Nº 4

2004

S U M

Directive Board
2004-2006

President

Dr. Rafael Molina Vilchez

Vice-President

Dr. Juan Antonio Yabur

Secretary

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Treasurer

Dr. Walter Baumgartner

Librarian

Dra. Fanny Fleitas

Dra. Jacqueline Saulny de Jorges

Dra. Dolores Monsalve

Dr. Jesús Figueroa Brito

Dr. Alfredo Levy

Dr. Francisco Llavaneras

**Journal of Obstetrics &
Gynecology of Venezuela
(Official Journal of SOGV)**

Editor in Chief

Dra. Jacqueline Saulny de Jorges

**Redaction Secretaries and
Coeditors**

Dr. Pedro Faneite

Dr. Alí Jorges Rodríguez

Dr. Saúl Kízer

Dr. Rafael A. Molina Vilchez

Dr. Otto Rodríguez Armas

Dr. Juan Antonio Yabur

Director-Editor Emeritus

Dr. Oscar Agüero

Arts & Design

*Gerardo Hernández B.
(0412) 962.66.43*

ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Effect of hormonal replacement therapy upon the oxidative harm in menopause.

Drs. Eduardo Reyna-Villasmil, Marielys Torres-Montilla.

Lics. Nadia Reyna-Villasmil, Jorly Mejía-Montilla 177

Shoulder pain reduction in gynecological laparoscopy.

Drs. Ángel Rincón-García, Belkys Chacín-Peña 183

REVISION

Some prinitial contributions of Maternidad Concepción Palacios to the venezuelan obstetrics and gynecology

Drs. Oscar Agüero, Rogelio Pérez D'Gregorio 189

CASES REPORT

Violence against pregnant woman. Cases summary.

Dr. Gidder Benítez Guerra, Brs. Alejandra Peña, Denise Peña 211

Intestinal duplication at cecum level. Case report.

Drs. María I. Palmero, Susana León, Carmen Bhuedo,

Hermelinda Rodríguez 215

Intestinal perforation without surgical tratment. Case report

Drs. María I. Palmero, Francisco Pérez, Susana León, Keyra León 219

INFORMATION

Latinoamerican workshops. FLASOG/OPS. 223

NOTES FOR THE HISTORY OF THE SOGV

Central region section: 50 anniversary. Primogeniture of the Venezuelan Society of Obstetrics and Gynecology.

Dr. Pedro Faneite 227

INDEX OF VOLUME 64 231

NORMS FOR PUBLICATION IN Rev Obstet Gynecol Venez III

Normas de publicación en la Rev Obstet Ginecol Venez

Los trabajos deben ser enviados (original y dos copias) a la Dra. Jacqueline Saulny de Jorges, Directora-Editora de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (ROGV), Apartado Postal 20081, San Martín, Caracas, Venezuela. Estos deben ser inéditos e ir acompañados con una carta de presentación que informe que el artículo o parte de él no se ha enviado simultáneamente a otra revista. La carta deberá estar firmada por todos los autores quienes se harán responsables por el contenido del artículo. El autor principal debe colocar su dirección completa, dónde quiere que le remitan su trabajo en caso de ser necesario, número de teléfono, correo electrónico, telefonía celular y fax si lo tiene. Para cualquier duda o pregunta pueden comunicarse a través de los correos electrónicos de la revista: jsaulnyrogv@yahoo.es y jsjrogv@hotmail.com. Una vez aceptados los trabajos pasan a ser propiedad intelectual de la revista.

El Comité Editorial se reserva el derecho de aceptar, modificar o rechazar cualquier trabajo, y notificará esto al autor principal.

Todas las comunicaciones enviadas a la ROGV son revisadas inicialmente por la Dirección-Redacción y luego, por ser una revista arbitrada se envían en su mayoría a uno o más revisores expertos en el tema quienes emiten de manera anónima su opinión por escrito y la envían a la dirección de la revista; sin embargo, la decisión final de aceptar o no un manuscrito es sólo potestad del Comité Editorial. Los revisores no deben 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. Ninguno de los revisores deberá formar parte del Comité Editorial.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

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, con el ángulo superior derecho numerado de forma correlativa comenzando con la página del título. El manuscrito consta de secciones y cada una de ellas debe comenzar en una página: 1) página del título, 2) resumen y palabras claves, 3) texto, 4) agradecimientos, 5) referencias, 6) cuadros e ilustraciones.

La página del título contendrá: a) el título del artículo que debe ser corto, explicativo y atractivo para el lector b) nombre y apellido de cada autor (es recomendable no

usar inicial del segundo apellido porque esto dificulta la realización del índice y por lo tanto se eliminará) c) afiliación de los autores: nombre del departamento e institución donde se realizó la investigación. Indicar si el trabajo fue presentado en alguna reunión o congreso, si obtuvo alguna distinción o sirvió para ascenso de grado o título académico. Indicar ayudas financieras.

La segunda página contendrá, en los trabajos originales, un resumen estructurado en castellano y en inglés (summary) que no debe exceder de 150 palabras. Constará de los siguientes subtítulos: Objetivo, Método, Ambiente, Resultados y Conclusiones. Al final de ambos agréguese de 3 a 10 palabras claves o frases cortas que ayuden a indexar 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 que se dividirá en secciones denominadas: introducción, material y métodos, resultados y discusión. Los informes de casos clínicos, editoriales y revisiones pueden apartarse de este esquema. El número de autores debe limitarse a: en casos clínicos no más de cuatro (4), editoriales no más de dos. La sección de agradecimientos sigue a la discusión y encabeza página, es independiente del texto, en ella deben figurar todas aquellas personas que colaboraron con el manuscrito pero que no califican como autores. También incluye las ayudas económicas o materiales sin detallarlas porque las mismas se exponen en la primera página.

Las referencias deben numerarse consecutivamente según el orden en que se mencionan en el texto, se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis, inmediatamente después de su mención. Se comienza con el apellido, inicial del nombre, título del trabajo, abreviatura de la revista, año, volumen, páginas inicial y final. Cuando el trabajo tiene más de 6 autores debe colocarse después del 6 et al (Ver: Rev Obstet Ginecol Venez. 2003;63(4):187-207).

EJEMPLO DE REFERENCIAS

Artículo en revistas:

1. Agüero O. Evolución de la práctica obstétrica personal en un hospital privado. Rev Obstet Ginecol Venez 1994;54:143-149
2. Moreno H, Valera V, Bracho A, Rodríguez Z, Martínez X, Herrera M, et al. Atención genética perinatal primaria para la prevención de los defectos del nacimiento. Rev Obstet Ginecol Venez. 1998; 58 (4): 217-229.
3. Para cualquier otro tipo de referencia (Ver: Rev Obstet Ginecol Venez 2003; 63(4): 187-207).

No deben usarse como referencia: a) resúmenes de trabajos de congresos b) comunicaciones perso-nales c) artículos aún no aceptados d) conferencias y e) manuscritos no publicados. Para cualquier otro tipo de referencia (Ver: Rev Obstet Ginecol Venez 2003; 63(4):187-207) En cuanto al número de citas lo importante es la calidad y no la cantidad.

En un artículo original el número de citas idóneo se halla entre 20 y 40; en los casos clínicos entre 10 y 20; en cartas al editor no más de 10 y, en las revisiones 100 o más de acuerdo al tema, aunque esto puede variar.

Libro:

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

Capítulo de libro:

5. Sahagun Torres J. La mortalidad materna en Venezuela. En: Gutiérrez Alfaro PJ, Archila R, editores. La obstetricia en Venezuela. Primera edición. Caracas: Editorial Ragón; C.A., 1955.p.217-273.

Cuadros:

Mecanografía o imprima cada cuadro a doble espacio en hojas separadas. Numérelos consecutivamente en el orden en que aparecen citados por primera vez en el texto y coloque un título breve a cada uno. No use líneas internas para dividirlos. Explique en notas al pie las abreviaturas utilizadas.

Ilustraciones (figuras):

Envíe un juego completo de figuras originales impresas en blanco y negro, dibujadas o fotografiadas en forma

profesional o enviadas como impresiones digitales de alta calidad. También puede enviarlas en archivos electrónicos en formato JPEG o GIF. Las figuras deben ser numeradas de acuerdo al orden en que se citaron en el texto y contendrán una leyenda. Incluya también 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 las del Sistema Internacional de Unidades SI, utilice las abreviaturas aceptadas por el mismo (Ver: Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62(1):47-68). Todas las abreviaturas se colocarán entre paréntesis cuando se citen por primera vez. Ejemplo: hipertensión inducida por el embarazo (HIE), hipertensión arterial (HTA). Evite abreviaturas en el título y en el resumen.

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

Envío del manuscrito

Antes de enviar el manuscrito a la revista, el o los autores deben revisarlo completamente cuantas veces sea necesario para estar seguros de que todo el material que se envía, cumple con los requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas y las normas propias de la revista, porque al mecanografiarlo es posible que se cometan errores los cuales pasarán desapercibidos, todo lo cual retarda el envío del trabajo a los revisores y consume tiempo al editor. **Se recomienda en el envío de un diskette o un disco compacto que contenga la última versión corregida del trabajo, en formato Word, en una columna y que incluya las imágenes en formato jpg, con una resolución de 300 dpi.**

Efecto de la terapia hormonal de reemplazo sobre el daño oxidativo en menopáusicas

Drs. Eduardo Reyna-Villasmil, Marielys Torres-Montilla. Lics. Nadia Reyna-Villasmil, Jorly Mejia-Montilla.

Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el posible daño oxidativo en menopáusicas que reciben terapia hormonal con estradiol y de acetato de noretisterona.

Métodos: Se incluyeron 50 menopáusicas atendidas en forma ambulatoria. Las menopáusicas fueron tratadas con 2 mg de estradiol y 1 mg de acetato de noretisterona diario vía oral por 6 meses. Se midieron las concentraciones séricas de glutatión eritrocitario, nitrotirosina, óxido nítrico, colesterol total, lipoproteínas de baja densidad, de muy baja densidad, de alta densidad y triglicéridos.

Ambiente: Hospital Central ADR, Urquinaona@, Maracaibo.

Resultados: Después de 6 meses, se observó una elevación estadísticamente significativa en los niveles de óxido nítrico y glutatión eritrocitario ($p < 0,05$). La diferencia no fue estadísticamente significativa cuando se compararon los niveles promedio de nitrotirosina antes y después de 6 meses de tratamiento ($p > 0,05$). Se encontró un incremento en los triglicéridos, y disminución de las lipoproteínas de baja densidad ($p < 0,05$). La disminución de los niveles de colesterol total y aumento de las lipoproteínas de alta y muy baja densidad también fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). *Conclusiones:* Las propiedades antioxidantes y preventivas de los estrógenos y progestinas pueden ser responsables de sus efectos cardiovasculares benéficos, a través de la disminución del daño oxidativo y de los niveles de los lípidos séricos.

Palabras claves: Terapia Hormonal de reemplazo, Menopausia, Daño oxidativo, Lípidos.

SUMMARY

Objective: To evaluate oxidative damage in postmenopausal women who received hormonal replacement therapy with estradiol and norestisterone acetate

Methods: Fifty postmenopausal patients were attended. Postmenopausal patients were treated with 2 mg of estradiol and 1 mg of norestisterone acetate day orally for 6 months. Serum concentrations of erythrocyte glutatión, nitrotyrosine, nitric oxide, total cholesterol, low-density, very low-density high density lipoproteins and triglycerides were measured

Settings: Hospital Central ADR, Urquinaona2, Maracaibo.

Results: After 6 months, a statically significant rise of nitric oxide and erythrocyte glutatión ($p < 0,05$) was observed. Differences was not statically significant when nitrotyrosine levels were measured baseline and after 6 months ($p < 0,05$). An increase in triglycerides and a decrease in low-density lipoproteins were found ($p < 0,05$). A reduction of total cholesterol and a rise in high-density and very low density lipoproteins levels were also statically significant ($p < 0,05$).

Conclusions: Antioxidant and preventive properties against oxidative damage of estrogen and progestins could be responsible of beneficial cardiovascular effects through diminishing oxidative damage and serum lipids levels.

Key words: Hormonal Replacement Therapy, Menopause, Oxidative Damage, Lipids.

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado que el daño oxidativo provocado por los radicales libres juega un papel similar en el envejecimiento (1,2), diabetes (1,3) y varios estados patológicos

(1) como la aterosclerosis. Aunque se han investigado los productos de la peroxidación lipídica que generan los radicales libres en la menopáusica (4-8), no se conocen estudios con relación al daño oxidativo. De hecho, el daño al ADN y a las proteínas es generalmente más importante que el daño lipídico en situaciones de estrés oxidativo in

Recibido: 15-06-04

Aceptado para publicación: 01-11-04

vivo (9). La acumulación de proteínas modificadas altera las funciones celulares tanto por pérdida de la integridad catalítica y estructural como por interrupción de las vías reguladoras (1). Las proteínas oxidadas son funcionalmente inactivas y su despliegue está asociado con aumento de la susceptibilidad a las proteinasas. Además, las células pueden remover las proteínas oxidadas por medio de la proteólisis. Sin embargo, ciertas proteínas oxidadas son pobremente manejadas por las células, y junto con alteraciones en la tasa de producción de proteínas oxidadas, esto puede contribuir a la acumulación y daño observado en la diabetes y la aterosclerosis (10).

De acuerdo con varios estudios observacionales, la deficiencia de estrógeno, que sucede con la menopausia, es la causa del aumento del riesgo de enfermedades cardíacas coronarias y cardiovasculares (11-14). Aunque la terapia hormonal de reemplazo (THR) puede disminuir este riesgo, evitando el inicio de los cambios ateroscleróticos, el mecanismo de este efecto no está bien establecido (11,15,16). Se cree que los efectos estrogénicos sobre lípidos y lipoproteínas son responsables del 25%-50% de estos mecanismos, mientras que los efectos directos de los estrógenos sobre el sistema vascular (especialmente sobre el endotelio) son responsables del porcentaje restante (17). Aunque estudios en busca de la relación entre la THR y mediadores locales, como el óxido nítrico y la endotelina-1, en el endotelio vascular han ayudado a comprender estos mecanismos en las últimas décadas, los hechos aún no están claros. Por consiguiente, se puede sugerir que el daño oxidativo pudiera ser uno de los mecanismos fundamentales que incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular debido, no solo a la disminución de los estrógenos en la menopausia, sino también al proceso de envejecimiento (2). Sin embargo, los efectos de la THR sobre el daño oxidativo no están totalmente esclarecidos.

Recientemente se ha estudiado la formación de nitrotirosina, otro mecanismo molecular causante del daño oxidativo. El peroxinitrito es un componente citotóxico generado cuando los radicales superóxido se combinan con el óxido nítrico, y su formación se ha implicado tanto en el origen como en la progresión del daño oxidativo (1,10,18-20). El peroxinitrito es altamente tóxico debido a su capacidad de oxidar los lípidos, proteínas, enzimas y ADN (19,21-23). Debido a que la nitrotirosina es un producto final estable de la oxidación del peroxinitrito, la determinación de sus concentraciones plasmáticas puede ser útil para determinar el daño oxidativo in vivo que el óxido nítrico podría prevenir (23,24). El óxido nítrico se sintetiza por oxidación de la L-arginina con la ayuda de una enzima dependiente del calcio, la sintetasa de óxido nítrico endotelial, es también un marcador del estado antioxidante (11).

Los eritrocitos, los cuales tienen membranas plasmáticas ricas en lípidos polinsaturados y, además, son las células blanco para las reacciones oxidativas, se han usado como modelos para investigar el estrés oxidativo. Uno de los parámetros utilizados para determinar el estrés oxidativo es el glutatión eritrocitario (17).

El objetivo de este estudio es evaluar el posible daño oxidativo en menopáusicas que reciben terapia hormonal de reemplazo con estradiol y acetato de noretisterona.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se incluyeron 50 menopáusicas atendidas en forma ambulatoria en la consulta de menopausia del Hospital Central Dr. Urquinaona. Todas las participantes tenían entre 45 y 65 años de edad, no fumaban y eran normotensas (menos de 140/90 mmHg). Ninguna de ellas había usado previamente THR, pero si tomaban suplementos vitamínicos al momento del inicio del estudio y durante el mismo. Las pacientes con historia previa o síntomas asociados de enfermedad cardíaca, cerebrovascular, tromboembólica, hepática o renal fueron excluidas. La menopausia natural se consideró si las menstruaciones habían cesado por lo menos 6 meses antes del inicio del estudio. Las 31 pacientes con menopausia quirúrgica, sometidas a histerectomía total más ooforosalingectomía bilateral por lo menos 3 meses antes del estudio, también fueron incluídas.

Las menopáusicas se trataron con 2 mg de estradiol y 1 mg de acetato de noretisterona vía oral diario por 6 meses. Se tomaron muestras y la sangre se almacenó en tubos con heparina, EDTA y sin aditivo en la mañana. Para la nitrotirosina y el óxido nítrico, las muestras de suero fueron almacenadas a -70 °C hasta el momento del análisis, todos los parámetros fueron determinados el día de la toma de la muestra.

La glutatión eritrocitario se midió por espectrofotometría. El contenido de hemoglobina se midió con un autoanalizador. Las mediciones de nitrotirosina y óxido nítrico fueron realizadas por un sistema de ELISA. El coeficiente de variación intra e interensayo fue de 3,9% y 9,2%, respectivamente. Los niveles de colesterol total, lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos se determinaron colorimétricamente. Las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y de muy baja densidad (VLDL) se calcularon por la fórmula de Friedewald (25). Los coeficientes de variación intra e interensayo fueron 3,2% y 4,8%, respectivamente.

Todas las muestras se analizaron por duplicado y los coeficientes de variación inter e intraensayo se determinaron para cada prueba. Los niveles de glutatión eritrocitario se determinaron en las muestras de sangre completa de los tubos con EDTA, de acuerdo al método de Butler (26).

EFECTO DE LA TERAPIA

Cuadro 1
PERFIL LIPÍDICO ANTES Y DESPUÉS DE LA
TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

	Antes de la THR	Después de la THR
Triglicéridos, mg/dl	170,4 " 39,8	192,6 " 54,9*
Colesterol, mg/dl	212,7 " 38,4	190,2 " 29,3*
HDL, mg/dl	50,6 " 7,2	56,7 " 12,0*
LDL, mg/dl	133,6 " 30,8	111,9 " 30,1*
VLDL, mg/dl	23,9 " 7,7	33,1 " 10,3*

* p < 0,05

Los coeficientes de variación intra e interensayo fueron 1,8% y 2,9%, respectivamente. El óxido nítrico se detectó por los nitratos, usando una prueba calorimétrica. Los coeficientes de variación intra e interensayo fueron 8,9% y 14,6%, respectivamente.

Todos los resultados se presentan como promedio" desviación estándar. Se usó la prueba t de Student para muestras relacionadas para comparar los parámetros lipídicos (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL y VLDL) y bioquímicos (nitrotirosina, glutatión eritrocitario y óxido nítrico) medidos antes y después del periodo de estudio. Un valor de $p < 0,05$ se consideró como significativo.

RESULTADOS

La edad promedio de las menopáusicas fue de 51,6" 2,9 años (rango 45-55); la edad de aparición de la menopausia fue de 44,6" 2,1 años (rango 37 B 54) y el tiempo desde la menopausia fue de 45,7" 18,4 meses (rango 12 - 168).

En el Cuadro 1 se resumen las características del perfil lipídico de las menopáusicas estudiadas (valores antes y después de los 6 meses de tratamiento). Después de 6 meses, se observó un incremento de 13,2% en el valor promedio de triglicéridos ($p < 0,05$), mientras que se evidenció una disminución de 16,4% en los niveles de LDL ($p < 0,05$). La disminución de los niveles de colesterol total y el aumento de los niveles de HDL y VLDL también fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Los marcadores de daño oxidativo (valores antes y al final de los 6 meses de tratamiento) se muestran en el Cuadro 2. El tratamiento por 6 meses con estradiol y acetato de noretisterona produjo un aumento estadísticamente significativa en los niveles de óxido nítrico y glutatión eritrocitario de las menopáusicas ($p < 0,05$), pero no se encontraron diferencia estadísticamente significativa cuando se compararon los niveles promedio de nitrotirosina antes y después de 6 meses de tratamiento ($p > 0,05$).

Cuadro 2
INDICADORES DE DAÑO OXIDATIVO ANTES Y DESPUÉS
DE LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

	Antes de la THR	Después de la THR
Glutatión eritrocitario, mg/g Hb	21,4 " 7,1	33,9 " 4,3*
Nitrotirosina, pmol/mg proteína	5,9 " 0,5	5,5 " 1,4
Óxido nítrico, μ mol/dl	2,0 " 0,4	3,2 " 0,8*

* p < 0,05

DISCUSIÓN

La aterosclerosis es reconocida como un proceso inflamatorio crónico asociado con daño y disfunción endotelial (13). Se conoce que los estrógenos previenen la aterosclerosis y reducen el tamaño de las lesiones ateroscleróticas presentes.

Celermajer y col. (27) demostraron que el envejecimiento se acompaña de alteración endotelial progresiva, y este proceso comienza aproximadamente 10 años más tarde en las mujeres que en los hombres; esto refuerza la importancia de los estrógenos para el sistema cardiovascular. En forma similar, se ha demostrado que la capacidad de las arterias para vasodilatarse comienza a disminuir alrededor de los 40 años de edad en el hombre y a los 50 años en la mujer, esto último debido a los efectos benéficos naturales de los estrógenos (11). Colditz y col. (28) demostraron que el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria aumenta en pacientes ooforectomizadas.

El daño al endotelio vascular representa un papel importante en la formación de placas ateroscleróticas. El aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular en la menopausia es debido a formación de placas ateroscleróticas y daño endotelial debido a disminución de los niveles de estrógenos (11,29). El efecto de la THR sobre estos mecanismos ha sido de interés por mucho tiempo. Los resultados de varios estudios observacionales muestran que la THR reduce efectivamente el riesgo de enfermedad cardiovascular. Se piensa que el efecto estrogénico sobre los lípidos y las lipoproteínas son responsable solo del 30% de este mecanismo (11). La principal acción de los estrógenos es sobre la pared vascular y esto previene la aterosclerosis (29). Los radicales libres de oxígeno, que se conoce que forman parte en el proceso de envejecimiento y aterosclerosis, afectan a los tejidos principalmente causando daño oxidativo.

Özden y col. (17) han estudiado el efecto de la THR sobre la peroxidación lipídica y el estado antioxidante. Sus resultados en relación con los niveles de glutatión

eritrocitario y sustancias reactivas al ácido tiobarbitúrico son similares a lo de esta investigación. Al igual que en nuestro estudio se encontraron incrementos en los niveles de glutatión eritrocitario en el grupo con THR. Se conoce que diferentes patologías sistémicas aparecen en los pacientes con diabetes tipo 1 y 2 debido al daño oxidativo (3). Cuando se compara con los grupos controles, se ha encontrado disminución de los niveles de glutatión eritrocitario en los pacientes con diabetes, independientemente del tipo de está. Una situación similar se presenta en las menopáusicas debido a la pérdida de estrógeno (11). Los resultados de nuestro estudio muestra que los niveles de glutatión eritrocitario aumentan con el uso de THR. El aumento del glutatión eritrocitario intracelular juega un papel importante en la prevención del daño de la célula endotelial causado por los radicales libres de oxígeno.

Hasta la fecha, sólo se conoce de un estudio con respecto al efecto antioxidante de la THR sobre la nitrotirosina, un posible parámetro de un mecanismo molecular causante del daño oxidativo (11). En ese estudio, al igual que en la presente investigación, no se encontraron cambios en los niveles de nitrotirosina en el grupo con THR, mientras que sí aumentaron significativamente en el grupo control (11). Este hallazgo podría implicar que el daño oxidativo es un proceso continuo y la THR parece impedir algunos de los mecanismos causantes del daño.

El endotelio normal responde rápidamente a la estimulación estrogénica sintetizando y liberando óxido nítrico. Wellman y col. (30) demostraron que los niveles fisiológicos de estradiol causan secreción de óxido nítrico derivado del endotelio, relajación de los músculos vasculares y vasodilatación (31,32). También es conocido que la THR aumenta la formación de óxido nítrico en las menopáusicas. Este mecanismo ha sido argumentado para explicar los efectos benéficos de la THR sobre el sistema cardiovascular. Cuando los niveles de glutatión eritrocitario y óxido nítrico, los cuales han sido usados como marcadores de estrés oxidativo, han sido evaluados en menopáusicas usuarias de THR, el efecto benéfico de los estrógenos sobre el estrés oxidativo puede ser fácilmente sugerido (11).

Ciertas progestinas son usadas en combinación con los estrógenos para disminuir el riesgo de cáncer endometrial con relación al efecto estrogénico sin oposición que se establecería con la terapia estrogénica sola en pacientes con útero presente (11,33). Los efectos de la terapia combinada sobre el sistema cardiovascular son controvertidos. Más aún, el tipo de progestina usado puede ser también importante en este aspecto. Özden y col (17) no han encontrado ninguna diferencia significativa en los resultados comparando a las pacientes que usan estrógenos solos y THR combinada. Los niveles de glutatión eritrocitario son afectados de la misma manera.

Los hallazgos de esta investigación sugieren que las propiedades antioxidantes y preventivas del estradiol y el acetato de noretisterona pueden ser responsables de sus efectos cardiovasculares benéficos, a través de la disminución del daño oxidativo y de los niveles de los lípidos séricos después de 6 meses de THR.

REFERENCIAS

1. Stadtman E, Levine R. Protein oxidation. *Ann NY Acad Sci* 2000; 899:191-208.
2. Cakatay U, Telci A, Kayali R, Tekeli F, Akcay T, Sivas A. Relation of oxidative protein damage and nitrotyrosine levels in the aging rat brain. *Exp Gerontol* 2001; 36:221-229.
3. Telci A, Cakatay U, Salman S, Satman I, Sivas A. Oxidative protein damage in early stage type 1 diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract* 2000; 50:213-223.
4. Tranquilli A, Mazzanti L, Cugini A, Cester N, Garzetti G, Romanini C. Transdermal estradiol and medroxyprogesterone acetate in hormone replacement therapy are both antioxidants. *Gynecol Endocrinol* 1995; 9:137-141.
5. Nenseter M, Volden V, Berg T, Drevon C, Ose L, Tonstad S. Effect of hormone replacement therapy on the susceptibility of low-density lipoprotein to oxidation among postmenopausal hypercholesterolaemic women. *Eur J Clin Invest* 1996; 26:1062-1068.
6. McManus J, McEneny J, Thompson W, Young I. The effect of hormone replacement therapy on the oxidation of low density lipoprotein in postmenopausal women. *Atherosclerosis* 1997; 135:73-81.
7. Clemente C, Caruso M, Berloco P, Notarnicola M, D'Attoma B, Osella A, et al. Antioxidant effect of short-term hormonal treatment in postmenopausal women. *Maturitas* 1999; 31:137-142.
8. Akcay T, Dincer Y, Kayali R, Colgar U, Oral E, Cakatay U. Effects of hormone replacement therapy on lipid peroxides and oxidation system in postmenopausal women. *J Toxicol Environ Health* 2000; 59:1-5.
9. Stadtman E, Oliver C. Metal-catalysed oxidation of proteins. Physiological consequences. *J Biol Chem* 1991; 266:2005-2008.
10. Dean R, Fu S, Stocker R, Davies M. Biochemistry and pathology of radical-mediated protein oxidation. *Biochem J* 1997; 324:1-18.
11. Telcía A, Çakataya U, Akhanb S, Bilginb M, Turfandab A, Sívasa A. Postmenopausal hormone replacement therapy use decreases oxidative protein damage. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 54:88-93
12. Barrett-Connor E, Bush T. Estrogen and coronary heart disease in women. *JAMA* 1991; 265:1861-1867.
13. Febres Balestrini F, Terán Dávila J. Enfermedad cardiovascular aterosclerótica en la mujer posmenopáusica. En: Terán Dávila J, Febres Balestrini F, editores. *Medicina del climaterio y la menopausia*. Caracas: Editorial Ateproca; 1999. p. 123-131.
14. Maneiro P. Menopausia. En: Magnelli A, editor. *Ginecología y obstetricia contemporánea*. Caracas: Editorial Arte; 2001. p. 937-948.
15. Palacios A. Efecto de la terapia hormonal de reemplazo sobre la enfermedad vascular aterosclerótica. En: Terán Dávila J, Febres Balestrini F, editores. *Medicina del climaterio y la menopausia*. Caracas: Editorial Ateproca; 1999:279-290.
16. Zaitsman M. Terapia hormonal de reemplazo. En Magnelli A, editor. *Ginecología y obstetricia contemporánea*. Caracas: Editorial Arte; 2001. p. 949-964.

EFFECTO DE LA TERAPIA

17. Özden S, Konukoglu D, Kadir Y, Gulizar K. The effects of hormone replacement therapy on lipid peroxidation and antioxidant status. *Maturitas* 2001; 38:165-170.
18. Shacter E. Protein oxidative damage. *Methods Enzymol* 2000; 319:428-436.
19. Ischiropoulos H, Al-Mehdi A. Peroxynitrite-mediated oxidative protein modification. *FEBS Lett* 1995; 364:279-282.
20. Gow A, Duran D, Malcolm S, Ischiropoulos H. Effects of peroxynitrite-induced protein modifications on tyrosine phosphorylation and degradation. *FEBS Lett* 1996; 385:63-66.
21. Halliwell B. What nitrates tyrosine? Is nitrotyrosine specific as a biomarker of peroxynitrite formation in vivo. *FEBS Lett* 1997; 411:157-160.
22. Darley-Usmar V, Halliwell B. Reactive nitrogen species, reactive oxygen species, transition metal ions, and the vascular system. *Pharm Res* 1996; 13:649-662.
23. Ter Steege J, Koster-Kamphuis L, Van Straaten E, Forget P, Buurman W. Nitrotyrosine in plasma of coeliac disease patients as detected by a new sandwich ELISA. *Free Radic Biol Med* 1998; 25:953-963.
24. Salman-Tabcheh S, Guerin M, Tirreilles J. Nitration of tyrosyl-residues from extra- and intracellular proteins in human whole blood. *Free Radic Biol Med* 1995; 19:695-698.
25. Friedewald W, Levy R, Fredrickson D. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol without the use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972; 18:449-502.
26. Butler E, Duron O, Kelly B. Improved method for the determination blood glutathione. *J Lab Clin Med* 1963; 61:882-888.
27. Celemajer D, Sorensen K, Spiegelhalter D, Georgakopoulos D, Robinson J, Deanfield J. Aging is associated with endothelial dysfunction in healthy men years before the age-related decline in women. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 471-476.
28. Colditz G, Willett W, Stampfer M, Rosner B, Speizer F, Hennekens C. Menopause and the risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1987; 316:1105-1110.
29. Wagner J, Clarkson T, St Clair R, Schwenke D, Shively C, Adams M. Estrogen and progesterone replacement therapy reduces low density lipoprotein accumulation in the coronary arteries of surgically postmenopausal cynomolgus monkeys. *J Clin Invest* 1991; 88:1995-2002.
30. Wellman G, Brayden J, Nelson M. A proposed mechanism for the cardioprotective effect of oestrogen in women: Enhanced endothelial nitric oxide release decreases coronary artery reactivity. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1996; 23:260-266.
31. Collins P, Shay J, Jiang C, Moss J. Nitric oxide accounts for the dose dependent estrogen mediated coronary relaxation after acute estrogen withdrawal. *Circulation* 1994; 90: 1964-1968.
32. Ruehlmann D, Mann G. Actions of estrogens on vascular endothelial and smooth-muscle cell. *Bioche Soc Transact* 1997; 25:40-45.
33. Molina Vilchez R. Terapia de reemplazo hormonal para las posmenopáusicas después del ensayo WHI. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002; 62(4):229-233.

Correspondencia a: Hospital Central "Dr. Urquinaona", Final Av. El Milagro. Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela • Teléfono: (04160) 762.78.89 e-mail: sippenbauch@medscape.com

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

La SOGV informa que la siguiente obra se encuentra disponible en nuestra biblioteca a la orden para su consulta:

TRATADO DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN

Autor: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Director: Luis Cabero Roura

Edición: Año 2003

SOBRE LA OBRA

La Ginecología y la Obstetricia han sufrido en los últimos años importantes cambios tanto doctrinales como técnicos, y han incorporado un gran número de aspectos nuevos. Algunas de las novedades destacadas son: la consideración del feto como un verdadero paciente, la atención especial a la mujer postmenopáusica, el cáncer ginecológico como un importante campo de estudio y terapia efectiva.

Colaboran en ella más de 250 especialistas, casi la totalidad de catedráticos, jefes de servicio y líderes de opinión españoles. Se han invitado también a profesionales latinoamericanos de reconocido prestigio.

Consta de 223 capítulos y un CD-ROM incluyendo 5 anexos (protocolos asistenciales, documentos de consenso, consentimientos informados, cartera de servicios e indicadores de calidad) que no sólo interesan y satisfacen las necesidades de los profesionales ya formados, sino que resultan un potente instrumento de referencia para los médicos residente y estudiantes de medicina.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
La SOGV informa que las siguientes obras se encuentran
disponible en nuestra biblioteca a la orden para su consulta:

GENÉTICA. TEXTO Y ATLAS

Autor: E. Passarge • Edición: 2ª • Año: 2004

SOBRE LA OBRA

El conocimiento sobre los genes y los genomas de diferentes organismos continúa avanzando a un ritmo acelerado. La genética clásica, desarrollada durante la primera mitad del siglo pasado, y la genética molecular, desarrollada durante la segunda mitad, se han unido en un esfuerzo científico fascinante. Esto ha proporcionado tanto un fundamento teórico y un amplio repertorio de métodos para explorar los mecanismos celulares, como la comprensión de los procesos normales y las enfermedades en el nivel molecular.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de libros de textos disponibles, los alumnos encaran una tarea grande cuando pretenden adquirir el nuevo conocimiento e interpretarlo dentro de un marco conceptual.

Este atlas color se diferencia del resto de los libros por usar un enfoque visual para desarrollar conceptos y hechos importantes en la materia.

Está basado en láminas de colores cuidadosamente diseñadas, cada una acompañada por un texto explicativo, y provee las bases para una introducción que estimule el interés en este excitante campo de estudio.

Ha sido rigurosamente revisado, reescrito, actualizado y ampliado respecto de la edición anterior.

Incluye veinte láminas nuevas que tratan una variedad de tópicos, como las bases moleculares de la genética, regulación y expresión de genes, impronta genómica, mutaciones, cromosomas, genes que predisponen al cáncer, enfermedades de los canales iónicos, audición y sordera, una guía breve para el diagnóstico genético, evolución humana y muchas otras. La cronología de avances importantes en genética y las definiciones de términos genéticos, han sido actualizadas.

FUNDAMENTOS DE HEMATOLOGÍA

Autor: Ruíz Argüelles • Edición 3ª • Año: 2003

SOBRE LA OBRA

El progreso del conocimiento médico en estos últimos 9 años (cuando se presentó la edición anterior) ha sido verdaderamente asombroso.

Los adelantos de la biología molecular y de la genética de algunas enfermedades hematológicas han dado como resultado que los tratamientos de elección cambien totalmente, y que el pronóstico de los pacientes con ciertas enfermedades malignas haya sufrido modificaciones drásticas.

Esta obra ha sido cuidadosamente estructurada para convertirse en el texto básico de los cursos de Hematología de pregrado, abordando los conocimientos mínimos necesarios para comprender la materia.

Sus autores, además de ser especialistas en la materia y ejercerla en forma cotidiana, son profesores e investigadores en varias universidades mexicanas.

“Fundamentos de Hematología” no es un libro de texto tradicional más para estudiantes, es la invitación fácil y amable a descubrir y comprender lo que hoy se sabe y se está haciendo en el mundo de la sangre normal y patológica.

Contiene también información útil y adecuada para los especialistas e incorpora nuevas tablas y figuras que facilitan el entendimiento y la consulta.

Analiza los trastornos, tanto malignos como benignos, y menciona las distintas maneras de interpretar las citometrías hemáticas hechas con citómetros de flujo.

Reducción del dolor de hombro en Laparoscopia Ginecológica*

Drs. Ángel Rincón-García, Belkys Chacín-Peña.

Departamento de Investigación y Departamento de Ciencias Morfológicas de la Universidad de Los Andes. Mérida, Estado Mérida.

RESUMEN

Objetivo: Reducir el dolor de hombro asociado al posoperatorio de la cirugía ginecológica por vía laparoscópica, mediante la utilización durante el transoperatorio de una presión intraabdominal baja.

Método: Ensayo clínico aleatorio. Se seleccionaron al azar 30 pacientes y se dividieron en dos grupos. Las pacientes seleccionadas para el grupo experimental (grupo A) se les realizó un pneumoperitoneo inicial de 15 mmHg, para colocar los puertos de entrada con seguridad e inmediatamente se descendió la presión a 8 mmHg. Las pacientes seleccionadas para el grupo de control (grupo B), se les realizó pneumoperitoneo y el acto quirúrgico con presión intraabdominal de CO₂ a 15 mmHg. Posteriormente se determinó el nivel de dolor a las 24, 48 y 72 horas del posoperatorio.

Ambiente: Maternidad Santa María en Mérida, Estado Mérida.

Resultados: La técnica demostró una reducción significativa en el riesgo a presentar dolor de hombro en el posoperatorio. Hubo solamente dolor en 13% de los casos cuando se realizaba la intervención a baja presión, a diferencia del grupo B con 53%, hubo una reducción del riesgo relativo de 75%, Intervalos de Confianza (0,012-0,973). No se presentaron complicaciones en ninguno de los grupos.

Conclusiones: El realizar cirugía laparoscópica a una presión de 8 mmHg durante todo el transoperatorio, disminuye la aparición del dolor de hombro, además de no aumentar los riesgos ni complicaciones propias de la intervención.

Palabras claves: Laparoscopia ginecológica. Dolor de hombro. Reacciones adversas de la laparoscopia.

SUMMARY

Objective: To evaluate the efficacy in decreasing the frequency of post operative associated shoulder pain using low intrabdominal pressure during the setting of pneumoperitoneum.

Methods: Randomized clinical trial with thirty patients undergoing laparoscopy were randomized in two groups. Group A (experimental group) and Group B (control).

Interventions: Gynecology laparoscopy for benign conditions. Group A surgery performed at low intrabdominal pressure (8 mmHg of pneumoperitoneum) and Group B underwent surgery with the usual preset intrabdominal pressure for laparoscopy (15 mmHg of pneumoperitoneum).

Settings: private urban obstetric and gynecology clinic in Merida, Venezuela.

Results: Shoulder tip pain was assessed 24, 48 and 78 hours after surgery. We found in the first 24 hours an occurrence of shoulder pain in 13% of the patients of group A and 53% of group B. Difference between groups were statistically significant $p < 0,05$ C.I.(0,012-0,973) and reduction of relative risk was 75%. No difference were found at 48 and 72 hours after surgery. There was no increase in time of operation, blood loss or complication in the experimental group.

Conclusion: Performing gynecology laparoscopy with low intrabdominal pressure (8mmHg of pneumoperitoneum) is safe and effective in reducing de frequency of post operative associated shoulder pain.

Key words: Gynecology laparoscopy. Shoulder pain. Laparoscopic adverse reaction.

INTRODUCCIÓN

Durante la década de los ochenta y de los noventa se produjo una gran popularización de la cirugía laparoscópica a nivel mundial, sin escapar de ello nuestro país, donde

a pesar de los altos costos que ella implica, cada vez se realiza con mayor frecuencia. Al popularizarse la vía laparoscópica como medio de tratamiento de las distintas patologías quirúrgicas, también comenzó a observarse un aumento relativo de las complicaciones y algunos efectos colaterales asociados a este tipo de cirugía. Entre estos últimos se ha descrito la aparición de dolor de hombro en el posoperatorio mediato y a pesar de ser un efecto colateral que en ningún momento llega a comprometer la salud del paciente, es capaz de ocasionar tanta molestia que la

* Trabajo presentado como comunicación libre en el XX Congreso Nacional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas, 2004.

Recibido: 29-06-04

Aceptado para publicación: 10-09-04

paciente se ve obligada a consultar nuevamente al médico.

En los últimos años los cirujanos dedicados a la cirugía laparoscópica han puesto atención, no solamente a los aspectos propios de las patologías quirúrgicas, sino también a todos los aspectos técnicos que rodean este tipo de procedimiento. El conocer y manejar estos aspectos, permitirá tener un mejor control sobre todas las variables posibles que en algún momento pudieran afectar a la paciente.

La cirugía laparoscópica en ginecología ha mostrado beneficios sobre la cirugía tradicional a "cielo abierto" o por laparotomía. Entre estos beneficios destacan: menos trauma quirúrgico, menor sangrado transoperatorio, recuperación más rápida de la paciente e incorporación más inmediata a sus labores diarias (1,2).

A pesar de los beneficios citados anteriormente, se han descrito algunos efectos adversos menores asociados. Tal es el caso de la aparición de dolor de hombro en el posoperatorio inmediato y mediato. Conocer la exacta ocurrencia de esta condición es difícil y podrá variar si se trata de cirugía de vías biliares o cirugía ginecológica. Algunos autores como Corsale y col. (3), han encontrado un porcentaje de ocurrencia que va desde un 37% hasta un 60 %, cuando se realiza colecistectomía laparoscópica. Otros autores reportan durante la realización de cirugía ginecológica una ocurrencia que está dentro del 30% y 40 % (4).

Para explicar la posible etiología de esta condición, los autores no han llegado a un acuerdo. Para algunos, el dolor de hombro posoperatorio se produce como consecuencia de un efecto colateral en la utilización del CO₂ como gas distensor de la cavidad abdominal, ya que por una parte ocasiona una irritación peritoneal directa (1), por otra parte, su temperatura y falta de humedad favorecerían la aparición de este tipo de dolor (4) y por último el CO₂ produce cambios bioquímicos a nivel peritoneal, reflejado en una acidosis peritoneal con la consecuente "peritonización". Para otros autores la fisiopatología y su ocurrencia van a depender de factores inherentes a la paciente como es su estado emocional y afectivo (5). Otros en cambio, responsabilizan directamente del dolor a la tracción excesiva sobre el ligamento redondo del hígado, así como al estiramiento excesivo de las fibras musculares diafragmáticas como consecuencia de cualquier gas que se emplee para lograr el pneumoperitoneo (6).

Varios investigadores tomando como base las distintas posibles causas del dolor, han realizado diversos estudios en los que se ejecutan medidas durante la intervención y al finalizar la misma, para así lograr en muchos de los casos una disminución significativa de la ocurrencia del dolor. Tal es el caso de la instilación de anestésicos locales sobre el área intervenida (7,8), disminución de la presión

intraabdominal transoperatoria (9), utilización de insufladores que simultáneamente calientan y humidifican el gas (10) y finalmente colocación de drenes para la extracción completa del gas (11).

El lograr el control y disminución de este tipo de dolor, requiere medidas que sean fáciles de usar y que realmente no aumenten ni los costos ni los riesgos para la paciente. Es por ello que el objetivo del presente estudio es lograr una reducción en la frecuencia del dolor de hombro asociado al posoperatorio de la cirugía ginecológica por vía laparoscópica, mediante la utilización durante el transoperatorio de una presión intraabdominal baja.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico aleatorio, en el cual la muestra de pacientes se dividió en dos grupos:

GRUPO EXPERIMENTAL (GRUPO A): 15 mujeres sometidas a intervención quirúrgica ginecológica vía laparoscópica con una presión intraabdominal transoperatoria de 8 mmHg.

GRUPO DE CONTROL (GRUPO B): 15 mujeres sometidas a intervención quirúrgica ginecológica vía laparoscópica con una presión intraabdominal transoperatoria de 15 mmHg.

POBLACIÓN

La población estudiada fue el conjunto de mujeres en edad reproductiva con indicación de tratamiento quirúrgico por cualquier tipo de patología benigna de origen ginecológico o esterilización tubárica y que decidieron realizarse la intervención por vía laparoscópica en la Maternidad Santa María, de la ciudad de Mérida. Entre los criterios de exclusión tenemos: la realización en el mismo acto de cualquier otro tipo de cirugía y la apreciación por parte del investigador de falta de colaboración de la paciente para este estudio.

MUESTRA

Para la realización de este estudio de diseño experimental, la cantidad mínima de la muestra requerida tanto para el grupo experimental como para el grupo de control fue de 15 pacientes para un alfa de 0,05 (una cola) y beta de 0,20 (poder del test 0.80).

PROCEDIMIENTOS DE ASIGNACIÓN PARA CADA GRUPO

Antes de iniciar cada acto quirúrgico se procedió, mediante el azar, a la selección de los grupos. Para este fin se contó con una serie de sobres sellados, uno para cada paciente, dentro de los cuales existían tarjetas marcadas, en la misma

proporción con las letras A o B, indicando al grupo al que fue seleccionada.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Una vez que la paciente decidía participar en el estudio y ya asignada al grupo se procedía a la recolección de los datos, primero los aportados por las variables demográficas (edad y procedencia) y las variables explicativas (gestas, peso, talla, índice de masa corporal y antecedentes de cirugías previas). Posteriormente en fecha y hora programada con antelación, se seguía con la realización del acto quirúrgico, el cual se hizo según la técnica usual para procedimientos pélvicos, que consiste en la colocación de dos o tres puertos de entrada, según sea la necesidad del caso quirúrgico.

Las pacientes seleccionadas para el grupo experimental (grupo A) se les realizó un neumoperitoneo inicial de 15 mmHg, con la finalidad de colocar los puertos de entrada con seguridad, e inmediatamente se descendió la presión a 8 mmHg para realizar la totalidad del acto quirúrgico.

Las pacientes seleccionadas para el grupo control (grupo B), se les realizó neumoperitoneo y todo el acto quirúrgico con presión intraabdominal de CO2 a 15 mmHg.

Las intervenciones quirúrgicas se realizaron usando el mismo tipo de anestesia en todas las pacientes (neuroleptoanalgesia). Para el manejo del dolor posoperatorio a nivel de la herida y del área quirúrgica se le indicó a todas las pacientes analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por vía oral (Ibuprofeno: 400 mg vía oral cada ocho horas durante 3 días).

Dolor de Hombro Posoperatorio: Se definió como la aparición de dolor a nivel del hombro, principalmente del derecho, luego de las 24 horas de realización de la cirugía laparoscópica, el cual no estuvo asociado a la patología quirúrgica en sí. Para la medición del dolor se tomó la siguiente escala:

Grado 0: No presenta dolor.

Grado 1: Refiere dolor pero no amerita el uso de analgésicos.

Grado 2: Dolor que amerita el uso de analgésicos por vía oral.

Grado 3: Dolor que amerita el uso de analgésico (AINES) por vía endovenosa o asistencia médica u hospitalaria.

Grado 4: Dolor que amerita el uso de analgésicos opioides u hospitalización de la paciente.

Se consideró el dolor como ausente o negativo cuando estaba en el grado 0 ó 1, y como presente o positivo cuando el dolor se ubicaba en grado 2, 3 ó 4. Esta variable se midió a las 24, 48 y 72 horas de terminada la intervención.

Durante el transoperatorio se recogieron las siguientes variables: tipo de intervención, tiempo total de la intervención, cantidad de gas insuflado, complicaciones intraoperatorias y finalmente complicaciones posoperatorias.

El análisis de los resultados se realizó mediante el uso de cuadros de contingencia tetracóricos (2x2), donde se recogieron las frecuencias básicas por grupo de estudio (A o B) y por presencia de dolor, calculamos así el riesgo absoluto (RA), el riesgo relativo (RR) y la reducción del riesgo relativo (RRR), si fuese el caso. Los datos cuantitativos fueron analizados con la prueba *t student* y los cualitativos con la prueba del *chi cuadrado* y el *test exacto de Fisher*, calculamos además intervalos de confianza (IC) del 95% y se tomó para cualquiera de las pruebas como significancia una $p < 0,05$.

Por otra parte, el presente estudio respeta principios éticos y científicos. En este sentido, cuidamos los aspectos éticos, al garantizar a las pacientes pertenecientes a este estudio la libertad de escoger voluntariamente su participación en el ensayo, así como de abandonarlo si presenta cualquier tipo de duda al respecto. Se les informó sobre los riesgos y beneficios del tipo de intervención por vía laparoscópica, como lo de su participación en el ensayo, por lo tanto, todas firmaron dos consentimientos, el primero de ellos corresponde a la autorización para el acto quirúrgico y el otro se refiere a su participación en el ensayo clínico.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 30 pacientes en las que a todas se le realizó seguimiento durante las 72 horas después de la intervención, no hubo deserciones en ninguno de los grupos. Una vez conformados ambos grupos, se compararon variables como la edad, número de gestas, índice de masa corporal (IMC) y el tiempo de intervención, todo fue estadísticamente similar (Cuadro 1). Con respecto al tipo de intervención realizada en el grupo A: diez fueron esterilizaciones quirúrgicas, cuatro quistes de ovarios y una salpingectomía; en el grupo B: nueve pacientes se les realizó esterilización quirúrgica, cinco quistes de ovarios y una ooforectomía.

Cuadro 1
COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES EN AMBOS GRUPOS

	Grupo A n= 15	Grupo B n= 15	p
Edad en años*	34,3	37,3	ns.
Gestas*	2	1,5	ns.
IMC*	21,2	21,6	ns.
Tiempo de intervención en minutos*	48	35	ns.

* Valores en media; ns. = no significativo

Con respecto a la variable dolor de hombro, encontramos en la primera evaluación a las 24 horas del posoperatorio en el grupo A ocurrencia de dolor en 2 pacientes ambas grado 2, es decir en el 13% de las pacientes del mismo grupo, contrariamente en el grupo B encontramos una frecuencia de dolor de hombro en 8 pacientes, todas lo ubicaron grado 2, es decir el 53% de los casos (Cuadro 2); esto fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Hubo además reducción del riesgo relativo en un 75% (IC 95%: 0,012- 0,937).

Cuadro 2
FRECUCENCIA DE DOLOR A LAS 24 HORAS
DEL POSOPERATORIO

	PRESENTE dolor de hombro	AUSENTE dolor de hombro
Grupo A (experimental)	2(13%)	13(87%)
Grupo B (control)	8(53%)	7(47%)

$p < 0,05$; RR: 0,31; RRR: 0,75 (75%); IC 95%(0,012- 0,937)

En la segunda evaluación a las 48 horas del posoperatorio nos topamos con los siguientes hallazgos: la frecuencia de dolor de hombro en el grupo A fue en 3 pacientes (20%), dos grado 2 y una grado 3 y en el grupo B sólo 2 pacientes (13,3%) lo presentaron, ambas grado 3. (ninguna de las pacientes, en ambos grupos, recibió AINES endovenoso, solo requirieron nuevamente consultar al médico). Estadísticamente no hubo diferencias a las 48 horas en la reducción del dolor (Cuadro 3).

Cuadro 3
FRECUCENCIA DE DOLOR A LAS 48 HORAS
DEL POSOPERATORIO

	PRESENTE dolor de hombro	AUSENTE dolor de hombro
Grupo A (experimental)	3 (20%)	12 (80%)
Grupo B (control)	2 (13,33%)	13 (86,67%)

$p = 1$

A las 72 horas se realizó la tercera evaluación, encontramos en ambos grupos que ninguna de las pacientes presentaba dolor. Así mismo ninguna de las pacientes sometidas a este estudio en cualquiera de los grupos presentó complicaciones ni transoperatorias ni posoperatorias.

Al realizar el ajuste por covariables y su influencia en la producción de dolor de hombro encontramos que ni el IMC, ni la presencia de cirugía previa, ni el tipo y tiempo de intervención estaban asociadas a la aparición del dolor de hombro.

DISCUSIÓN

En el posoperatorio de las intervenciones laparoscópicas es frecuente observar la ocurrencia del dolor de hombro y a pesar que no está bien definida la etiología de este dolor, los investigadores en base a hipótesis han ideado procedimientos para tratar de disminuirlo.

Para ello se han realizado algunos estudios, la mayoría en cirugía de las vía biliares y solo dos reportes en casos de cirugía ginecológica, donde se dejan drenes (11), se calienta y humidifica el CO₂ (10) y se cambia el tipo de gas utilizado para el pneumoperitoneo (6), todos ellos logran en algunos casos la disminución significativa del dolor de hombro.

Hemos comprobado en la realización del presente estudio, que el realizar medidas sencillas como la simple reducción de la presión intraabdominal transoperatoria es capaz de reducir la frecuencia de aparición del dolor de hombro en las primeras 24 horas del posoperatorio, sin ser importante su ocurrencia en las 48 y 72 horas posteriores a la intervención.

Un estudio previo como el de Sarli y col. (9) ha demostrado que el realizar colecistectomías vía laparoscópica a baja presión, como lo es a 9 mmHg, es capaz de reducir la frecuencia de aparición de este tipo dolor, lográndose una reducción del 21%. Lamentablemente no encontramos reportes previos del uso de esta técnica en casos de cirugía ginecológica. En nuestro estudio, el cual difiere del de Sarli y col. (9) en que se trata de pacientes sometidas a cirugía ginecológica, logramos la reducción relativa en un 75%, lo cual resulta en una diferencia que estadística y epidemiológicamente es significativa.

Investigadores como Wang y col. (6) y Swif y col. (11) han estudiado este problema, enfocando principalmente la reducción del gas residual mediante el uso de drenajes en el posoperatorio. Wang y col. (6) por un lado lo realizó en colecistectomía laparoscópica y Swif y col. (11) en pacientes ginecológicas al dejar drenes de aspiración continua, ambos lograron resultados bastantes efectivos como lo es la reducción real en la aparición del dolor de hombro.

Otros investigadores (7,8), pensando que el problema se trata de un dolor asociado al sitio de la intervención como lo es la región subhepática, en el caso de la colecistectomía, han ideado dejar mezclas de anestésico a nivel peritoneal y a nivel del área e incisión quirúrgica, lográndose reducción del dolor en estos casos. Sin embargo, en el caso de las intervenciones ginecológicas, este tipo de medida pudiera ayudar a aliviar el dolor propio de la intervención quirúrgica, pero no así el dolor de hombro, ya que ni el sitio intervenido ni los puntos de inserción de los trócares guardan relación con el dolor de hombro.

En el mismo orden de ideas, al observar en nuestro estudio las complicaciones encontramos, que no se presentaron ni durante la intervención ni después de ella, en ninguno de los dos grupos. Esto demuestra que el realizar cirugía laparoscópica a baja presión es una técnica segura que no aumenta el riesgo de aparición de complicaciones. Sin embargo, cabe destacar que la inserción de los trócares requiere la suficiente distensión y presión de CO₂ a nivel abdominal, porque la poca distensión de la pared pudiera aumentar, en manos no expertas, el riesgo de lesión de vísceras o lesiones vasculares, durante el procedimiento de inserción de los mismos; es por esta razón que decidimos, tanto en el grupo experimental como en el control, realizar la colocación de trócares a una presión inicial de 15 mmHg, para luego proceder al descenso de la misma en el grupo experimental. Es importante recalcar que algunos autores consideran que la inserción de los trócares puede hacerse sin la necesidad de insuflar con gas previamente, esto se realizaría con la finalidad de disminuir el riesgo de lesión por la doble entrada "a ciegas" de material punzante, primero con la aguja de Verres y posteriormente con los trócares (12).

Al analizar el tiempo medio de duración de la intervención podemos encontrar que no hubo diferencias estadísticas entre ambos grupos; esto nos hace inferir que la intervención a baja presión no interfiere con la técnica quirúrgica, porque una presión de 8 mmHg garantiza una distensión suficiente para realizar cualquier tipo de intervención con comodidad y buen campo operatorio.

En conclusión la realización de cirugía ginecológica por vía laparoscópica a baja presión es una medida sencilla y segura, capaz de lograr la disminución de la frecuencia de casos de pacientes con dolor de hombro en el posoperatorio. Sin embargo, al ser esta una condición en que la fisiopatología no está bien establecida, recomendamos el uso de forma sistemática, de una baja presión intraabdominal en la intervención, así como también todas aquellas maniobras tendientes a lograr en la paciente un posoperatorio más confortable y satisfactorio.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Darío Novoa Montero del Laboratorio Multidiscipli-

nario de Investigación Clínica y Epidemiológica (LAB-MICE) de la Universidad de Los Andes, por su asesoramiento en lo referente a la metodología estadística y epidemiológica.

REFERENCIAS

1. Phillips JM. Laparoscopy. Baltimore: William & Wilkins, 1977.
2. Comino R, Balagueró L, Del Pozo J. Cirugía endoscópica en ginecología. Barcelona, España: Prous Science; 1998.
3. Corsale I, Fantini C, Gentili C, Sarper P, Gacito O, Conle R. Peritoneal innervation and laparoscopic course. Role of CO₂ [Abstract]. *Minnerva Chir* 2000; 55(4):205-210.
4. Denco L. Effect of heating and humidifying gas on patients undergoing awake laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001; 8(2): 247-251.
5. Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H. Characteristics and prediction of early pain after laparoscopy cholecystectomy. *Pain* 2001; 90(3):261-269.
6. Wang Z, Cao X, Chang Y. Shoulder pain alter laparoscopic cholecystectomy [Abstract]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 2001; 39(11): 858-860.
7. Elhakim M, Elkott M, Ali NM, Tahoun HM. Intraperitoneal lidocaine for postoperative pain after laparoscopy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44(3):280-284.
8. Lee IO, Kim SH, Kong MH, Lee MK, Kim NS, Choi YS, et al. Pain after laparoscopic cholecystectomy: The effect and timing of incisional and intraperitoneal bupivacaine. *Can J Anaesth* 2001;48(6):545-550.
9. Sarli L, Costi R, Sansebastiano G, Trivelli M, Roncoroni L. Prospective randomized trial of low pressure pneumoperitoneum for reduction of shoulder-tip pain following laparoscopy. *Br J Surg* 2000;87(9):1161-5.
10. Almeida OD. Awake microlaparoscopy with the insuflow device. *JLS* 2002;6(3):199-201.
11. Swift G, Healey M, Varol N, Maher P, Hill D. A prospective randomised double blind placebo controlled trial to assess whether gas drains reduce shoulder pain following gynaecological laparoscopy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42(3): 267-270.
12. Fernandez-Aranguren R, Manterola M. Inserción del trocar de laparoscopia sin neumoperitoneo previo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992; 52(4): 227-230

*Correspondencia: Dr. Ángel Gabriel Rincón García: Departamento de Investigación, Universidad de Los Andes, La Casona. Facultad de Odontología Calle 23 con 2 y 3; ó Urb. Santa María, Calle La Montaña, Maternidad Santa María, Mérida - Venezuela 5101.
e-mail: rinconga@ula.ve*

FUNDASOG DE VENEZUELA



Junta Directiva de FUNDASOG DE VENEZUELA (2004-2006)

Presidenta:	Dra. Judith Toro Merlo
Secretario	Dr. Otto Rodríguez Armas
Tesorero	Dr. Domenico Guariglia
Vocales	Dra. Ofelia Uzcátegui
	Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Braza educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco de los eventos de la Sociedad:

- **XVIII Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología**, a celebrarse del 11 al 13 de noviembre de 2004, en el Hotel Pipo, Maracay.
- **XXI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo del 2 al 3 de marzo de 2005, en el Hotel Hilton Caracas.

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.
Teléfono: +58-212-451.59.55 Fax: +58-212-451.08.95

Algunas contribuciones primicias de la Maternidad Concepción Palacios a la obstetricia y ginecología venezolanas

Drs. Oscar Agüero, Rogelio Pérez D'Gregorio

Maternidad Concepción Palacios

Como se ha dicho y escrito muchas veces, el funcionamiento de la Maternidad Concepción Palacios, de Caracas, desde el siete de enero de 1939, significó un hito trascendental en la evolución de la obstetricia y ginecología venezolanas porque en ella se originó una intensa actividad asistencial, docente y de investigación de numerosos aspectos relacionados con la mujer, la madre y el recién nacido, apoyada en las excepcionalmente altas cifras de ingresos y asistencias. Basta recordar que en 1972 se atendió el mayor número de partos, en escala mundial, para un solo hospital: 47 757, hecho que fue registrado, comprobado y comentado en una revista médica norteamericana de la especialidad, donde además se mostraron cifras de otros hospitales con gran actividad obstétrica como: la Maternidad Mama Yemo en Kinshasa, Africa, 44 130; Maternidad Farah en Teherán, 41 244; y Maternidad Kendang Kerbau en Singapur, 30 263 (1).

Para la proyectada celebración del aniversario número 65 de la Maternidad Concepción Palacios en diciembre de 2003, se nos invitó a exponer en un póster, hechos importantes ocurridos en el lapso 1939-2000 y pensamos que era oportuno reseñar primicias, en Venezuela, que el personal evidenció en publicaciones. Por supuesto, es posible que nos equivoquemos en el sentido de que en otros sitios del país tuvieron la misma idea y la pusieron en práctica, pero no publicaron el resultado. Por ello insistimos en que los datos que aquí presentamos están basados en hechos publicados, acompañados con sus respectivas identificaciones. De todas maneras, desde ya adelantamos nuestras disculpas en el caso o los casos en que se nos escapara algún dato impreso con anterioridad y que no llegó a nuestro conocimiento.

En la celebración del aniversario número 40, junto con Torres (2), hicimos una enumeración sin las referencias correspondientes de algunos hechos aparentemente primiciales que ahora extendemos, debidamente documentados, hasta lo publicado en el año 2000.

El relato cronológico de estas primicias, agrupadas como temas de estudio o reportes de casos, es como sigue:

I. TEMAS DE ESTUDIO

1. La primera publicación emanada de la Maternidad Concepción Palacios fue una encuesta médico-social en embarazadas sugerida por su primer Director, Leopoldo Aguerrevere, al entonces llamado Consejo Venezolano del Niño y cuyos resultados fueron dados a conocer, sin nombres de autores, en 1939 (3). Por primera vez se suministraba información sobre edad, paridad, grado de educación, nivel socio-económico, vivienda, asistencia a control prenatal, etc. de un grupo grande de embarazadas.

2. La actuación del notable cardiólogo e internista venezolano, Carlos Gil Yépez, suscitó el estudio de la primera serie nacional de cardiopatías asociadas al embarazo, en 1942 (4) y en 1943, a la comunicación del primer caso de bloqueo aurículo-ventricular completo en gestante (5). En 12500 mujeres atendidas entre enero de 1939 y octubre de 1941 observó 78 (0,62%) "con evidentes trastornos cardiovasculares" en las que los diagnósticos más frecuentes fueron aortitis (20 casos), insuficiencia mitral (19 casos) e insuficiencia aórtica lúetica (10 casos). En cinco otras pacientes no hubo diagnóstico definitivo.

3. Mediciones radiopelvimétricas según el método propuesto por los norteamericanos Snow y Lewis fueron realizadas en 1942 (6). Este método fue luego ampliamente utilizado en todo el país y sigue aún vigente.

4. Hasta a principios de 1943, la incisión del útero durante la cesárea había sido vertical, bien corporal, segmentaria o segmento-corporal. El 10 de mayo de ese año, Odoardo León Ponte realiza por primera vez en Venezuela, una incisión segmentaria transversal que, desde ese momento reemplazó total y definitivamente a las anteriores incisiones longitudinales. La primera evaluación de este tipo de abordaje uterino apareció en 1946 (7) apoyada en 305

Recibido: 06-09-04

Aceptado para publicación: 11-11-04

cesáreas hechas entre mayo de 1943 y marzo de 1946. Se concluyó que la “incisión transversal del segmento inferior, quirúrgica, anatómica y obstétricamente es superior a la longitudinal”, “.y que debe preferirse siempre que las circunstancias lo permitan”. Una parte de esta casuística fue utilizada para una tesis doctoral de 1944, publicada también en 1946 (8).

5. Mediciones diarias de la altura uterina de pubis a fondo del órgano en el posparto, fueron incorporadas a la rutina de la asistencia de la recién parida como una forma de vigilar la involución uterina y sus relaciones con procesos infecciosos (9). El egreso precoz de las paridas (a 24 ó 48 horas posparto) que, por diversas razones se estableció luego, provocó la eliminación de dicha práctica.

6. Buscar la versión fetal durante el embarazo en presentaciones podálica y de hombro a cefálica, sin maniobras externas mediante la administración de purgante y enema fue objeto de dos estudios (10,11). En la primera serie de 50 casos se alcanzó un 74% (37 embarazadas) de transformación de la presentación a cefálica y en la segunda con 80 anomalías de presentación, un 75%; además, en 10 casos de ambas series (7,69%) aparentemente el purgante y enema facilitaron la versión por maniobras externas; en 6 ocasiones de la primera serie (12%) y en 17 de la segunda (21,25%) no se logró la versión.

7. La frecuencia de malformaciones congénitas fue expuesta en 1944 (12) y obtenida de 1000 autopsias y estudios consecutivos de recién nacidos y abortos realizados en el trienio 1941-1943. La cifra encontrada fue: 12,7%. Este estudio representa la primera serie numerosa conocida en Venezuela.

8. El “gigantismo fetal” fue el tema de una Tesis Doctoral (13) en la que se mostraron datos de 26 niños que pesaron más de 4500 gramos. Estos 26 niños se observaron en 16641 partos atendidos entre 1939 y 1942 y representan un 0,15%. Las madres tenían edades que oscilaban de 14 a 41 años, 17 (65,38%) habían tenido 5 o más embarazos, dos eran primigestas; se hizo una sinfisiotomía y una aplicación de fórceps; en dos ocasiones hubo distocia de hombros y en otras dos, sangrados abundantes. Hubo dos fetos muertos y un deceso neonatal. No ocurrieron muertes maternas.

9. Lograr la expulsión de la placenta mediante la inyección, a través del cordón umbilical, de fluidos (agua, sueros) a presión, fue intentada en 1945 (14). Se comentaron 60 casos de retención anormal de la placenta en los cuales se obtuvo la expulsión de la misma con la infusión rápida de

suero fisiológico en cantidades que variaron entre 250 y 1500 mililitros. En 44 casos (74%) se logró la expulsión de la placenta – que había estado retenida en lapsos de 35 minutos a 7 horas, 40 minutos. La morbilidad puerperal fue de 2,27% (un caso), cifra que había sido de 45,03% en 282 extracciones manuales de placenta hechas en la Maternidad entre 1939 y 1944, diferencia que consideran “concluyente” para preferir el alumbramiento hidráulico a la extracción manual.

10. También en 1945 se inició simultáneamente en la Maternidad y en el Instituto Simón Rodríguez, empleo de derivados del cornezuelo de centeno por vía venosa al salir la cabeza o el hombro anterior del feto, con el fin de acortar la duración del período placentario y disminuir la pérdida sanguínea fisiológica y la frecuencia de las hemorragias de dicho período (15,16). De la Maternidad se reunieron 250 casos (15), del Instituto Simón Rodríguez, 637 (16). En ambas series se lograron: expulsiones de placenta dentro de los primeros cinco minutos posparto en un 79,7%; pérdida sanguínea promedio de 89,4 mililitros; y un 1,0% de hemorragias posparto (de 500 o más mL.). En ambas se recomendó este empleo rutinario.

11. Se había propuesto la utilización de la prueba biológica de embarazo (prueba de Friedman, en conejas) con inyección de líquido céfalo raquídeo, en vez de orina o suero sanguíneo, para el diagnóstico de la mola hidatiforme, basado en la observación de altos niveles de gonadotropinas en molas y corioepiteliomas, muy superiores a los de los embarazos normales y que en el líquido céfalo raquídeo permitirían el diagnóstico diferencial entre gestación normal y patológica. Ello fue ensayado en 1945 (17) en 12 casos: 8 molas, 2 embarazos normales de 16 y 20 semanas, respectivamente, y 2 casos de neos uterinos. Se inyectaron en la vena de la oreja del animal de 5 a 10 mL de líquido céfalo raquídeo, con resultados francamente positivos en las molas y negativos en los restantes casos. Conclusión: debe ampliarse el número de casos o inyectar no más de 5 mL.

12. Un grupo de integrantes del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central investigaban los niveles de proteínas en la sangre de algunos sectores de la población de Caracas e incluyeron en su estudio: parturientas y sus recién nacidos y mujeres que amamantaban (18-20). En 90 parturientas encuentran valores de protidemia que oscilaron entre 4,37 y 7,56 gramos por cien, distribuidos la mayoría entre 5,49 y 6,25; en sangre del cordón las cifras extremas estuvieron entre 4,14 y 8; en leche materna extraída del 2° al 17° día posparto los valores estuvieron comprendidos entre 17 y 20 gramos por mil.

13. La prevención de las grietas de los pezones durante la lactancia materna dio origen al, probablemente, primer estudio controlado y con placebo registrado en el país (21). Este ensayo aparecido en 1948 incluyó tres grupos de recién paridas, cada uno con 504, 502 y 500 mujeres, respectivamente, distribuidas de la siguiente manera: el primero, sin tratamiento especial, sólo la rutina de aseo pre-lactancia, el segundo con aplicaciones diarias de vaselina en los pezones y al tercero, con el empleo de pomada con vitaminas A y D, además de aceite hipoglos, ácido bórico, óxido de zinc, talco y lanolina. Los resultados fueron: en el grupo sin tratamiento hubo un 41,47% de grietas, en el grupo con vaselina solamente, 38,64% y en el tratado con vitaminas A y D, 34,20%. El análisis estadístico reveló ausencia de diferencia significativa entre los grupos primero y segundo, mientras sí la había entre estos dos grupos y el tercero.

14. La pérdida repetida del embarazo en etapa de aborto (aborto habitual, repetido o a repetición) fue estudiada en 1949 (22) en una muestra de 515 mujeres que habían tenido tres o más abortos consecutivos. En el lapso estudiado representan un 1,3% y como posibles causas se encontraron: sífilis en 228 (44%), hipertensión crónica, 22; hipertensión inducida por el embarazo, 15; otras causas 10; no se halló explicación en 287 (55,73%).

15. Para la cesárea el abordaje de la cavidad abdominal se hizo siempre a través de una incisión cutáneo-aponeurótica vertical entre sínfisis púbica y ombligo, pero el 5 de marzo de 1947, Rafael Domínguez Sisco hace en la Maternidad una incisión transversa, tipo Pfannenstiel (modificada con sección transversa de músculos rectos y vertical de aponeurosis, según la técnica de Kistner). En 1949 es reportada (23) una serie de 12 cesáreas en las cuales, para evitar la sección de los rectos, se buscó su máxima relajación mediante el curare endovenoso. Una segunda serie ampliada a 38 casos fue presentada en 1952 (24).

16. Histerorrafias en dos roturas uterinas y una desunión de cicatriz transversa de cesárea anterior fueron ejecutadas y dadas a conocer en 1950 (25). Hasta entonces la conducta rutinaria era la histerectomía, pero luego hubo una progresiva tendencia a reemplazar las histerectomías por las suturas de las lesiones, con esterilización quirúrgica o sin ella. Así, en 1968 se presentó un análisis (26) de 684 roturas y dehiscencias de las cuales 462 (67,5%) fueron suturadas con una mortalidad materna de 3,03% - 14 muertes. También se averiguó el futuro obstétrico de 156 embarazos ocurridos después de 42 rafias por perforaciones uterinas y de 92 gestaciones en 62 suturas por rotura o

dehiscencia: hubo 6 repeticiones de las desuniones de la cicatriz (2,56%), sin muertes maternas (27).

17. La función de la vejiga urinaria en el posparto fue clínicamente evaluada en 1952 (28), en lo que se refiere a primera micción, frecuencia de retenciones (más de 12 horas después del parto) y de los necesarios cateterismos, relacionados con la paridad, parto operatorio y suturas perineales. En un grupo de 1051 puérperas se precisó que 780 (74,22%) orinaron espontáneamente dentro de las primeras 12 horas posparto; en las restantes 271 (25,3%) hubo retenciones de 13 a 120 horas de duración; en las primeras, 22% eran primíparas; 18,4% tenían episiotomías y 15,7% otras operaciones, mientras que en las segundas esos porcentajes fueron 49, 42,4 y 23,6% respectivamente. Noventa y cuatro mujeres con retención de orina requirieron de uno a catorce cateterismos con un total de 295. En un intento de prevenir la retención y el cateterismo, se ensayó en 100 mujeres a quienes se les había aplicado fórceps, la instilación vesical de 30 mL de mercurio-cromo en solución al 2,5% con lo cual se disminuyó el porcentaje de retención a 8, mientras en un grupo paralelo de control sin la citada instilación, fue de 25. A otras 101 puérperas se les inyectó por vía muscular, 0,0005 mg de fisostigmina, pasadas las primeras 12 horas de retención, con lo que se logró la primera micción dentro de la primera hora pos inyección en el 45,5% y la necesidad de cateterismo se redujo a un 17,8%.

18. Aun cuando en Venezuela se ha estado escribiendo sobre esterilización quirúrgica femenina desde 1927 (ligadura de trompas en el curso de una cesárea hecha por Luis Razetti), la primera serie que analiza 191 de tales intervenciones hechas en la Maternidad entre 1939 y 1950, no aparece hasta 1950 (29). Estas ligaduras fueron realizadas en un total de 88279 casos obstétricos (0,2%). La edad promedio de las mujeres fue de 31,4 años y en el 50% de los casos se trataba del segundo o tercer embarazo; las tres más frecuentes indicaciones fueron cesárea anterior, tuberculosis pulmonar e hipertensión arterial y explicaron el 81% de las intervenciones. La técnica más frecuentemente utilizada fue la descrita por Madlener (machacamiento y ligadura), 81 casos, seguida por la de Pomeroy (ligadura con catgut simple más resección del asa distal), 45 casos. No hubo mortalidad imputable al procedimiento.

19. La actividad ovárica y la presencia de quistes (foliculares, atrésicos) aislados o múltiples fueron estudiadas, prospectivamente, en las autopsias de niñas de madres toxémicas y comparadas con las de niñas de madres no toxémicas. La comparación entre 16 toxémicas y 25 normales mostró: presencia de folículos de Graaf en 37,5

y 60% respectivamente, quistes foliculares en 25 y 40 y quistes atrésicos en 6,8% y 20%, también respectivamente, lo cual no comprueba la aseveración según la cual las hijas de madres hipertensas muestran mayores grados de maduración folicular ovárica y, por lo contrario, confirman la creencia que dicha maduración es un hecho normal y frecuente (30).

20. Antes de la introducción de métodos precisos y sensibles para la determinación en fluidos orgánicos de muchas de las hormonas que intervienen en la reproducción humana, el registro diario de la temperatura basal era ampliamente utilizado en la práctica obstétrico-ginecológica. Así, se propuso que el descenso de la curva térmica en las 24 ó 48 horas antes del comienzo del trabajo de parto, podría ser útil para predecir su inicio. Esta idea fue evaluada en 33 embarazadas hospitalizadas en la Maternidad (31) en quienes se anotó la temperatura (en ayunas y antes de deambular) en lapsos que oscilaron entre 6 y 50 días antes del inicio espontáneo del trabajo: en 19 no hubo modificaciones de la curva, en 12 hubo ascensos de 5 décimas a 2 grados y solamente en 2 se observó descenso. Como conclusión se asentó: “..las curvas de temperatura basal presentan gran variabilidad al final del embarazo y tienen poco valor como indicio del comienzo del parto”.

21. Un resultado igualmente negativo se obtuvo en el ensayo de la administración de vitamina B-1, por vía muscular, durante el trabajo de parto (32), de la cual se había afirmado que provocaba analgesia y disminución de la duración por aumento de la actividad uterina. En 50 parturientas (18 primigestas y 32 multigestas), una dosis única de 200 mg no produjo analgesia y las modificaciones de la dinámica del útero fueron tan insignificantes que no permitieron su apreciación.

22. El fenómeno de la cristalización del moco cervical uterino fue estudiado en un grupo de 563 mujeres que incluía menstruantes regulares e irregulares y embarazadas con desenlaces obstétricos conocidos o no. En 206 casos se utilizó simultáneamente moco cervical y moco nasal. Se comprobó que la cristalización está relacionada con la actividad estrogénica y que el moco nasal no puede reemplazar al moco cervical. Aun cuando se constató que la cristalización no es de valor práctico para el diagnóstico del embarazo, consideran justificado su evaluación en un número mayor de casos por los hallazgos de cristalización atípicas en embarazos anormales. Esta experiencia fue presentada en el Primer Congreso Mundial de Fertilidad y Esterilidad celebrado en Nueva York en 1953 (33).

Dos aspectos de las repercusiones de la hipertensión inducida por el embarazo fueron dados a conocer en 1954: 23. Uno, las relaciones de esa complicación con los llamados “infartos placentarios hemorrágicos”, a los cuales incluso se les asignó un papel etiológico. El estudio se basó en 121 placentas: siete provenientes de desprendimientos prematuros de las mismas, once de eclámpticas, setenta de pre-eclámpsias y treinta y tres de pacientes albúminúricas sin hipertensión arterial. Se encontró un 62,8% de “infartos”, con mayor frecuencia en los desprendimientos y en las eclámpticas, sin concordancia con la severidad del cuadro clínico. Rechazan la importancia etiológica sugerida (34).

24. El otro aspecto fue el de la influencia de la toxemia sobre el feto, evaluado en 1001 casos que incluían pre-eclámpsias, eclámpsia e hipertensas crónicas, en los que la mortalidad perinatal fue de 14,3% en pre-eclámpsias moderadas, 25,7% en severas y de 31,6% en eclámpticas. Las autopsias realizadas en 128 fetos y recién nacidos, no reveló ninguna tendencia especial. No se apreció el sugerido aumento de las malformaciones congénitas (35).

25. Un derivado del cornezuelo de centeno, la dihidroergotamina, fue propuesto como relajante del músculo uterino; sin embargo, ensayos clínicos y registros de contracción uterina mostraron que, por lo contrario, era un potente ocitocito. Su empleo en 128 casos condujo a la conclusión de que tenía una indudable acción ecbólica, que acortaba notablemente la duración del trabajo de parto, pero que por los riesgos de producir hiperactividad del útero su uso debería ser estrictamente controlado (36).

26. Hasta 1950, la ocitocina en abortos, partos, pospartos, era administrado casi exclusivamente por vía intramuscular. La vía venosa se reservó para las hemorragias posparto por atonía. A partir del citado año se inició en la Maternidad y en el desaparecido Instituto Simón Rodríguez, la utilización de la “ocitocina diluida endovenosa”. En ambos hospitales entre julio de 1950 y agosto de 1953 se reunieron 562 casos (188 inducciones del parto y 374 estimulaciones de la contracción uterina en trabajos del parto de comienzo espontáneo (37). La ocurrencia de complicaciones, entre ellas cinco roturas uterinas, llevó a la recomendación de limitar su uso a aquellas circunstancias en las cuales “esté absolutamente indicado, con un diagnóstico preciso, eliminación de las contraindicaciones, dosis muy diluidas y vigilancia atenta y continua durante todo el tiempo que dure la infusión”.

27. Las mastitis supuradas del puerperio fueron tratadas según el patrón estándar de incisión y drenaje, pero

“impresionados por el largo tiempo que tardaba en cerrar la incisión hecha para evacuar el pus... y por la cicatriz indeleble que quedaba como secuela”, se propuso y ensayó en 1954, un tratamiento estético que consistía en: punción del absceso con aguja calibre 16, evacuación del pus, introducción de un tubo de polietileno a través de la aguja de punción e inyección de enzimas licuadoras (estreptoquinasa-estreptodornasa), más antibioticoterapia oral y parenteral. El tubo de polietileno se dejaba in situ para repetir las inyecciones en la cavidad del absceso. En 38 casos así tratados se logró el objetivo de curación y eliminación de las cicatrices (38).

28. La común anemia ferropénica del embarazo y la asociada a pérdida sanguínea fue siempre tratada con hierro oral, asociado cuando era necesario con transfusiones de sangre total o concentrados. Desde 1947, en Inglaterra, se utilizó la administración endovenosa de preparados de hierro, especialmente el óxido sacarado. Este último fue inyectado en 29 anemias severas del embarazo (10 pacientes) y puerperio (19 mujeres) (39). En las 10 embarazadas la cifra inicial de hemoglobina osciló entre 2,28 y 7,7 gramos y en las paridas, entre 3,87 y 7,7. En las primeras, con dosis de hierro comprendidas entre 300 y 3600 mg, administradas en 2 a 18 días, se obtuvo un aumento promedio de 4,21 g de hemoglobina; en las segundas, con 100 a 2200 mg, el aumento promedio fue de 5,04 g. Dos de las pacientes presentaron reacciones alarmantes con 100 y 300 mg, respectivamente, que obligaron a suspender el tratamiento. Hubo otras manifestaciones adversas pero que permitieron terminar las dosis requeridas. Se recomendó que la inyección muy lenta del medicamento fuese siempre hecha por el médico.

29. Miguel Layrissé, notable hematólogo venezolano, estudiante del metabolismo del hierro y de las anemias ferropénicas del país, se interesó en el material humano de la Maternidad para establecer los valores normales de hierro sérico, mediante el método de Schales, previa la obtención de dichos valores en 22 hombres (109,4±14 mcg) y 59 mujeres no embarazadas (91±10 mcg). En embarazadas las cifras fueron: gestantes normales con más de 10 g de hemoglobina 69,8±24; gestantes anémicas –menos de 10 g de hemoglobina; 46,5±19; embarazadas con toxemia y más de 10 g de hemoglobina, 81,1±3; en puérperas con más de 10 g de hemoglobina, 48,6±9; en puérperas con menos de 10 g, 38±12. En total se hicieron 348 determinaciones de hierro en sangre (40).

30. La observación de hipo y afibrinogenemia en hemorragias obstétricas profusas, en la hipertensión inducida por el embarazo, el desprendimiento prematuro de la

placenta, embolismo de líquido amniótico, retención de huevo muerto y abortos provocados, condujo a estudiar las cifras séricas en embarazadas normales y con patologías, sobre todo hipertensión inducida por el embarazo y desprendimiento prematuro de la placenta, así como en mujeres en trabajo de parto: en 13 embarazos normales, el valor promedio fue de 369, con variaciones entre 277 y 455 mg; en 11 pre-eclámpticas, 355 (101-740); en 5 eclámpticas, 371 (310-452) en 70 parturientas, 361 (101-740) (41).

31. La controversial y hoy olvidada entidad, rotura del seno marginal de la placenta, como causa o explicación de hemorragias del tercer trimestre del embarazo, fue analizada en 1956 (42) basados en 116 sangrados en el final del embarazo o durante el trabajo de parto, en los cuales se comprobó la presencia de coágulos en el borde de la placenta en 31 ocasiones –27%–. Esta primera serie fue ampliada en 1961 (43) a 81 casos entre 312 hemorragias.

32. Una serie de 20 casos de anemia megaloblástica del embarazo fue comentada en 1958 (44). Las cifras de hemoglobina oscilaron entre 2,3 y 7 g. En todos los casos se observó una marcada palidez de tegumentos y mucosas; hubo fiebre en 12 (60%), diarrea y edema de las extremidades inferiores en 50%; menos frecuentemente hepato y esplenomegalia. En 13 pacientes tratadas con ácido fólico vía oral en dosis que variaron de 160 a 520 mg, se obtuvo en 10 de ellas un aumento promedio de la hemoglobina de 5,3 g; en las restantes no hubo aumento, pero con la administración de vitamina B-12, una respondió satisfactoriamente.

33. Los resultados feto-neonatales de la inducción sistemática del parto en embarazos de 290 o más días fueron expuestos en 1959 (45). En 284 de tales inducciones (183 de la Maternidad Concepción Palacios y 101 de la Maternidad de la Policlínica Caracas), en las que había 209 multigestas y 75 primigestas y en las que se empleó como método inductivo la rotura artificial de las membranas, más la inyección endovenosa de ocitocina o dihidroergotamina, hubo dos muertes neonatales no imputables a la inducción.

34. La apreciación de la sensibilidad uterina a la ocitocina a medida que el embarazo llega a su fin, fue utilizada como una prueba para predecir la cercanía del parto o el éxito de la inducción, especialmente en las gestaciones prolongadas. La prueba consistía en disolver una unidad de ocitocina en 10 mL de suero glucosado al 5% e inyectar, vía venosa, un mL cada minuto hasta lograr una contracción global del útero, apreciada visualmente o por palpación. Con respuesta contráctil con un mL se podía esperar el

comienzo espontáneo del trabajo de parto dentro de uno o cuatro días; con inicio a los cuatro mL, podían transcurrir de 7 a 26 días. Además, se pensó que podría ser útil para predecir el éxito de una inducción del parto. Dicha prueba fue ensayada en 46 embarazadas (46) a las cuales se les inyectaron de 1 a 10 unidades de ocitocina y se obtuvo una gran disparidad de los lapsos dosis inyectada-comienzo del parto. En las inducciones, el éxito fue de 50% cuando hubo respuesta uterina con un mL y de 100% cuando la actividad se apreció con 3 mL.

35. Las repercusiones feto-neonatales de las hemorragias del embarazo fueron motivo de estudio (47). En 200 de tales sangrados provocados por placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, rotura del borde placentario, placenta circunvalada y otras alteraciones de este órgano como bilobulación, inserción velamentosa del cordón, vasos aberrantes, presentes en 159 ocasiones, más 41 en los cuales no se precisó la causa, se registraron 43 muertes fetales y 33 neonatales, para constituir una mortalidad perinatal de 36,2%. A 127 de los recién nacidos se les practicaron determinaciones de hemoglobina, lo que en 15 ocasiones se mostró un valor promedio de 13,2 g con extremos entre 9,39 y 14,78; en 9 de estos se identificó la presencia de sangre en el meconio. Se recomendó investigar el nivel de hemoglobina sérica en todo recién nacido de madres con sangrados ante e intraparto.

36. El significado clínico de la presencia de meconio en el líquido amniótico durante el parto fue evaluado en 109 ocasiones (48). La presencia de meconio fue observada en 68 casos con dilatación cervical incompleta y en 41 con dilatación completa, 73 eran multigestas y 36 primigestas; los latidos fetales eran normales en 74, había arritmia en 13, bradicardia en 10 y estaban ausentes en 2; 34 niños nacieron con diversos grados de asfixia. Hubo 8 muertes perinatales (7,2%). Se concluyó que el líquido meconial era un "signo premonitorio de sufrimiento fetal, mientras que la bradicardia, la arritmia y el líquido meconial espeso con signos de un mayor grado de hipoxia".

37. El embarazo produce importantes cambios en la anatomía e histología del cuello uterino, cambios que fueron documentados mediante biopsias del ectocérvix en 78 gestantes que asistieron a la consulta prenatal de la Maternidad y comparadas con 100 no gestantes de la consulta externa del Instituto Oncológico Luis Razetti, de Caracas (49). Se observaron cambios circulatorios (congestión y edema), en el estroma (reacción decidual), en el epitelio glandular (hiperplasia, hipertrofia e hiperplasia del epitelio), en el epitelio malpighiano (disminución del espesor, acantosis, paraqueratosis, hiperplasia de las células basales y displasia).

38. Registros de electrocardiografía fetal en casos de arritmia fueron obtenidos el 30 de noviembre de 1962 y el 9 de agosto de 1963 y publicados en 1964 (50). El primer registro se realizó en una tercigesta con embarazo de 38 semanas y marcada arritmia cardíaca fetal que hizo pensar en sufrimiento fetal, pero sucesivos controles electrocardiográficos ante e intraparto permitieron la observación hasta el 13 de diciembre de 1962, cuando se produjo el parto vaginal de feto en buenas condiciones. La arritmia persistió hasta las primeras 12 horas posnatales. El control ulterior hasta un año de vida mostró actividad cardíaca normal. En el segundo registro se trataba de una primigesta que ingresa en trabajo de parto a término con dilatación cervical de 5 centímetros y foco fetal arritmico; el control clínico y electrocardiográfico se mantienen durante cinco horas y veinticinco minutos hasta que se produce el parto vaginal de niña de 3050 g de peso, con arritmia y taquicardia que se acentúan en las horas siguientes y se le añaden disnea, cianosis, estertores pulmonares. La muerte se produce a las 90 horas de vida. La autopsia muestra cardiopatía y múltiples anomalías congénitas.

39. Algunos integrantes de las Cátedras de Bioquímica de la Universidad Central y de la Universidad de Carabobo se interesaron en la investigación del comportamiento de ciertas enzimas en sangre de embarazadas y en sangre del cordón umbilical. Así, se estudiaron:

- a. La isocítrico-deshidrogenasa (51) en 111 mujeres con gestaciones desde 4 hasta 40 semanas, en 25 con trabajo de parto y en 71 púerperas entre las 24 y 72 horas del posparto, además de 71 muestras de sangre del cordón. Los resultados fueron comparados con los de 89 mujeres sanas no embarazadas. Los valores obtenidos mostraron ausencia de cambios durante la gestación, elevación moderada durante el parto y más elevados en la sangre del cordón y en las primeras 24 horas del puerperio;
- b. La deshidrogenasa málica (52) tampoco mostró cambios durante los tres trimestres del embarazo, sólo ligeros descensos en el parto e, igualmente, moderado aumento en sangre del cordón y a las 48 horas del parto;
- c. La deshidrogenasa láctica (53) no exhibió diferencias en el embarazo y parto, pero mostró elevación en sangre del cordón y en sangre materna de las primeras 24 horas posparto. Esta enzima había sido investigada en 1962 en el líquido céfalo raquídeo (54).
- d. La fosfoglucoasa isomerasa se encontró estadísticamente elevada, por encima del valor $40,49 \pm 15$ de no embarazadas, en los tres trimestres de la gestación y durante las primeras 24 horas del puerperio, descendiendo hacia las 72 horas y son más altas aún en mujeres con pre-eclampsia. Son igualmente altas las cifras en sangre del cordón (55).

40. En 1964 se publican los primeros casos, en Venezuela, del síndrome amenorrea-galactorrea (56). Quince casos fueron estudiados mediante radiografía de cráneo, determinación de gonadotropinas, metabolismo basal, yodo proteico, captación de yodo tiroideo, 17 ceto e hidroxisteroides, citología vaginal, biopsia de endometrio y respuesta a la progesterona. La amenorrea había durado desde un mes hasta 12 años, la galactorrea era conocida por la paciente en 4 casos, provocada por la expresión de la mama en el resto. En siete había el antecedente de un embarazo. Fueron tratadas según las circunstancias clínicas con estrógenos, progesterona y radioterapia hipofisiaria.

41. En 1962 comienzan a aparecer las publicaciones del alemán Saling sobre la amnioscopia a través del cuello uterino en el embarazo, para el diagnóstico del líquido amniótico con meconio, de la placenta previa y para hacer tomas sanguíneas del cuero cabelludo fetal para determinación del equilibrio ácido-base. En agosto de 1964 se inició en la Maternidad un ensayo del procedimiento, pero no con el "amnioscopia" ideado por Saling, sino con el cistoscopia de McCarthy, cuyo calibre delgado permitía su paso a través del cuello uterino y la inspección de las zonas inferiores del útero y del saco ovular. Cuando se reunieron los primeros 118 casos se envió una comunicación preliminar al American Journal of Obstetrics and Gynecology (57), cuyo Editor-Jefe Profesor Howard C. Taylor Jr., aceptó el trabajo y le cambió el título de Amnioscopia por Histeroscopia y le agregó, como sub-título: "Un nuevo instrumento diagnóstico", por considerar que lo hecho en la Maternidad era diferente de lo de Saling. El ensayo se continuó, se cambió el cistoscopia de McCarthy por el de luz fría de la casa Richard Wolf, de Alemania y, en 1967 se dio a conocer (58) una serie de 504 exploraciones en las que la indicación fue: rotura prematura de las membranas, embarazo prolongado, hemorragias del tercer trimestre, feto muerto, hipertensión inducida por el embarazo, incompatibilidad Rh, sospecha de mola hidatiforme e hidramnios.

42. El sangrado durante y posepisiotomías y desgarros perineales fue motivo de preocupación y condujo a probar un vaso constrictor local, la fenilalanina 2-lisina 8-vasopresina, inyectado bien previamente a la episiotomía, bien después de hecha o de producirse el desgarro (59). Cinco o diez unidades de la droga, diluidas en 10 ó 20 mL de agua destilada fueron utilizadas en 49 casos antes de la incisión perineal y en 51 casos después del corte o desgarro. En relación con la pérdida sanguínea, los mejores resultados se obtuvieron cuando transcurrió más tiempo entre la inyección y la episiotomía. En dos ocasiones hubo

ascensos tensionales marcados y en cuatro hubo infección de la herida, dos de los cuales con dehiscencia.

43. Aun cuando la presencia de dos venas y una sola arteria umbilicales habían sido hallazgos autópsicos en tres fetos acardio acéfalos (60-62), la búsqueda sistemática de arteria umbilical única fue basada en 10000 cordones obtenidos de otros tantos partos consecutivos atendidos entre marzo y diciembre de 1965, para determinar su frecuencia y sus relaciones con malformaciones congénitas fetales (63), búsqueda que reveló 61 casos (0,61%) de agenesia, atresia o hipoplasia de una arteria. En la serie hubo 62 embarazos gemelares y 2 triples. En ocho hubo malformaciones congénitas (13,11%) múltiples en 3, aisladas en 5. Las múltiples abarcaron los sistemas digestivo, cardiovascular, esquelético y nervioso; las aisladas: ausencia de diafragma, anomalías vasculares, esqueléticas y articulares. Hubo 6 muertes perinatales (9,84%).

44. El papel de la incompatibilidad de cuello uterino en la etiología de abortos y partos prematuros repetidos o "habituales", así como su tratamiento mediante el cerclaje cervical, fueron enjuiciados por primera vez en 1967 (64) en 28 pacientes del Servicio de Ginecología, pacientes que tenían como antecedentes 106 embarazos que habían terminado por abortos en 69 y partos prematuros en 12 ocasiones. Después de estudios clínicos y de pruebas especiales con bujías, histero-salpingo-grafía, balones, fueron sometidos a cerclajes según las técnicas de McDonald y de Palmer, modificadas, en las semanas 14 y 16 de gestación. El resultado fue: 6 abortos, un parto prematuro y 21 partos a término (75%). Antes del cerclaje este último porcentaje había sido de 23,58%.

45. También en 1967 se investiga la influencia del cigarrillo sobre el embarazo, parto y recién nacido (65) en 735 fumadoras, comparadas con 1181 no fumadoras que parieron entre marzo de 1966 y enero de 1967. No se encontraron diferencias significativas en la duración del embarazo, frecuencia de abortos, de hipertensión inducida por el embarazo, ni de sangrados durante el mismo: se observó un ligero aumento de la rotura prematura de las membranas. Durante el parto, no hubo aumento del número de partos prematuros, ni de las intervenciones obstétricas. Sí hubo un peso fetal promedio menor en las fumadoras. La recomendación final fue: no fumar durante la gestación o fumar el menor número posible de cigarrillos.

46. La espectrofotometría del líquido amniótico en embarazadas Rh negativo fue objeto de análisis en líquidos extraídos por amniocentesis y estudiados en los laboratorios de la Cátedra de Bioquímica de la Universidad Central.

Allí se estudiaron 151 muestras de líquido amniótico provenientes de embarazadas normales Rh+ y de madres Rh negativo, sensibilizadas o no y, mediante el espectrofotómetro de Beckman se establecieron las curvas de absorción entre 365 y 530 milimicras (66).

47. La primera experiencia nacional y americana con la aspiración uterina en el aborto fue mostrada en 1967 (67) en el Quinto Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Allí se presentó la experiencia inicial en 300 casos que comprendían 227 abortos incompletos no sépticos y 60 sépticos, 7 vaciamentos uterinos por retención de huevo muerto, 5 sangrados posparto por presencia de restos placentarios y una mola hidatiforme. Se señalaron como ventajas del método: menos trauma sobre las estructuras del útero, menos perforaciones, menos dolor. Se propuso su amplio uso en reemplazo del curetaje clásico. Como consecuencia de este ensayo se publicaron luego otros dos: uno, relativo al control radiológico de la cavidad uterina después de la aspiración (68) en 118 mujeres entre 8 y 177 días pos intervención, promedio 21,8 días, en los cuales no se encontró sinequia; el segundo fue una exposición de 32 molas hidatiformes evacuadas por aspiración (69) con resultados que llevaron a la conclusión de que debía ser el método común a emplear en dicha entidad y que debía reemplazar de manera total a la histerotomía.

48. La dificultad de predecir la evolución del parto en podálica motivó la evaluación prospectiva del índice propuesto por Zatuschni y Andros, quienes asignaron una puntuación a factores tales como: paridad, edad del embarazo, peso estimado del feto (sustituido por la altura uterina), partos anteriores en podálica, dilatación del cuello y altura de la presentación. La puntuación total oscilaría entre 0 y 11. Esto fue aplicado en 1967, a 192 embarazadas que ingresaron en trabajo de parto con presentación podálica. Se hicieron 16 cesáreas (8,3%), 13 de ellas cuando las puntuaciones estaban entre 1 y 3; sólo 3 con puntuaciones de 4 o más (70).

49. El discutido y hoy olvidado cuadro de "hipoplasia uterina" fue extensamente enfocado en 1968 (71) con un apoyo en 2200 histero-salpingografías de los Servicios de Ginecología y de Esterilidad, en las cuales figuran 216 (9,82%) diagnósticos de úteros hipoplásicos. En estas pacientes investigan la coexistencia de tuberculosis genital, síndrome de Stein-Leventhal, permeabilidad tubaria y su patología, la esterilidad primaria, aborto habitual y el embarazo ectópico.

50. La inyección intrauterina, por punción abdominal de medios de contraste, para el diagnóstico de la mola hida-

tiforme fue reportada en 1968 (72) con la descripción de 8 casos en los cuales la imagen típica, "patognomónica", en "panel de abejas" no fue un signo constante; más conspicua fue la eliminación urinaria del contraste con imágenes de piel-urétero-cistogramas. Más tarde, en 1970, se acuñó el término "molagrafía" porque en la mola, generalmente, no hay cavidad amniótica (73).

51. Los resultados del tratamiento de la severa incompatibilidad materno-fetal al factor Rh, por medio de la transfusión fetal fueron comunicados en 1968 (74). Se reportaron 7 casos en los que la intervención se hizo bajo control radiográfico, previa amniografía con contraste oleoso para precisar la cavidad peritoneal del feto. Cuatro niños sobrevivieron, hubo un aborto y un feto macerado y, en el restante, continuaba el embarazo para el momento de la publicación. Para estas transfusiones fue necesario lograr la colaboración del Servicio de Radiología del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, porque el Jefe de Radiología de la Maternidad se negó a participar "en el ensayo de procedimientos agresivos". El trabajo fue llevado a cabo por un equipo (parteros, hematólogo, radiólogos y pediatras) de la Maternidad, Banco de Sangre y el mencionado Hospital Privado.

52. El australiano O.S. Heyns sostuvo, entre los años 1959 y 1963, el concepto según el que el contacto del útero en trabajo de parto con la pared abdominal era un factor importante en su duración y en el dolor percibido. Para evitar ese contacto propuso el empleo de un descompresor (aparato de Emerson-Birthesz) con el cual logró en 100 primíparas, partos en una hora, treinta minutos como promedio, desde el comienzo de la descompresión, con dilataciones cervicales de 2 a 4 centímetros, hasta la expulsión y, un 91% de alivio del dolor de 30 a 100%. El aparato fue probado en 100 parturientas de la Maternidad (75) con el siguiente resultado: 3 alivios totales del dolor, 38 que tuvieron cierto alivio pero requirieron analgesia, 6 necesitaron analgesia y las parturientas mostraron poco interés en continuar el uso del sistema, 53 fracasos totales. La conclusión fue que "la descompresión abdominal tiene poco que ofrecer como método analgésico".

53. El embarazo en adolescentes se comenzó a analizar en 1969 (76) con una muestra de 1000 gestantes menores de 15 años atendidas entre 1954 y 1958; las edades oscilaron entre 11 y 14 años, casadas 29%, analfabetas 30,6%, sin control prenatal 43,4%, primíparas 95%. Los aspectos más preocupantes fueron: presencia de hipertensión inducida por el embarazo 17,6%, partos pre término 16,17%, los cuales fueron resaltados para promover más estudios en este sector de la población venezolana. Esto se consiguió

porque originó una serie de publicaciones provenientes de varias regiones del país.

54. El equilibrio ácido-base en sangre fetal, tanto del cordón umbilical (sangre arterial) como de sangre capilar del cuero cabelludo obtenida a través del amnioscopio, durante el trabajo de parto y dentro de las 20 minutos antes del parto, fue determinado en 110 muestras de sangre funicular y 122 de sangre capilar. Los valores obtenidos fueron relacionados con la puntuación de Apgar al minuto y 5 minutos del nacimiento. En todos los casos se trataba de embarazos a término. Como resultado se obtuvo: a) en sangre del cordón, 67 coincidencias entre pH de 7,2 o más y niños en buenas condiciones, 18 con pH menor de 7,2 y niños en malas condiciones, esto es, un 76,58% de resultados concordantes; 26 casos (23,42%) discordantes: 6 con pH de 7,2 o más en niños en buenas condiciones y 20 con pH menor de 7,2 en niños en buenas condiciones; b) en sangre capilar hubo mayores discordancias, especialmente en niños con pH entre 7,15 y 7,19 (77,78).

55. La introducción del ultrasonido abrió una nueva era en medicina y en obstetricia. Iniciada con el "efecto Doppler" se amplió de manera impresionante con la imaginología ultrasónica. El "efecto Doppler" fue objeto de una publicación en 1970 (79) relativa al diagnóstico de vida fetal y para la localización de la placenta, en la cual se comentaron 200 casos en los cuales había dudas de la vida fetal por sangrados, hipertensión inducida por el embarazo, desprendimiento prematuro de placenta, sospecha de mola y en los cuales la seguridad diagnóstica fue de 99%, y 155 para precisar el sitio de implantación placentaria lo que se logró en un 93%.

56. Con el mismo fin de localizar la placenta en el útero se emplearon los radio-isótopos (albúmina humana marcado con yodo, (RI131SA) en 100 gestantes en el tercer trimestre, 28 sin sangrado y 72 con sangrado. En estos últimos se comprobaron 25 placentas previas, 6 inserciones bajas y 14 placentas insertadas altas; en los restantes no hubo precisión ni intra ni posparto del sitio de implantación. En 10 recién nacidos se hicieron controles de radioactividad tiroidea y corporal sin encontrar aumento en relación con el medio ambiente (80).

57. El funcionamiento en la Maternidad de la segunda consulta externa (más tarde Servicio de Planificación Familiar) en hospitales venezolanos, permitió un análisis (81) de 11 perforaciones uterinas producidas por dispositivos intrauterinos ocurridas hasta diciembre de 1969, sobre un total de 18 774 colocaciones. La frecuencia fue de 0,06% o de 1 x 1706. El tiempo transcurrido entre la

inserción y el diagnóstico de perforación osciló entre un mes y dos años. La no visualización del hilo del dispositivo en el cuello uterino en 8 casos, la imposibilidad de retirarlo por tracción en 2 y la observación de una falsa vía en uno, condujeron al diagnóstico o a la sospecha. Para la comprobación se recurrió al examen ginecológico (tacto vaginal y colocación de espéculo), histerometría, radiología abdominal e histero-salpingografía. En seis casos se pudo precisar el sitio de la perforación: 3 en la cara anterior y en los 3 restantes en fondo uterino, lado derecho y cuello.

58. La Escuela de Bioanálisis de la Universidad Central atraída por la gran población de embarazadas de la Maternidad y del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, diseñó un estudio de los valores de la cupremia en los tres trimestres de la gestación, comparados con los de no embarazadas con edades entre 13 y 45 años. El método escogido para su determinación sérica fue el descrito por Gubler, Lahey y col. en 1952. Sobre un total de 721 pruebas se encontraron las siguientes cifras promedio: no embarazadas 165 mg%, embarazadas en el primer trimestre 270, en segundo 317, en el tercero 348. Conclusión: hay aumento gradual del cobre sanguíneo en el curso del embarazo (82).

59. Aun cuando desde 1924 se había constatado la presencia de creatinina en el líquido amniótico y se conocían alrededor de 12 comunicaciones, no fue sino hasta 1969, y especialmente gracias a la Reunión número 17 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en Miami, cuando se iniciaron muchos estudios sobre la utilidad de la titulación de la creatinina en dicho líquido para la evaluación de la madurez fetal. La Maternidad se unió a esa corriente con resultados que fueron publicados en 1971 (83), apoyados en 282 determinaciones en 54 embarazos normales, 117 prolongados, 49 con hipertensión inducida por el embarazo, 42 con sangrados, 6 hidramnios, 3 diabéticas e iso-inmunizaciones Rh. La edad de los embarazos varió entre 27 y 41 semanas. El valor promedio de creatinina se elevó de 1,37 mg en la semana 27 a 2,86 en las semanas 40 o más; en niños que 2500 g o menos la cifra promedio fue de 1,91 y en los de 2501 y más, 2,77. No había relación clara en las patologías estudiadas.

60. El primer intento por conocer los niveles de colesterol en sangre en la población de Caracas fue publicado en 1946 (84) y no fue sino hasta 1971 cuando de nuevo la Escuela de Bioanálisis de la Universidad Central se interesó en investigar esos valores en gestantes de la Maternidad (85). Setecientas tomas de sangre fueron procesadas pertenecientes a: 100 no embarazadas, 290 gestantes en el primer trimestre, 207 del segundo y 103 del tercero.

Los valores hallados fueron como promedio: no embarazadas $202,6 \text{ mg} \pm 29,18$, con extremos entre 120 y 280, primer trimestre $190,4 \pm 48,7$, extremos 80 a 340, segundo trimestre $261,7 \pm 55,5$, límites 140 a 440, tercer trimestre $335 \pm 59,18$, con variación de 210 a 490. Las diferencias son estadísticamente significantes.

61. Detener farmacológicamente las contracciones uterinas en determinadas circunstancias fue y es un objetivo intensamente buscado. La isoxuprina y la orciprenalina fueron los primeros de tales fármacos que llegaron a Venezuela, el segundo de los cuales fue objeto de estudio en 1971 (86) en 13 parturientas con 4 o más centímetros de dilatación cervical y presentación cefálica encajada. El efecto de la droga, administrada por vía venosa, disuelta en solución glucosada al 5% en dosis de 20 a 40 microgramos por minuto, fue vigilado por medio de registro externo de las contracciones uterinas, más el control de la frecuencia de latidos cardíacos fetales mediante electrocardiografía; igualmente, se tomó sangre capilar del cuello cabelludo fetal y sangre arterial del cordón umbilical para conocer el equilibrio ácido-base. En todos los casos hubo detención inmediata de la actividad uterina. Incluso durante el período expulsivo, acompañada de la desaparición del dolor y la ansiedad. Se observó disminución de la presión diastólica, taquicardia materna a 120-140 y, en 4 casos arritmia sinusal; en 5 casos se apreció taquicardia fetal; los valores de pH sanguíneo se mantuvieron dentro de límites normales: un niño mostró una puntuación de Apgar menor de 7.

62. Lo que ocurre, obstétricamente hablando, después de una mola hidatiforme fue indagado y dado a conocer en 1973 (87). De un grupo de 297 de tales embarazos atendidos entre 1959 y 1966, 126 (42,4%) reingresaron con 218 nuevas gestaciones en lapsos que oscilaron entre 12 y 24 meses pos mola. Los 218 nuevos embarazos terminaron en la siguiente forma: abortos 53 (23,8%), 3 abortos de molas, 1 ectópico y 102 partos a término. Los hechos resaltantes fueron el aumento de la frecuencia de abortos y de enfermedad del trofoblasto.

63. En la literatura médica venezolana hay muchos trabajos sobre embarazo ectópico, pero hasta 1973 ninguno había analizado el período pos intervención quirúrgica de la entidad. Ese análisis se hizo (88) en 53 casos operados en los años 1970 a 1972, en los cuales en la primera menstruación espontánea se tomó biopsia de endometrio el primer día de la misma y se realizó histero-salpingografía después del sangrado. La primera menstruación apareció entre 20 y 52 días después de las operaciones (44 salpingectomías unilaterales y 2 bilaterales, más 7 ooforosalingectomías unilaterales). La biopsia uterina reveló 47

endometriosis secretorios y 5 proliferativos. La mayoría de las menstruaciones fueron ovulatorias. No hubo influencia del tipo de operación efectuada. Los resultados de las histerosalpingografías fueron expuestos en 1975 (89), pero ampliadas a 105 pacientes en los que se evidenció: a) en cuello uterino, 11 sinequias (10,4%), 3 cuellos anormalmente amplios y 3 pólipos; b) en cuerpo, 14 hipoplasias, 7 adenomiosis, 5 fibromiomas, 5 pólipos, 4 sinequias y 4 malformaciones, esto es un 37,1% de anomalías. Además, se reportó: vaciamiento uterino difícil en 56 casos (53,3%), trompa restante no permeable en 41 (39,04%) o con permeabilidad comprometida en 24 (22,85%).

64. En el estudio de infertilidad, la "prueba pos coito" se consideró como un requisito imprescindible para tener información relativa a la estimulación estrogénica, la calidad del moco cervical y de los espermatozoides y sus interacciones. Inicialmente, la toma de la muestra a estudiar se hacía en el fondo de saco vaginal, pero luego se propuso el análisis del material obtenido del fondo del útero, mediante cánula aspiradora o el cepillo de Ayre. La experiencia con este cepillo fue considerada insatisfactoria, por lo que se procedió a diseñar un nuevo modelo con cerdas de nylon de 5 cm de longitud fijadas a un tubo de polietileno que contiene un alambre de acero de 0,5 milímetros de diámetro, para darle la necesaria rigidez y permitir la rotación del cepillo, todo ello incluido dentro de un cilindro de plástico de 25 cm de largo por 3 de diámetro. En 110 pacientes se practicaron 2 tomas fúndicas, una por aspiración con la cánula de Jarcho y otra con el cepillo descrito. Mejores resultados se obtuvieron con el cepillo en 63,6% de los casos, que con la cánula (33,6%); además, hubo más sangrado y menos presencia de espermatozoides con la cánula (90).

65. La posibilidad de evitar sinequias uterinas pos curetajes, por medio de la introducción de un dispositivo intrauterino, tipo Lippes inmediatamente después del raspado, fue explorada en 1973 (91), en 60 mujeres en las que dos meses después de la intervención se les practicó biopsia de endometrio e histerosalpingografía. Se encontró una sinequia (1,7%), cifra ésta bastante alejada de las reportadas entre nosotros cuando no se tomaron medidas para evitarlas.

66. La interrupción del embarazo por retenciones de feto muerto en las semanas 20 a 37 había provocado serios problemas, como fracasos, dilaciones y complicaciones, aun cuando se emplearon diversos métodos, aislados o combinados. Se decidió entonces ensayar el uso de dosis elevadas de ocitocina (100 unidades en 500 mL de fluidos) en 23 de dichos casos. En 4 se trataba de primigestas, 14

habían tenido dos a siete gestaciones y 5, ocho o más. Previo estudio hematológico, especialmente orientado hacia problemas de coagulación y de valoración clínica de consistencia, situación y permeabilidad del cuello uterino, se instaló una infusión endovenosa de la citada dilución, a razón de 20 gotas por minuto. Así, se inyectaron dosis extremas de 25 a 550 unidades de ocitocina, promedio 130 mL, diluidas en 120 a 2700 mL, promedio 760, de solución glucosada; en 12 ocasiones se inyectaron 500 o menos mL. La expulsión o extracción del embarazo se logró en 21 ocasiones (91,3%) en un tiempo promedio de 9 horas, 13 minutos, con extremos entre 3 y 19 horas. En 2 casos clasificados como fracasos, las pacientes rechazaron la infusión después de 400 y 550 unidades de ocitocina, respectivamente. No se observaron las complicaciones mencionadas en la literatura; rotura uterina e intoxicación acuosa (92).

67. Los valores de inmuoglobulina (IgG) fueron determinados en sangre materna y del cordón umbilical de 85 parturientas y sus respectivos recién nacidos. Las madres eran Rh positivo con embarazos a término y con partos vaginales en 45 y por cesárea en 40. Los niveles de IgG fueron obtenidos mediante radio-inmuno-difusión y procesados, así como el análisis estadístico de los resultados en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. La edad materna, edad del embarazo, peso fetal y peso de la placenta eran comparables en los partos vaginales y en las cesáreas. En sangre materna las cifras halladas fueron: $1379,9 \pm 323,6$ en los partos vía vaginal, $1236,8 \pm 330,1$ en cesáreas. En sangre del cordón: $1522,9 \pm 301$ y $1386,7 \pm 325,9$, respectivamente. Concluye que hay niveles más altos en sangre del cordón que en la materna y que el transporte materno-fetal obedece a las contracciones uterinas (93).

68. Entre las publicaciones venezolanas sobre anencefalia no existía alguna que se ocupara de la posibilidad de su repetición en siguientes embarazos. En 1976 (94) se estudiaron las gestaciones de 156 mujeres que habían tenido un niño con esta malformación en la Maternidad en el lapso 1959-1971. En total presentaron 287 nuevas gestaciones en las que se diagnosticaron las siguientes alteraciones del sistema nervioso central: una anencefalia, una iniencefalia con hidrocefalia interna, una hidrocefalia con meningocele y una espina bífida. La frecuencia de anencefalia en un subsiguiente embarazo fue de 1,2%, mientras la frecuencia global en el lapso 1959-71 fue de 0,05%.

69. La hora del día en que ocurre el parto ha sido motivo de muchas especulaciones. Se ha escrito que la oscuridad o la luz ejercen influencia, así como los meses con más o menos luz de acuerdo con las estaciones del año y que

también influyen las fases de la luna. El ritmo horario de los partos fue registrado en 26145 mujeres con partos espontáneos (se excluyeron las inducciones, las cesáreas electivas y los partos de niños con menos de 1000 g de peso). Hubo tres momentos con el mayor número de parto: horas 1, 12 y 24, sin diferencias significativas entre ellos; la agrupación por cuadrantes reveló un predominio (27,27%) en las horas 0 a 6; en horas nocturnas parió el 50,87%, en las diurnas 49,13%, sin significancia estadística; en las primigestas la mayor frecuencia de partos se registró a las 12 horas, sin diferencias entre el día y la noche; en las multigestas, el mayor número se apreció entre 0 y 6 horas; no se observó diferencia en relación con el tipo de presentación. La conclusión fue que no hay una distribución horaria constante en los partos (95).

70. La participación de factores inmunológicos en la esterilidad fue buscada en 1977 (96) en dos de sus aspectos: a) la esterilidad masculina y b) la esterilidad femenina. Además de la rutina de exploración de 28 parejas estériles se evaluaron y determinaron: grupos sanguíneos, factor Rh, anticuerpos atípicos, pruebas de aglutinación con esperma y suero sanguíneo del esposo, así como entre suero de la mujer y espermatozoides y entre secreción cervical y espermatozoides. Se consiguió un 21,4% de autoaglutinación, 28,5% de actividad antiespermática y 25% de actividad antiespermática en el moco cervical. El tratamiento inmuno-supresor con prednisona logró 8 embarazos en 6 mujeres.

71. La evolución y las consecuencias de embarazos múltiples en úteros con cicatrices de anteriores intervenciones quirúrgicas, fueron indagadas en 232 casos atendidos entre 1947 y 1968, en los cuales las cicatrices provenían de 229 cesáreas, 2 histerorrafias y una miomectomía. En 227 había embarazos dobles y en 5, triples. El fin de las gestaciones fue por cesárea en 136 (58,62%) y por vía vaginal en 96 (41,37%). Ambos grupos eran comparables en lo que se refiere a edad, número de gestaciones y edad del actual embarazo. En el grupo de parto vaginal hubo diferencia significativa en el porcentaje de niños con menos de 1000 g de peso. Sólo hubo una (0,43%) dehiscencia uterina parcial, no perforante que fue suturada. La diferencia de morbilidad materna fue significativamente mayor en las cesáreas y dos muertes de madres ocurrieron en este grupo. No hubo diferencias en la mortalidad perinatal en niños con más de 1000 g de peso. Consideran que no hay justificación para reiterar la cesárea por el solo hecho de que exista un embarazo múltiple (97).

72. Las fosfatasa alcalinas había sido objeto de estudio, en Venezuela, desde 1950, y en sangre de embarazadas

desde 1956, pero no se las había investigado en la sangre del cordón umbilical hasta 1978, cuando en trabajo conjunto de la Maternidad y la Unidad de Perinatología del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, se las especificó en recién nacidos a término (98), con bajo peso para la edad de gestación (99) y en pre término (100). En 101 niños a término se halló un valor promedio de 4,34 unidades con rangos entre 2 y 11, y en relación con el peso fetal se constató que a menor peso mayor valor. En 66 pequeños para la edad de embarazo, una cifra promedio de 4,15 con extremos de 1,75 y 5, sin diferencias en cuanto a edad de gestación y peso. En 112 prematuros, 4,84 como promedio y 1,19 a 11 como extremos y valores más altos en niños de menor peso.

73. En 1974 un grupo médico norteamericano propuso una sencilla prueba para señalar precozmente cuáles embarazadas podrían ulteriormente presentar el cuadro clínico de hipertensión inducida por el embarazo. La prueba, denominada "roll-over-test" (traducida como prueba presora supina) se basaba en la observación de los cambios de la presión diastólica cuando la gestante, primigesta en las semanas 28 a 32 (según la proposición original), colocada en decúbito lateral izquierdo cambiaba a posición supina. Como prueba positiva para predecir el cuadro hipertensivo, consideraron un aumento de la presión diastólica de, por lo menos, 20 milímetros. El ensayo de dicha prueba en otros centros condujo a aceptaciones entusiastas (y hasta inclusión en libros de texto), no muy entusiastas y francamente negativas. En la Consulta Prenatal de la Maternidad (101) se hicieron 244 pruebas en 189 embarazadas que incluían primí y multigestas con gestaciones normales la mayoría, o con diversas patologías obstétricas o intercurrentes. El total de 244 pruebas permitió predecir sólo 4 (17,39%) de las 23 toxemias observadas; en 51 primigestas fue positiva en 20%. La conclusión fue que dicha prueba tiene porcentajes muy altos de falsos positivos y falsos negativos, no posee reproductibilidad fiable y, por tanto, no es útil para predecir significativamente la hipertensión inducida por el embarazo. Era demasiado simple para un cuadro tan complejo.

74. Fue ensayado un método de esterilización femenina que utilizaba la inyección intratubaria, por vía vaginal, por medio de cánula y dispositivo especial, de metil-cianoacrilato, en 87 múltiparas con trompas radiológicamente permeables. El producto inyectado tiene efecto necrosante y pirógeno y causa obstrucción de la luz tubaria por destrucción del epitelio. En 14% de las pacientes hubo dolor moderado a severo, transitorio, y que cedió a la ingestión de analgésicos suaves. En siete casos (9%) hubo dificultad para pasar la cánula a través del orificio cervical

interno. La histerosalpingografía posinyección mostró 58 oclusiones bilaterales, 18 oclusiones unilaterales y en 11 no se visualizaron las trompas. Se catalogó al método como "promisor" (102,103).

75. De manera sorprendente, la primera información sobre embarazo como consecuencia de una violación no aparece sino hasta 1983 (104), basada en 22 de tales hechos estudiados por el Servicio de Psiquiatría de la Maternidad en los años 1968 a 1982. La edad promedio de las víctimas fue 19,2 años, con extremos entre 12 y 31; quince (68,18%) tenían 19 o menos años y de ellas, 5 tenían 14 o menos. Dieciséis padecían de atraso mental asociado, en 6 casos, a epilepsia, síndrome Down y hemiplejía. La edad de la gestación osciló entre 9 y 42 semanas, promedio 28. En 14 ocasiones fue identificado el violador. La interrupción del embarazo se llevó a cabo en 5, en el resto hubo 2 curetajes por aborto, 8 partos normales y 4 cesáreas.

76. La rápida expansión del uso de los equipos de ultrasonido, después de la llegada a Caracas del primero de esos aparatos (Videoson de la Casa Siemens) en enero de 1974, adquirido luego por el Hospital Privado Centro Médico de Caracas. En octubre del mismo año 1974, se incorpora a la Maternidad un equipo similar y de allí emanó una serie de publicaciones. En 1983 es descrita (105) la relación entre la imagen ultrasonográfica del intestino fetal con su madurez. Cuatro tipos de imágenes fueron clasificados de acuerdo con el grado de visualización del intestino, de la peristálsis y del intestino grueso y sigmoides, en diferentes edades de gestación. El intestino tipo 4 se observó con alta frecuencia en fetos a término. Más tarde, estas imágenes se asociaron a otros elementos para integrar un índice de bienestar fetal.

77. Para enfocar la relación entre la histología del endometrio, puerperio, menstruación y lactancia, se realizaron biopsias de endometrio en 87 primíparas jóvenes a quienes se les citó para acudir al Servicio de Ginecología el trigésimo día del posparto o el primer día de la primera menstruación si ésta había ocurrido antes (106). En el día 30 del puerperio, la biopsia muestra endometritis en un 50% o bien, endometrio proliferativo o inactivo; a los 60 días hay proporciones iguales de endometrios proliferativo y secretor; a los 90 días predomina el tipo secretor y a los 120 días todos son secretores. En las que amamantaban hubo 21 menstruaciones (25%) dentro de un lapso de 150 días, mientras que en las que no lo hicieron el porcentaje fue de 66%. En el mismo lapso de 150 días, se observó ovulación en 18,2% de las lactantes y en 81% de las no lactantes. De sus datos concluyen que la lactancia retrasa la aparición de la menstruación, pero que no puede ser utilizada como medio de planificación familiar.

78. El apelonamiento intestinal fetal como signo precoz de muerte fetal fue descrito en 1986 (107), basado en la observación de 50 casos, de los cuales en 47 se había notado la ausencia de actividad cardíaca. La imagen detectada por el ultrasonido es el colapso de las asas intestinales una dentro de otra, por pérdida de movimiento y de tono. En 13 casos con 31 a 41 semanas de gestación, todos mostraron el citado apelonamiento; en 28 con 21 a 36 semanas, no se lo apreció en uno, mientras que en 9 con 16 a 20 semanas, no se lo vio en 7. Ocho casos hospitalizados permitieron comprobar que el apelonamiento se produce entre 12 a 24 horas de la muerte y es más precoz que los signos radiológicos.

79. Entre la escasa literatura venezolana sobre el síndrome Down, trisomía 21 o mongolismo figura una contribución muy especial (108) relativa al estudio de 98 niños con diagnóstico clínico del síndrome que nacieron en la Maternidad entre enero de 1983 y diciembre de 1986, de una población de 108 628 recién nacidos. La edad promedio de las madres de esos niños fue de 28,7 años, con extremos entre 16 y 48, 50 estaban entre 16 y 30 y 47 entre 31 y 48, 18 embarazos eran de 36 o menos semanas, 33% eran primigestas. La patología más frecuentemente presente (12,3%) fue la hipertensión inducida por el embarazo. Hubo un 15% de presentaciones podálicas. El parto terminó por vía vaginal en 78 y por cesárea en 5. El peso promedio fetal fue de 2774 g con extremos de 1300 y 4220; 35 niños pesaron 2500 o menos; hubo predominio del sexo femenino (62,2%). La mortalidad neonatal fue de 17,3% (16 muertes). En 24 hubo malformaciones asociadas.

80. Las imágenes ultrasonográficas del cuello uterino con cáncer invasivo (22 casos) y neoplasia intraepitelial (2 casos) fueron analizados en pacientes de la Consulta de Ginecología de la Maternidad (109). En todos los casos se apreció un cuello grueso, irregular, hiperecoico con parametrios refrigentes, aun cuando en las neoplasias intraepiteliales el aumento de la refrigencia paracervical fue discreto. Además, el ultrasonido permitió detectar lesiones metastásicas en hígado y páncreas, así como hidronefrosis en otras dos mujeres. Sugieren el uso del ultrasonido para planificar la terapia.

81. Conjuntamente con el Laboratorio de Bioenergética Celular del Centro de Biofísica y Bioquímica del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, se realizó un estudio relativo al flujo del calcio a través de la membrana plasmática de eritrocitos, promedio de la determinación de la actividad de la ATPasa, en 6 pre-eclámpticas y en 6 embarazadas normales, seguidas durante cuatro meses, con un total de 36 pruebas. Se encontró una marcada y

estadísticamente significativa disminución de dicha actividad en las pre-eclámpticas (110).

82. La anticoncepción mediante implantes subdérmicos de levonorgestrel se comenzó a utilizar en 1991 y la primera comunicación basada en 86 casos fue publicada en 1992 (111). La edad promedio de la población estudiada fue de 23 años, con extremos entre 15 y 36; el 89,53% (77 mujeres) había usado otros métodos contraceptivos. En el control a los seis meses de colocado el implante se constató un aumento de la duración de los ciclos menstruales y de la cantidad de sangre, un 10,98% de sangrados intermenstruales y 26,83% de amenorreas no gravídicas, cambios estos atribuibles a la acción del progestágeno solo.

83. Con la colaboración del Instituto de Inmunología de la Universidad Central y del Instituto de Venereología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se realizó, en 1000 parturientas de la Maternidad, una pesquisa del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) y de sífilis en sangre venosa materna y sangre del cordón umbilical. Ambas muestras de sangre fueron sometidas al método ELISA (controlado con Western Blot cuando hubo positividad persistente al primero) y a la prueba VDRL (controlada con FTA-ABS en los casos positivos) (112). La edad promedio de las parturientas fue 26,19 años, con extremos entre 13 y 44; 296 tenían 19 o menos años; solteras 694; primigestas 372; con una sola pareja 633; factores de riesgo para SIDA existían en el 9%. Como resultados: 5 pruebas ELISA reactivas pero que dieron negatividad al Western Blot; 23 VDRL positivas en sangre materna, comprobadas por FTA-ABS en 7, y 7 en recién nacidos comprobadas por FTA-ABS en 4, esto es ningún caso de SIDA, 0,7% de sífilis en madres y 0,4% en neonatos.

84. La posibilidad del diagnóstico del embarazo ectópico por medio de las determinaciones séricas de creatinina fosfo quinasa fue explorada (113) en 80 mujeres, divididas en cuatro grupos de 20 cada uno, que tenían los siguientes diagnósticos: sospecha de embarazo ectópico, aborto incompleto, embarazo con huevo muerto retenido y embarazo normal menor de 12 semanas. Los valores medios obtenidos, expresados en unidades internacionales por litro, fueron: 40,46 en los ectópicos confirmados, 37,3 en abortos incompletos, 32,75 en huevos muertos y 38,91 en las gestaciones normales, sin diferencias significativas entre ellos. Tampoco hubo diferencias relacionadas con la edad del embarazo. Estos resultados no apoyan la hipótesis según la que el daño muscular de la trompa producido por el trofoblasto aumenta los niveles de la creatinina fosfo quinasa.

85. La práctica sistemática de la histerectomía en las desuniones de la cicatriz uterina en el posoperatorio inmediato de cesáreas condujo a una elevada morbimortalidad por sépsis, por lo cual se decidió ensayar un tratamiento conservador que consistió en: resección de los bordes necróticos de la herida uterina, resutura en un plano, drenajes con succión continua en cavidad del útero, fondo de saco vaginal posterior y región parieto-cólica, antibioterapia y uso de ocitócicos. Así fueron tratadas 26 pacientes que permanecieron hospitalizadas seis días como promedio, En 25 la evolución fue satisfactoria, una requirió histerectomía por persistencia de la sépsis. Los controles ultrasonográficos posteriores, al mes y dos meses mostraron normalidad pélvica (114).

II REPORTE DE CASOS

1. Dehiscencia de cicatriz uterina de cesárea anterior, comunicada en 1941 (115). Tercer embarazo, 27 años, con antecedentes obstétricos de un aborto de 9 semanas y una cesárea por eclampsia el 11 de febrero de 1939 en la Maternidad. La incisión uterina fue vertical, segmento corporal. Se extrajo niño de 1750 g de peso que muere el tercer día de nacido. Posoperatorio sin problemas. Reingreso el seis de abril de 1940 con tercer embarazo y contracciones uterinas irregulares, poco dolorosas. Luego se instala cuadro abdominal doloroso, acompañado de náuseas y escalofríos, defensa abdominal más acentuada en fosa ilíaca derecha, leucocitosis (12.700). Una radiografía muestra feto en situación transversal alta. Con diagnóstico de rotura uterina y peritonitis se hace laparotomía y se encuentra: desunión total de la cicatriz uterina, feto muerto junto a placenta en la cavidad abdominal, hemorragia. Histerectomía supravaginal, drenaje. El relato de este caso ocupa el primer lugar en las publicaciones de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

2. En 1924, el inglés J.A. Willett ideó una pinza larga que, en el extremo proximal de cada rama, tenía una zona estriada con salientes agudos para hacer presa en el cuero cabelludo fetal, permitir la tracción, el descenso de la cabeza y la compresión sobre la placenta previa sangrante. Para aumentar y mantener la tracción y la compresión se añadía a la pinza algo que pesase alrededor de un kilogramo. Este llamado “método de Willett” fue empleado en una parturienta en malas condiciones por sangrado abundante producido por placenta previa central parcial, en la que se pensó que no toleraría una intervención quirúrgica abdominal. Además, el feto estaba ya muerto. En vez de la pinza original de Willett, se colocaron dos pinzas de Musseux. Se logró la detención de la hemorragia, la extracción del feto y la sobrevida materna (116).

3. El vaciamiento mediante histerotomía de una voluminosa mola hidatiforme fue realizado el 27 de septiembre de 1943, en gestante de 17 semanas con sangrado y dolores desde 8 días antes, cuello uterino largo y cerrado, anemia (2 millones de hematíes). La punción uterina transabdominal señaló la ausencia de líquido amniótico. La reacción biológica de embarazo (prueba de Friedman en conejas), hecha con líquido céfalo raquídeo fue positiva. A través de histerotomía vertical se extrajo el tejido molar y se revisó el útero. Hubo confirmación histológica del diagnóstico. No hubo complicaciones (117).

4. La rara malformación congénita clasificada como acardio acefalia, holo acardio acefalia u holo acardio fue objeto de estudio en 1944 y 1945 (60,118) y, en esta última publicación se describen ampliamente las características de la anomalía en una tercigesta que ingresa con hidramnios, disnea de decúbito, embarazo gemelar no diagnosticado previamente, ni con radiografía abdominal. La rotura artificial de membranas da salida a cinco litros de líquido amniótico, seguida luego de la expulsión de un primer feto, hembra con un peso de 1859 g; se constata la presencia de un segundo feto en podálica, descrito como “feto monstruo, sin cuello, sin cabeza, con rudimentos de miembros superiores representados por dos pequeños muñones que terminan en dos breves apéndices en forma de dedos... Los pies se hallan en forma de pie varo”. La autopsia reveló agenesia de órganos torácicos, de estómago, hígado, páncreas suprarrenales y órganos genitales.

5. Otra rara anomalía fue dada a conocer en 1947 (119): un epignato, que cursó en secundigesta de 20 años que ingresa con hidramnios y foco fetal dudoso. La inducción del parto con pituitrina más calcio y la inyección intraamniótica ulterior de suero salado hipertónico, logró la expulsión de un niño de 1400 g que muere poco después de nacido. Desde el fondo de su boca emergía y se exteriorizaba una masa tumoral, cuyo estudio histológico demostró ser un segundo feto.

6. La autopsia de un recién nacido prematuro mostró la presencia del *Toxoplasma gondii* en varios de sus órganos; en otros dos casos las lesiones halladas eran similares a las del niño anterior, pero no se pudo comprobar el parásito. Así que. El hallazgo citado es la primera descripción en Venezuela de toxoplasmosis congénita (120).

7. Un ano vestibular, ubicado muy cerca de la horquilla vulvar fue observado y publicado en 1952 (121). Era una tercigesta, 0 para (2 abortos anteriores), de 17 años de edad, examinada por primera vez en la semana 28, cuando se aprecia el orificio anal casi dentro del área genital, “los

labios vulvares mayores se continúan insensiblemente con los bordes del ano". Hospitalizada 10 días antes del parto; se practica cesárea electiva el 27 de noviembre de 1951 porque se pensó que, dada la delgadez del tabique recto vaginal, el parto por vía natural podría producir graves lesiones. Se obtuvo un niño normal de 2550 g.

8. También en 1952 se comunicó una observación de prolapso uterino en una recién nacida, hija de mujer de 24 años, quintigesta con 4 hijos normales. Ingresa en trabajo de parto, feto en presentación podálica; expulsa niña de 3150 g y 51 cm de talla en la que se aprecia: prolapso uterino, espina bífida abierta, hidrocefalia y deformidades de los pies. Muere el 9° día por cuadro séptico (122).

9. Un interesante caso de desprendimiento anular del cuello fue dado a conocer igualmente en 1952 (123). La parturienta era una octigesta de 44 años quien, en el transcurso de un trabajo prolongado, expulsa la zona inferior del útero incluido el cuello uterino con una dilatación de 5 cm, edema y cianosis. La extracción del feto se efectúa dos horas más tarde mediante fórceps en occipito transversa derecha. El niño pesó 3550 g.

10. Otra anomalía congénita rara fue diagnosticada y publicada en 1953 (124): un feto con sirenomelia, simpodia, simpus o simelia. Las características físicas y radiológicas permitieron clasificarlo como simpus dipus, por tener evidencias radiológicas de dos piernas presentes fusionadas; había 7 dedos presentes en los pies. Nació muerto y pesó 1700 g. La autopsia demostró: agenesia de recto, ano, pene y próstata; los testículos estaban en la cavidad abdominal y los riñones eran poliquísticos.

11. En 1954 se describe un embarazo ístmico cervical a término (125) en una segundigesta de 29 años, en trabajo de parto con el antecedente de una cesárea por hipertensión inducida por el embarazo en gemelar. Por detención de la dilatación cervical, que no pasa de dos cm, se repite la cesárea, en la que se nota: útero deformado que, después de extraído el feto, sangra abundantemente sin contraerse, por lo que se realiza histerectomía supracervical. El estudio de la pieza demostró adherencia anormal y circular de la placenta en la zona inferior del útero. En el posoperatorio hubo absceso en el muñón cervical, Niño y madre fueron dados de alta en buenas condiciones.

12. En 1954 ingresa a la Maternidad, en período expulsivo, una septigesta con embarazo a término según su último período menstrual. Poco después nace una niña viva de 1500 g de peso; se produce procidencia de un segundo cordón umbilical por lo que se practica versión por

maniobras internas y se extrae un varón vivo de 1000 g; constatación de un tercer feto en situación transversa que también es extraído por versión interna, natimuerto, 800 g de peso, extensa espina bífida abierta, anomalías de los pies y dos cabezas lateralmente adosadas. Se trataba de un embarazo cuádruple con dos de los niños incompletamente separados (126).

13. El empleo frecuente de amniografías, feto y molagrafías permitió en 1970, diagnosticar por primera vez en el mundo, una hernia diafragmática fetal (127) en una segundigesta que es estudiada en la semana 37 por curva de tolerancia glucosada anormal e hidramnios. La amniografía mostró asa intestinal en el tórax. El niño, expulsado dos días después, tenía labio leporino con hendedura palatina y hernia diafragmática, comprobada mediante radiografía de tórax. La hernia fue operada con éxito, así como, ulteriormente, el defecto facial.

14. Un carcinoma de células planas en cuello uterino fue descrito en 1977 (128) en una mujer de 48 años, con antecedente de 8 partos, que consulta, en enero de 1975, por flujo sanguinolento con mal olor desde 6 meses antes; el examen ginecológico revela un pólipos cervical de 3 x 3 cm que, extirpado y estudiado histológicamente fue clasificado como carcinoma de células claras. Este diagnóstico condujo a histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral y resección de porción superior de vagina. Al mes de la intervención regresa por induración en lado derecho de vagina: extirpación quirúrgica seguida de quimioterapia. Un año después se aprecia tumor en tabique recto-vaginal. Radioterapia. Muerte en abril de 1976.

15. Un raro tipo de tumor ovárico, un mesoblastoma; fue publicado en 1979 (129). La paciente era una primigesta de 24 años con gestación de 38 semanas, hidramnios y preeclampsia, sometida a operación cesárea durante la cual se observó ascitis (más o menos 400 mL) y tumor ovárico derecho de 15 x 15 c. En el posoperatorio presentó disnea producida por la ascitis. Mediante paracentesis se extrajeron 8 litros de líquido hemorrágico. Laparotomía, extirpación del tumor, biopsia del ovario izquierdo y omentectomía. Se inició quimioterapia con metotrexate. El diagnóstico histológico fue: tumor del seno endodérmico del ovario derecho y teratoma quístico benigno del ovario izquierdo. Nueve meses más tarde es intervenida de nuevo por tumor parauterino izquierdo y tumor de la herida operatoria (aponeurosis y músculos). El tumor parauterino resultó ser una metástasis. Tratamiento con quimio y radio. Seis meses después está exenta de tumor, pero se ignora su evolución anterior.

16. Una observación de ascitis fetal transitoria fue documentada en 1983 (130). Cuartigesta con 30 semanas de embarazo referida a la Maternidad por hidramnios y posible malformación congénita. El ultrasonido revela imágenes de ascitis y asas intestinales distendidas, además del aumento del líquido amniótico. Otros exámenes detectan niveles bajos de alfa-feto proteínas en suero sanguíneo materno y en el líquido amniótico. El control un mes más tarde indica desaparición de la ascitis. En la semana 39 pierde líquido amniótico e inicia trabajo de parto y a las 5 horas se produce el parto de un varón de 2460 g con Apgar de 4 y 6 al minuto y 5 minutos, respectivamente. Presenta: tórax excavado, piel arrugada y ausencia parcial de músculos abdominales; luego, dificultad respiratoria y opacidad en hemitórax derecho. Muere el segundo día. Diagnóstico: síndrome "prune-belly".

17. El diagnóstico prenatal ultrasonográfico de labio leporino fue reportado en 1984 (131) en una septigesta, quintípara, referida para estudio por retardo del crecimiento intrauterino. Un primer ecosonograma indicó hidramnios e imágenes abdominales compatibles con anomalías intestinales y/o renales. Siete días más tarde se hizo feto-amniografía que reveló la anomalía facial. Parto normal de una hembra de 1070 g, que nace en malas condiciones y muere 10 minutos después. Autopsia: labio leporino izquierdo, atresia del duodeno, quiste del uréter derecho, riñón en herradura y malformación cardíaca.

18. Otro diagnóstico prenatal ultrasonográfico fue el de hidrocefalia y espina bífida (132) en segundigesta, primípara, enviada para estudio por amenorrea, ventrículos cerebrales muy dilatados, escaso tejido cerebral y espina bífida lumbar. La interrupción del embarazo con prostaglandinas vía muscular, produjo parto de una niña de 1700 g que nace en malas condiciones y muere 9 horas después. Autopsia: meningocele lumbo-sacro, hidrocefalia, riñón derecho poliquístico y útero unicornes.

19. En 1986 se hizo el diagnóstico ultrasónico prenatal de holoprosencefalia (133) en una tercigesta, segundípara con gestación de 31 semanas, enviada por altura uterina por encima de lo normal para la edad de amenorrea. El ultrasonido detectó: hidramnios, cabeza fetal grande, imagen negativa en todo el cráneo, escaso parénquima cerebral, ausencia de ventrículos laterales. Interrupción del embarazo, parto vaginal previa céfalo centesis, de feto muerto de 2230 g. Autopsia: ausencia de globos oculares, hidrocefalia comunicante, cardiopatía, hipoplasia pulmonar.

20. Dos casos de síndrome de Meckel-Gruber fueron diagnosticados prenatalmente (134) mediante ultrasonido.

En el primero, cuartigesta, primípara, había elevadas cifras de alfa-feto proteínas en suero y líquido amniótico (cariotipo 46XY); en ultrasonido: cabeza fetal pequeña con encefalocele occipital, riñones grandes y poliquísticos, fémur arqueado. Interrupción del embarazo, feto muerto, 1200 g. Autopsia: además de los hallazgos ultrasónicos, polidactilia, hipoplasia de vejiga, uréteres y pulmones. En el segundo, octigesta cuartípara. Ultrasonido: riñones poliquísticos en herradura, polidactilia en manos y pies. Interrupción de la gestación, feto muerto, 1500 g. Autopsia: encefalocele occipital, hiperterolismo, hipoplasia de pulmones, cardiopatía, malrotación intestinal, riñones poliquísticos.

21. Un primer reporte de tumor trofoblástico del lecho placentario fue publicado en 1990 (135). Era una cuartigesta, primípara (dos cesáreas y un parto vaginal de feto muerto entre las dos cesáreas). Ingresa en trabajo de parto y, por sus antecedentes se practica tercera extracción fetal por vía abdominal, se obtiene niño de 3000 g; se encontró dificultad en el período placentario. En el posoperatorio hay sangrado vaginal abundante que ameritó transfusión y que no cede a la inyección endovenosa de ocitocina. Con diagnóstico de placenta accreta se realiza histerectomía. El examen histológico del útero revela abundantes células sincitio trofoblásticas alargadas, fusiformes, con núcleos picnóticos irregulares, infiltradas en el miometrio y vasos sanguíneos.

22. Una primigesta de 18 años de edad, con embarazo de 42 semanas, no controlado, ingresa en trabajo de parto e hidramnios (2500 mL), expulsa varón de 1350 g, con Apgar 4 a los 5 minutos, dificultad respiratoria, muerte a la hora de nacido. Autopsia: pulmón derecho rechazado hacia la pared torácica izquierda por una masa quística en mediastino posterior derecho, de 7 x 4 cm, en cuyas paredes se identificó tejido intestinal (136).

23. La rara existencia de osificación del endometrio fue comprobada en mujer de 51 años con antecedentes de 10 partos y un aborto con curetaje. Fue portadora de un dispositivo intrauterino durante varios años. Menopáusica desde un año antes de su consulta por sangrado genital de 6 semanas de duración. La biopsia de endometrio indicó: "fragmentos de estroma endometrial denso, celular, mostrando en la superficie, revestimiento epitelial cilíndrico pseudo estratificado, bajo el cual se observaron fragmentos de tejido óseo" (137).

24. En 1992, se comunicó el primer caso de embarazo ectópico ampular no roto, tratado médicamente con metotrexate (138). La descripción fue: mujer de 33 años con

historia de salpingectomía izquierda por embarazo ectópico roto, que es admitida por amenorrea de 6 semanas, dolor pélvico y sangrado vaginal escaso. El ultrasonido reveló gestación tubárica derecha, sin embrión visible. La laparoscopia confirmó la presencia del embarazo extrauterino. Se le administra metotrexate: 5 miligramos por vía venosa más 10 mg oral durante 4 días. Los controles ultrasónicos y de gonadotrofinas séricas fueron realizados cada 3 días; los primeros (4 en total) demostraron el colapso de la vesícula embrionaria y su disminución progresiva hasta su desaparición; los segundos, un descenso de 440 mUI/mL iniciales a niveles no detectables quince días después. Una histerosalpingografía practicada tres meses después del egreso evidenció útero y trompa derecha con aspecto normal. Seis meses postratamiento la paciente presenta embarazo normal de 10 semanas.

25. Malacoplaquia, “forma poco frecuente de inflamación granulomatosa crónica”, fue observada en una mujer de 33 años, con historia obstétrica de 3 partos y 5 abortos, así como de cistitis recurrentes y de conización de cuello uterino por neoplasia intraepitelial. Consulta por dolor pélvico. En el examen ginecológico se encuentra: dolor en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, más útero grande y doloroso. En el ultrasonido: fibromiomatosis uterina. Laparotomía: fibromiomatosis, tumor en ovario izquierdo y apéndice flegmonosa. Histerectomía total, ooforosalingectomía izquierda, resección en cuña en ovario derecho, apendicectomía. La histología de la masa anexial izquierda mostró “inflamación aguda con formación de absceso rodeado por un infiltrado granulomatoso constituido por una gran cantidad de macrófagos espumosos, tipo van Hanseman, algunos con inclusiones intracelulares referidas como cuerpos de Michaelis y Guttman” (139).

III

Hay un tercer grupo de publicaciones, comentadas a continuación, que tienen una primacía discutible por haber sido sus datos reconocidos y dados a conocer, total o parcialmente, previa o simultáneamente, sin que se pueda establecer en este último caso, cuál fue realmente primero:

1. La linfogranulomatosis (o enfermedad de Nicolas-Favre, o de Durand-Nicolas-Favre, poradenitis, bubón tropical o climático, cuarta enfermedad venérea) había sido objeto de publicaciones en Venezuela desde 1924 (140); sin embargo, el estudio de la Maternidad del año 1943 (141) es el primero en referirse a esta enfermedad en embarazadas;

2. Igual ocurre con la púrpura hemorrágica, la cual se conoce entre nuestras publicaciones desde 1917 (142).

Aquí también, la observación de la Maternidad en 1947 (119) parece ser la primera relacionada con el embarazo;

3. La práctica de la ligadura de la vena cava inferior, iniciada en la Maternidad en 1951 (143) fue simultánea con otras tres comunicaciones en las que se la realizaba por insuficiencia cardíaca o tromboflebitis;

4. La exanguinotransfusión neonatal por incompatibilidad al factor Rh, con severa anemia (4 g de hemoglobina y 14% de hematocrito), realizada el 28 de julio de 1951 con el dispositivo de Tzanck, logró una recuperación total del recién nacido (144). Había sido precedida por una intervención similar en un adulto palúdico (145);

5. Vólvulos intestinales habían sido descritos en Venezuela desde 1885 (146). El de la Maternidad (147), en 1951, aparentemente es el primero asociado a embarazo;

6. Un estudio sobre la serotonina en el embarazo apareció en 1962 (148), seguido de otro más amplio (149), pero en el primer trabajo hay una referencia a una publicación de 1961 (150) relativa a la intradermorreacción con serotonina en pacientes, hombres y mujeres no embarazadas, con diversas patologías hospitalizadas en el Hospital Vargas de Caracas;

7. En 1964 aparece una excelente revisión sobre hepatitis y embarazo (151) que sirvió para trabajo de incorporación a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela y que estuvo basado en 13 hepatitis virales diagnosticadas y tratadas en la Maternidad; pero, en el mismo año hay otra publicación con el mismo título (152) y, dadas las irregularidades cronológicas de las revistas médicas venezolanas, es imposible establecer la prioridad;

8. Leucemia y embarazo fue un tema abordado en 1973 (153) apoyado en la observación de 4 casos. En el texto se afirmó no haber “..encontrado publicaciones nacionales sobre el tema”; sin embargo, hay que mencionar que, en Venezuela, hay contribuciones desde 1919 y que, específicamente de leucemia y gestación hay una de 1943 (154), aun cuando existe la duda de que se tratase de material venezolano, porque los autores trabajaban en Curazao y publicaban en Venezuela;

9. La neurofibromatosis había sido comentada desde 1925 (155), pero los dos casos asociados a embarazo dados a conocer en 1977 (156) fueron los primeros de la literatura nacional;

10. Un síndrome de Cushing en embarazadas fue expuesto en 1981 (157). Entre nosotros, desde 1952 se han analizado

aspectos del síndrome sin relaciones con gestación y, en el relato de la observación de la Maternidad se menciona uno similar pero no publicado;

11. Los resultados de la exploración craneal de recién nacidos mediante ultrasonido, fueron relatados en 1983 (158). El material del estudio estuvo integrado por 180 exploraciones en 45 niños a término y 100 pretérmino. En el mismo año se presentaron imágenes encéfalo-ultrasono gráficas de un lactante con hiperlipidemia y hemorragia intraventricular, así como de ecoencefalografía fetal (159);

12. Hallazgos histológicos de la hipófisis en 782 autopsias de embarazadas y puerperas fueron descritos en 1983 (160). Desde 1926 se conocen en Venezuela los neoplasmas de dicha glándula (161);

13. La evolución de un embarazo en una paciente con hipotiroidismo congénito fue reportada en 1987 (162). El tema del hipotiroidismo ha sido estudiado aquí desde 1937 (163);

14. La relación porfiria intermitente aguda y embarazo fue revisada, a propósito de un caso, en 1999 (164). Allí se afirmó: "Es de hacer notar que no se encontraron publicaciones a nivel nacional sobre este tema"; no obstante, hemos encontrado dos aportes (165,166) aun cuando no relacionados con embarazo;

15. También en 1999 se escribió sobre cordocentesis con presentación de 30 casos (167). En sus referencias no citan una revisión de los procedimientos invasivos realizados bajo ultrasonido en perinatología (168).

DOCENCIA

Desde su apertura al público, la Maternidad fue el asiento de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Universidad Central de Venezuela, puesto que dicha Cátedra y sus Profesores, Leopoldo Aguerreverre y Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, fueron trasladados desde el Hospital Vargas de Caracas, en donde se clausuró su Sala de Obstetricia. Hasta 1956, la enseñanza de pregrado en Caracas se hizo exclusivamente en la Maternidad Concepción Palacios.

Además de las pasantías de pregrado, protagonizadas por los estudiantes del quinto año de medicina, la Maternidad instaló un Internado con estudiantes seleccionados del sexto año que entró en funciones al abrirse el Hospital. Los Internos del lapso 1942-43, solicitaron a las autoridades del mismo la realización de "cursos de capacitación obstétrica". La petición fue atendida y así, la Maternidad inició en Caracas y en el país, los cursos de "capacitación"

o de "perfeccionamiento", como se les llamó luego. La Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela saludó la idea en los siguientes términos: "Curso de Capacitación Obstétrica. Actualmente se realiza en la Maternidad Municipal "Concepción Palacios", un Curso Libre de Capacitación Obstétrica. Este Curso se ha llevado a la práctica por petición especial del Grupo de Internos de la Maternidad, y ha sido dictado por el Cuerpo de Profesores, Jefes de Servicio y Adjuntos de aquella Institución. Este hecho lo registramos gozosamente pues vemos en él, una naciente preocupación por la Obstetricia, que en la mente de nuestro estudiante, no pasaba de ser una ligera pesadilla en el mes de julio" (169).

El Curso efectuado en 1948 en los meses de marzo a mayo constó de un programa que puede leerse en la citada Revista (170). Estos Cursos duraron hasta 1958.

En 1951 comenzaron los Cursos para Graduados llamados también, como los anteriores, de "Perfeccionamiento" y, a partir de 1965 de "Actualización", que han permanecido hasta ahora, organizados en los últimos tiempos por la Sociedad de Médicos de la Maternidad. Los Directivos del Hospital, el Servicio de Investigaciones y diversas Comisiones fueron los responsables de los primeros Cursos.

El citado Primer Curso para Graduados de 1951 fue anunciado en los siguientes términos: "La Dirección de la Maternidad "Concepción Palacios" participa que en el próximo mes de Marzo de 1951 se realizará el Primer Curso de Perfeccionamiento Obstétrico para Graduados, con un programa teórico-práctico que será publicado próximamente" (171). Efectivamente, el programa completo de conferencias magistrales y teórico-prácticas y de trabajos en el maniquí, a desarrollarse de abril a junio, así como la lista de los inscritos apareció en el Boletín de la Maternidad. El Secretario del Curso fue Carlos Nouel (172). Se inscribieron 22 médicos, de los cuales 16 cumplieron a cabalidad. Citaremos sus nombres: Vicente Dispolo Natrella, Samuil Cofman, Armando Gianconi, Guillermo Rasquin, Rafael <Michelena, Carlos Kann, Bartolomé Zunino, Alberto Obadía, Vicente Gravina, Ismael Flores Bello, Gustavo Pinedo, Angela Acevedo, Tomás Bueno, Luis Leamus, Miguel Lollet y José Urbano.

Este Curso fue el núcleo inicial de los Cursos de Posgrado de Obstetricia (más tarde de Obstetricia y Ginecología) en Venezuela. A ello se agregó el hecho de que diversos organismos (Junta de Beneficiencia del Distrito Federal, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y otras entidades) otorgaron becas para pasantías en la Maternidad, cuya duración aumentó progresivamente de uno a los tres años actuales. Para 1958 el Curso estaba ya estructurado con: clases teóricas y prácticas, guardias en Sala de Partos, pasantías por Servicios de embarazadas y puerperas, etc.

En 1960-61, la Dirección de la Maternidad, su Servicio de Investigaciones, junto con la Cátedra de Clínica Obstétrica, comenzaron conversaciones con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, para lograr el reconocimiento universitario del Curso, hasta entonces exclusivamente dirigido por la Maternidad. Este reconocimiento no se logró sino hasta años después. Detalles de esta solicitud pueden leerse en el libro "Historia de la Maternidad Concepción Palacios" (173).

REFERENCIAS

1. Nearly 50 000 deliveries a year. *Contemporary Ob/Gyn* 1974;3(6):68-91.
2. Agüero O, Torres JI. 40 años de historia (1938-1978). Caracas: Prensa Venezolana de Miguel Angel García e hijo; 1978.
3. Primeros resultados de una encuesta en la Maternidad Municipal de Caracas. *Rev Sanidad Asist Social* 1939;4:152-174.
4. Gil Yépez C. Cardiopatías y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1942;2:1-8.
5. Gil Yépez C. Bloqueo auricular completo y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1943;3:1-6.
6. Gutiérrez Alfaro PA, Graterol Monserrate J, Escalona L. Un nuevo método de pelvimetría radiológica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1942;2:141-152.
7. León-Ponte O, Agüero O. Análisis de 105 cesáreas segmentarias con incisión transversal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1946;6:201-227.
8. Isaac JM. Contribución al estudio de la operación cesárea segmentaria intraperitoneal con incisión arciforme del útero. *Anales Col Méd Carabobo* 1946;3:3-33 y 4(3):34-37.
9. Agüero O. Estudio clínico de la involución uterina posparto. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1943;3:7-18.
10. Torres JI. La versión por purgante y enema en las presentaciones podálicas y transversas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1943;3:115-125.
11. Torres JI. Versión por purgante y enema. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1946;6:142-154.
12. Rivero A. Malformaciones congénitas: análisis de 1000 necropsias consecutivas de abortos, natimuecos y recién nacidos. *Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría*. Tomo III. Caracas: Editorial Grafolit; 1994. p.109-120.
13. Paz Silva H. Gigantismo fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1943;3:157-197.
14. Domínguez Sisco R, Agüero O. Extracción manual de la placenta y alumbramiento hidráulico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1945;5:17-32.
15. Agüero O. Ergonovina endovenosa en el prealumbramiento. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1945;5:201-214.
16. Rojas González A. El tartrato de ergobasina en el prealumbramiento. *Bol Hosp*. 1945;44:261-311.
17. Yáber M. Reacción de Friedman con el líquido raquídeo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1945;5:175-181.
18. García Arocha H, De Venanzi F, Cartaya JA. Investigación sobre el estado de nutrición protídica de la madre y el niño en el Distrito Federal. *Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría*. Tomo IV. Caracas: Editorial Grafolit; 1945. p.137-143.
19. Cartaya JA. Estudio comparativo de la protidemia en la madre y en el recién nacido. *Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría*. Tomo IV. Caracas: Editorial Grafolit; 1945. p.145-163.
20. De Venanzi F. Algunas investigaciones sobre el estado de nutrición proteica durante los primeros días de la lactancia. *Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría*. Tomo IV. Caracas: Editorial Grafolit; 1945. p.165-201.
21. Agüero O. Las grietas de los pezones y su profilaxis. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1948;8:26-33.
22. Gutiérrez Alfaro PA, Agüero O, Aurrecoechea JM, Calcaño J. Etiopatogenia y conducta terapéutica en el aborto de repetición y en el parto prematuro. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1949;9:9-20.
23. Calcaño J. Cesárea segmentaria con incisión arciforme suprapúbica. *Bol Mater Concepción Palacios* 1949-50;1:6-10.
24. Calcaño J. Incisión de Pfannenstiel modificada en cesáreas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952;12:157-164.
25. Viso R, Domínguez Gallegos A, Alliegro F. Roturas uterinas suturadas. *Bol Mater Concepción Palacios* 1949-50;1:265-267.
26. Agüero O, Kízer S. Suture of the uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1968;21:806-810.
27. Agüero O, Kízer S. Obstetrical prognosis of the repair of uterine rupture. *Surg Gynecol Obstet* 1968;127:528-530.
28. Agüero O. Función vesical en el posparto. *Bol Mater Concepción Palacios* 1952;3:47-50.
29. Agüero O. Esterilización quirúrgica en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952;12:307-323.
30. De Vicente R, Gavaller B, Agüero O. Actividad ovárica fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952;12:324-339.
31. Agüero O. Temperatura basal y comienzo del trabajo de parto. *Bol Mater Concepción Palacios* 1952;3:91-94.
32. Campos Giral H, Benítez I. Influencia de la vitamina B-1 en el trabajo de parto. *Bol Mater Concepción Palacios* 1953;4:161-165.
33. Nouel C, Agüero O. Our experience with the crystallization test of the cervical mucus. *Proceeding First World Congress Fertil Steril*. Tomo I. México: Talleres Editorial JUS; 1954. p.631-637.
34. Zerpa E, Gavaller B, Agüero O. La placenta en toxemias del embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1954;14:42-64.
35. Agüero O. Pronóstico fetal en las toxemias del embarazo. *Primer Congreso Internacional Ginecol Obstet*. Tomo I. Ginebra: Librairie de l'Univetsité, Georg y Cie. S.A.; 1954. p.911-917.
36. Pittaluga JR, Viso RA, Monroy T. Uso clínico de la dihidroergotamina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1954;14:100-105.
37. Agüero O, Marcano Rivas A, Marcano Guzmán H, Bracho J. Pitocin diluido endovenoso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1954;14:647-668.
38. Salcedo Bastardo S. Un tratamiento estético para los abscesos del seno. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1955;15:292-304.
39. Agüero O. Hierro endovenoso en anemias del embarazo y puerperio. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1955;3:7-14.
40. Layrisse M, Agüero O. Hierro sérico en embarazadas y puérperas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1956;16:175-189.
41. Agüero O, Lugo T. Fibrinógeno en pacientes obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1956;16:191-197.
42. Agüero O, Villagra D. Rotura del seno marginal de la placenta. *Acta Méd Venez* 1956;4:95-99.
43. Agüero O, Sucre Figarella A. Rupture du sinus marginal du placenta. *Ginecol et Obstet* 1961;60:101-105.
44. Agüero O, Layrisse M. Megaloblastic anemia of pregnancy in Venezuela. *Am J Obstet Gynecol* 1958;76:903-908.
45. Agüero O, Romero Murillo A. Pronóstico fetal en inducciones por embarazo prolongado. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1959;19:307-312.

46. Ascanio Escobar R. Prueba de la sensibilidad uterina a la ocitocina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1960;20:650-653.
47. Sucre Figarella A. Consecuencias fetales de las hemorragias del final del embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1961;21:741-768.
48. Moreno Romero J. Significación clínica del líquido meconial durante el trabajo de parto. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1962;22:131-167.
49. Moreno L. El cuello uterino durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:21-77.
50. Ziliani M. Algunas consideraciones sobre dos casos de arritmia cardiaca fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:397-408.
51. Genatios C, Barrios C de. La iso-cítrico-deshidrogenasa sérica en el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:677-687.
52. Toro Alayón E, Rovero C de. Determinación sérica de deshidrogenasa málica en el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:689-701.
53. Guaderrama A, Toro Alayón E. La deshidrogenasa láctica sérica en el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:703-715.
54. López JF, Matute de López A, Hernández Castellanos E. Determinación de la deshidrogenasa láctica y de la transaminasa glutámico-oxaláctica en el líquido céfalo raquídeo. *Acta Cient Venez* 1962;13:16-19.
55. Palacios Romero R. La actividad de la fosfo glucosa-isomerasa sérica durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1969;29:425-438.
56. Zubillaga I, Osorio O. Amenorrea-galactorrea. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:509-523.
57. Agüero O, Aure M, López Mendoza R. Hysteroscopy in pregnant patients. A new diagnostic tool. *Am J Obstet Gynecol* 1966;94:925-928.
58. Agüero O, Aure M, López Mendoza R. Histeroscopia en embarazadas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1967;27:111-128.
59. Segovia J, Fleitas F. La fenilalanina 2-lisina 8-vasopresina como vasoconstrictor en heridas obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1966;26:751-758.
60. Will G. Los acardios y sus modalidades. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1945;5:59-80.
61. Will G. Dyscardius amorphus. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1947;7:198-209.
62. Gavaller B. Un caso raro de acardio. *Bol Mater Concepción Palacios* 1954;5:52-60.
63. Segovia J. Anomalías vasculares del cordón umbilical. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1967;27:421-457.
64. Moreno Romero J. Incompetencia cervical. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1967;27:311-339.
65. Kizer S. Influencia del hábito de fumar sobre el embarazo, parto y recién nacido. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1967;27:595-643.
66. Celli Arcella B. La espectrofotometría del líquido amniótico en el manejo de la paciente isoimmunizada al factor Rh. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1967;27:701-724.
67. Agüero O, Aure M. Aspiración uterina en diversas formas del aborto. *Ginecol Obstet México* 1967; 22: 1311-1320.
68. Agüero O, Aure M, Zigelboim I. Control histiográfico de la aspiración uterina. *Ginecol Obstet México* 1970;28:13-27.
69. Agüero O, Aure M. Aspiración uterina en la mola hidatiforme. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1971;31:417-425.
70. Zigelboim I, Castellanos R, Franco G. Índice pronóstico del parto podálico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:25-38.
71. Azócar Espín B, Santana Gallegos G. Evaluación clínica y radiológica de la hipoplasia uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968; 28:247-290.
72. Agüero O, Zigelboim I. Amniografía en la mola hidatiforme. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:291-304.
73. Agüero O, Zigelboim I. Fetography and molegraphy. *Surg Gynecol Obstet* 1970;130:641-651.
74. Linares J, Brandt Pacheco F, Agüero O, Banch F, Morillo Atencio M. Transfusión in útero en eritroblastosis fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:565-587.
75. Agüero O, Castellanos R, Miquelena de Soto E. Abdominal des-compression. A method of obstetric-analgesia. *Am J Obstet Gynecol* 1968;100:924-925.
76. Castellanos R, Agüero O, Franco G, Moreno Guarache LE. Estudio sobre mil adolescentes menores de 15 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1969;29:65-75.
77. Ziliani M, Aller J, Agüero O. Equilibrio ácido-base fetal durante el trabajo de parto. Sangre arterial umbilical. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1969;29:411-416.
78. Ziliani M, Aller J, Agüero O. Equilibrio ácido-base durante el trabajo de parto. Sangre capilar. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1969;29:417-424.
79. Ziliani M. Aplicación del efecto Doppler (ultrasonido) en obstetricia para el diagnóstico de vida fetal y para la localización de la placenta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1970;30:47-63.
80. Agüero O, Castillo Castillo G, Zigelboim I, Ott G. Localización isotópica de la placenta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1970;30:67-78.
81. Merchán López D, Uzcátegui O, Szczedrin W, Zambrano O. Perforación uterina por el uso de intrauterinos como anticonceptivos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1970;30:391-408.
82. Billi de Labrador FP. Contribución al estudio de la cupremia en distintos períodos de la gestación normal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1970;30:695-735.
83. Agüero O, Zigelboim I. Creatinina en el líquido amniótico y madurez fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1971;31:69-77.
84. Pinto Sifontes FJ. La colesterinemia normal en la población de Caracas. *Publicaciones de la Fundación Biogen* 1946;5:195-251.
85. Calzadilla CM. Estudio comparativo de los valores de colesterol sérico en gestantes y no gestantes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1971;31:197-200.
86. Ziliani M, Aller J. Action of orciprenaline on uterine contractility during labor, maternal cardiovascular system, fetal heart rate, and acid-base balance. *Am J Obstet Gynecol* 1971;109:1073-1079.
87. Agüero O, Kizer S. Pronóstico obstétrico de la mola hidatiforme. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:53-57.
88. Azócar Espín B. Fisiología del período pos-embarazo ectópico tubario operado. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:112-118.
89. Azócar Espín B. Importancia de la histerosalpingografía en pacientes operadas de embarazo ectópico tubario. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35:395-403.
90. Aroldi Fontana R. El cepillado endometrial. Nuevo método de toma fúndica en el test postcoital. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:305-323.
91. Maneiro P, Zambrano O, Moreno Romero J, Torrealba J. Profilaxis de la sinequia uterina mediante un dispositivo intrauterino postco-retaje. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:325-328.
92. Agüero O. La inducción del parto o aborto con dosis elevadas de ocitocina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:521-528.
93. Turmero JA. Antibody transfer during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1974;119:486-491.

ALGUNAS CONTRIBUCIONES PRIMICIALES

94. Agüero O, Kízer S. El pronóstico obstétrico de la anencefalia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:47-53.
95. Zighelboim I, Maneiro P, Jiménez Villegas E, Perera J, Villalobos N. Hora de parto. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:617-630.
96. Linares J, Aure M, Cova A. Aspectos inmunológicos espermáticos de la esterilidad conyugal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977; 37:233-245.
97. Agüero O, Kízer S. Embarazo múltiple en útero cicatricial. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:347-351.
98. Faneite Antique O. La fosfatasa alcalina en el neonato a término: parámetro de madurez. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:211-214.
99. Faneite Antique P. La fosfatasa alcalina en el neonato pequeño para la edad gestacional: parámetro de madurez. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:215-217.
100. Faneite Antique P. La fosfatasa alcalina en el neonato prematuro: parámetro de madurez. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:218-220.
101. Agüero O, Cárdenas Conde L. Prueba presora supina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1981;41:55-60.
102. Zighelboim I, Szczedrin W. Clinical experience with radiopaque methyl cyanoacrylate. En: Zatushni GI, Shelton JD, Goldsmith A, Sciarra JJ, editors. *Female transcervical sterilization*. Filadelfia: Harper & Row; 1983. p.205-211.
103. Zighelboim I, Szczedrin W, Espinoza Y, Hurtado F, Tang F. Un nuevo método no cruento de esterilización femenina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:51-54.
104. Guzmán A, Mata Vallenilla J, Ortega R. Violación y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:79-86.
105. Ziliani M, Fernández S. Correlation of ultrasonic images of fetal intestine with gestational age and fetal maturity. *Obstet Gynecol* 1983;62:569-573.
106. Moreno Romero J, Saulny de Jorges J, Jorges A, Vargas M, Muro E, Reuman W. Evaluación histológica del endometrio durante el puerperio. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:25-30.
107. Ziliani M. Apelotonamiento intestinal: un signo ultrasónico temprano de muerte fetal. *Ultrasonido en Med* 1986;2:25-28.
108. Kízer S, Cabrera C. El embarazo y el parto en los recién nacidos con síndrome de Down. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1987;47:153-157.
109. Saulny de Jorges J, Jorges A. Utilidad del ultrasonido en el cáncer del cuello uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988;48:33-36.
110. Nardulli Fernández F, Proverbio G, Proverbio F, Limongi FG, Marín R, Proverbio T de. Preeclampsia y actividad de Ca²⁺-ATPasa en eritrocitos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:24-27.
111. Szczedrin W, Szczedrin V. Anticoncepción sistémica con implantes subdérmicos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52:219-226.
112. Haro N, González M, Rolla C. Infección por virus de inmunodeficiencia humana y lúes materno fetal. *Gac Méd Caracas* 1994;102:17-23.
113. Diz Salgado E, Fraga Fernández F, Cabrera C, Fígallo Barvuzano K, Suárez Santana MM, Meneses Guevara M. Creatinina fosfoquinasa en el diagnóstico del embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1998;58:165-168.
114. Romero E, Díaz Bolaños J, Duque F, Morales J. Dehiscencia del segmento uterino. Tratamiento conservador. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1998;58:169-174.
115. Borjas A, León-Ponte O. Ruptura uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1941;1:6-8.
116. Scarioffo P. El empleo de la pinza de Willett. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1941;1:17-18.
117. Domínguez Sisco R, Zamora Pérez R, Agüero O. Caso de mola hidatiforme tratada por histerotomía abdominal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1943;3:139-146.
118. Will G. Contribución al estudio de los acardio acéfalos. Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. Tomo III. Caracas: Editorial Grafolit; 1944. p.79-91.
119. Will G, Agüero O. Ilustraciones obstétricas. Caracas: Editorial Grafolit; 1947. Fotos 11 y 11 y 11-A.
120. Gavaller B. Toxoplasmosis humana en Venezuela. Presentación de los primeros tres casos congénitos. *Arch Venez Patol Trop Parasitol Méd* 1950;2:265-296.
121. Agüero O. Ano vestibular. *Bol Mater Concepción Palacios* 1952;3:3-5.
122. Gavaller B. Prolapso uterino en recién nacida. *Bol Mater Concepción Palacios* 1952;3:123-126.
123. Michelena R. Desprendimiento anular del cuello. *Bol Mater Concepción Palacios* 1952;3:151-153.
124. Zerpa E. Symphodia. *Bol Mater Concepción Palacios* 1953; 4: 103-108.
125. Marcano Guzmán H, Páez Pumar JI. Embarazo ístmico-cervical a término. *Bol Mater Concepción Palacios* 1954;5:4-7.
126. Bracho J. Diprosopus en embarazo múltiple. *Bol Mater Concepción Palacios* 1954;5:123-126.
127. Agüero O, Zighelboim I. Intrauterine diagnosis of fetal diaphragmatic hernia by means of amniography. *Am J Obstet Gynecol* 1970;107:971-972.
128. Jiménez Villegas E, Alezard Garías LE, Reuman W, Moreno Romero J. Carcinoma de células claras del cuello. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:525-529.
129. Jiménez Villegas E, Moreno Romero J. Mesoblastoma de ovario. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1979;39:24-27.
130. Cohen R, Zapata L. Diagnóstico de ascitis fetal transitoria por econografía. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:199-202.
131. Saulny de Jorges J, Ziliani M, Morante A, Berroterán O. Diagnóstico prenatal de labio leporino por ultrasonido. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:49-51.
132. Saulny de Jorges J, Berroterán O, Ziliani M, Morante A. Diagnóstico in útero de hidrocefalia y espina bífida. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:188-191.
133. Saulny de Jorges J, Azuaga A, Carrillo A, Turmero J, Ziliani M, Paiva S. Diagnóstico prenatal de holoprosencefalia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:147-149.
134. Cohen R, Zapata L. Diagnóstico prenatal del síndrome de Meckel-Gruber. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1987;47:63-67.
135. Reumann W, Rodríguez Viloría RE, Roa G, Cabrera C, Piñeiro P, Silveira M. Tumor trofoblástico del lecho placentario de útero. Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:35-37.
136. Paiva S, Brik C, Celis H, Cabrera C. Quiste entérico congénito del mediastino. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51:47-49.
137. González M, Jiménez Villegas E, Reumann W, Acosta L. Osificación endometrial. Primer caso en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51:51-53.
138. Terán Dávila J, Turmero JA, González Páez L. Uso del metotrexato en el tratamiento del embarazo ectópico no roto. Reporte de un caso. *Gac Méd Caracas* 1992;100:305-307.
139. Paiva S, Meneses M, Ramos MG, González L. Malacoplaquia del tracto genotal femenino. *Gac Méd Caracas* 1995;103:182-184.
140. De Bellard EP, Uribe C. Contribución al estudio de la poradenitis inguinal subaguda en Venezuela. *Gac Méd Caracas* 1924; 32: 100-108.

141. Marcano Guzmán MO. Influencia de la enfermedad de Nicolas-Favre sobre el embarazo, el parto y el producto de la concepción. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1943;3:126-138.
142. Páez FR. Caso de púrpura hemorrágica de probable origen palúdico. *Gac Méd Ciudad Bolívar* 1917;4:53-56.
143. Domínguez Gallegos A. Ligadura de la vena cava inferior por tromboflebitis pélvica y de ambos miembros inferiores. *Bol Mater Concepción Palacios* 1951;2:6-12.
144. Layrisse M, Sucre A, Agüero O, Wallis H. Eritroblastosis fetal tratada por exsanguino transfusión. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952;12:56-67.
145. León A, Leal Colmener M. Exsanguino-transfusión en un caso de anuria de origen palúdico. *Bol Hosp.* 1951;50:75-94.
146. Ayala A. Oclusión intestinal. Vólvulo. Curación. *Unión Méd* 1885;5:66-69.
147. Agüero O, Domínguez Gallegos A, Gavaller B. Vólvulo intestinal y embarazo. *Bol Mater Concepción Palacios* 1951;2:103-106.
148. Zighelboim I. Ensayo con la intradermoreacción con serotonina en 100 toxemias gravídicas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1962;22:521-526.
149. Zighelboim I. Dosisificación del ácido 5-hidroxi-indol-acético durante la gestación. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:157-221.
150. Trompiz G, Wuani H, Zighelboim I. Ensayo de una intradermoreacción con serotonina. Estudio en 232 casos. *Fol Clín Internacional* 1961;11:3-7.
151. Vargas A. Hepatitis y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:121-151.
152. Pifano F, Saldivia de Jiménez L. Hepatitis y embarazo. *Tribuna Méd* 1964;2(55)1:6-8.
153. Pereira Parra F, Cova A, Linares J, Soto Sánchez R. Leucemia y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:223-248.
154. van der Sar A, Hartz Ph H. Leucemia y embarazo. *Rev Policlín Caracas* 1943;12:325-339.
155. Perdomo Hurtado B. Sobre un caso de neurofibromatosis generalizada o enfermedad de von Recklinghausen. *Rev Med Cir Caracas* 1925;8:263-269.
156. Zighelboim I, Bronstein M, Colmenares PP, Rodríguez LG. Neurofibromatosis de von Recklinghausen y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:399-405.
157. Zubillaga I, Alcubilla O, Marcano Rivas A, Zapata L, Adrián O, Padua A. Síndrome de Cushing y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1981;41:55-60.
158. Morante A, Berroterán O, Saulny de Jorges J, Ziliani M. Evaluación ecosonográfica craneal en recién nacidos de alto riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:149-155.
159. Rivas-Santiago A. Reporte de casos. Ultrasonidos en Med 1983;1:43-66.
160. Febres Balestrini F, Weber A, Herrera J, Terán Dávila J, Alezard L, Agüero O. Patología hipofisiaria en obstetricia. Evaluación posmortem. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:117-121.
161. Izquierdo J. Un caso de neoplasma de la hipófisis observado en Caracas. *Rev Med Cir Caracas* 1926;9:31-33.
162. Carlini R, Añez de Contreras Z, Febres Balestrini F, Gutiérrez O, Terán Dávila J. Hipotiroidismo primario y embarazo. Presentación de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1987;47:91-93.
163. Dávila Celis E. El hipotiroidismo endémico en el Distrito Dávila del Estado Mérida. *Bol Ministerio Sanid Asist Social* 1937;1:15-18.
164. Fajardo J, Blanco MF, Perdomo E, Meléndez F. Porfiria intermitente aguda y embarazo. Caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999;59:137-139.
165. Dessene J, Machado Gh. Porfiria aguda intermitente. *Acta Méd Venez* 1966;7:136-142.
166. Peña Cobo LG. Porfiria. *Rev Fund Vargas* 1986;10(1):24-28.
167. Sierra Mass I, Tavares F, González F, Paravisini I, Magnelli A, De Abreu L. Cordocentesis y perfil biofísico en el diagnóstico de bienestar fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999;59:229-235.
168. La Manna R, Barrantes W, Guevara F, Hernández C, Gil E, Brandt J. Procedimientos invasivos dirigidos por ultrasonido en el área perinatólogica. *Ultrasonidos en Med* 1992;8:39-42.
169. Curso de capacitación obstétrica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1942;2:30.
170. Cursillo obstétrico dictado en la Maternidad "Concepción Palacios" para los Internos de la misma y estudiantes del 6º año. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1948;8:66-67.
171. Curso de Perfeccionamiento Obstétrico para Graduados. *Bol Mater Concepción Palacios* 1949-50;1:329.
172. Programa para el Primer Curso de Perfeccionamiento para Médicos. *Bol Mater Concepción Palacios* 1951;2:58-60.
173. Agüero O, Sánchez Carvajal MA, Torres JI. Historia de la Maternidad Concepción Palacios. Caracas: Tipografía LUX, S.A.; 1963.

Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos

Dr. Gidder Benítez Guerra*, Brs. Alejandra Peña**, Denise Peña**.

* Profesor Asistente. Cátedra de Clínica Obstétrica "A".

** Estudiante de Cuarto año. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina UCV.

RESUMEN

La violencia de género tiene lugar en casi todas las culturas y en todas las escalas sociales y la mayoría de las veces ocurre en el hogar. Se trata de un problema de salud pública debido al impacto negativo que ejerce sobre la salud, la morbilidad y la mortalidad de las mujeres. Se describen tres casos de violencia doméstica durante el embarazo atendidos en el Hospital Universitario de Caracas entre 1997 y 2002.

Palabras clave: Violencia. Violencia de género. Embarazo.

SUMMARY

Gender violence is present in all the cultures and social scales and occur more frequently at home. It is a public health problem, due to the negative impact over women's health, morbidity and mortality. We present three cases of gender violence during pregnancy, attended in the Hospital Universitario de Caracas since 1997 at 2002.

Key words: Violence. Gender violence. Pregnancy

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno globalizado caracterizado por una situación que rompe los límites de la persona y que se puede manifestar en el plano psicológico, físico, económico y político entre otros (1,2).

La naturaleza de la violencia que padecen las mujeres comprende 4 modalidades: física, sexual, psicológica y económica (3).

La violencia basada en el género, ocurre con mayor frecuencia en el seno de la familia. La violencia intrafamiliar es un problema social, que afecta importantes sectores de la población y trasciende los aspectos raciales, religiosos, educacionales, económicos y, es considerada un problema de salud pública (3-6).

Por definición, la violencia intrafamiliar es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia (1-4).

Dentro de la violencia intrafamiliar existe otra modalidad más específica, denominada violencia contra la

mujer, que es definida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como: "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; así mismo, la amenaza de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada" (3-5).

La violencia doméstica es una discriminación contra la mujer, originada en las relaciones de jerarquía y poder entre los géneros masculino y femenino, en las cuales a la mujer se le ha asignado culturalmente una posición subordinada (4,7).

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades, pero con frecuencia es reconocida y aceptada como parte del orden establecido; de esa forma, la mujer se encuentra en una situación de indefensión encubierta por la intimidad y privacidad de la vida familiar (4,8).

En Venezuela la violencia contra la mujer está tipificada como delito pero no por eso deja de practicarse (8) y muchos casos no son denunciados por miedo o vergüenza. Durante el embarazo, la violencia doméstica puede tener un efecto negativo importante sobre la salud materno - fetal con incremento de la morbimortalidad y configura lo que se conoce como abuso prenatal; el cual es para muchos

Recibido: 09-07-04

Aceptado para publicación: 02-09-04

niños, el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen la muerte prematura y el abandono del hogar (9-11).

Se presentan los resultados perinatales de tres casos de violencia doméstica durante el embarazo atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas.

PRIMER CASO: Paciente de 21 años de edad, IIG, IP, con embarazo de 33 semanas + 2 días, quien consultó por haber sido herida con un arma blanca en la región periumbilical, durante una discusión con su hermana mayor.

EXAMEN FÍSICO: PA: 100/60 mmHg, FC: 80x', FR: 18x'. Abdomen globoso, altura uterina: 30 cm, feto único, situación longitudinal, posición derecha, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal: 140x', dinámica uterina ausente. Herida corto penetrante en región periumbilical izquierda, defensa voluntaria a la palpación profunda.

TACTO: omitido.

Bajo anestesia general inhalatoria se realizó laparotomía media infraumbilical ampliada con los siguientes hallazgos: herida penetrante en pared anterior del cuerpo uterino, de 1 cm, con sangrado abundante y salida de líquido amniótico.

Se realizó cesárea segmentaria obteniendo recién nacido femenino vivo, que pesó 2.205 g y midió 46 cm, sin lesiones. Se efectuó la rafia de la herida y se revisó la cavidad abdominal sin evidencia de lesiones vasculares o intestinales. Recibió oxacilina (1 g c/6 h) y toxoide tetánico.

La evolución posoperatoria fue normal, egresando a las 72 horas.

SEGUNDO CASO

Paciente de 19 años de edad, IIG, IP, con embarazo no controlado de 20 semanas quien consulta posterior a sufrir herida por arma blanca en hipogastrio, durante una disputa con su hermana mayor.

EXAMEN FÍSICO: PA: 120/70 mmHg, FC: 100 x', FR: 20 x'. Abdomen globoso, herida longitudinal de 1cm, localizada en hipogastrio a 4 cm del borde superior de la sínfisis del pubis, sin evidencia de sangrado; útero gestante, AU: 21cm, frecuencia cardíaca fetal no audible, actividad uterina ausente, dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.

TACTO: Vagina normal, cuello uterino largo, posterior, cerrado.

ECOSONOGRAMA: Embarazo simple de 20 semanas, vitalidad fetal conservada. Bajo anestesia general inhalatoria se realizó laparotomía media infraumbilical con los si-

guientes hallazgos: herida corto penetrante que interesa todas las capas de la pared abdominal. No se evidencian lesiones uterinas, vesicales o intestinales. Se realizó síntesis de la herida. Recibió oxacilina (1g c/6 h) y toxoide tetánico.

La evolución posoperatoria fue normal y egresó a las 72 horas, referida a control prenatal.

TERCER CASO

Paciente de 32 años de edad, III G, I P, I A, con embarazo gemelar monocorial biamniótico de 26 semanas, quien ingresó por presentar traumatismos múltiples, al ser agredida por su esposo.

EXAMEN FÍSICO: PA: 90/50 mmHg, FC: 110x', FR: 28x'. Regulares condiciones generales, palidez cutáneo – mucosa acentuada, fascies álgida, hematomas múltiples en extremidades superiores, inferiores y abdomen. Abdomen grávido, altura uterina 29 cm, frecuencia cardíaca fetal: 160 x' (feto 1) y 120 x' (feto 2), ruidos hidroaéreos ausentes, dolor intenso a la palpación superficial y profunda, signo de Blomberg positivo.

ESPÉCULO: Cuello uterino posterior, orificio cervical externo rasgado, no se observó salida de líquido amniótico ni sangrado.

TACTO: Vagina normal, cuello uterino posterior, permeable a un dedo en todo el trayecto, membranas ovulares integras.

LABORATORIO: Glóbulos rojos: 2.370.000 x mm³, Hemoglobina: 6 g/dL, hematocrito: 18,9%, plaquetas: 176.000 x mm³, glóbulos blancos: 11.700 x mm³, neutrofilos: 85,9%, linfocitos: 10,1%, monocitos: 3,6%, eosinofilos: 0,3%, basófilos: 0,1%.

ECOSONOGRAMA: Embarazo gemelar bicorial biamniótico de 26 semanas. Vitalidad fetal conservada. Bajo anestesia general inhalatoria se realizó laparotomía media infraumbilical ampliada, con los siguientes hallazgos: hemoperitoneo 1 000 cm³, lesión esplénica grado I en cara externa y seis desgarros en el mesenterio, ninguno sangrante.

Se realizó lavado de cavidad abdominal. Permaneció 2 días en la Unidad de terapia intensiva, recibió transfusión de concentrado globular y medidas de soporte.

Fue trasladada al Servicio de Obstetricia con tratamiento a base de cefazolina (1 g c/6h), indometacina (100 mg c/6h). Una semana después presentó contracciones uterinas y ruptura espontánea de membranas, se realizó conducción del trabajo de parto obteniendo recién nacido masculino de 1.000 g y 37 cm y femenino de 1.100 g y 38 cm en presentación podálica, ambos sin signos vitales. Se realizó revisión bajo anestesia y legrado uterino con cureta de Pinard. Cinco horas después la paciente egresó contra opinión médica.

DISCUSIÓN

La prevalencia de la violencia doméstica es subestimada y no refleja el valor real, porque es subnotificada y subregistrada. Entre 16 y 52% de las mujeres a nivel mundial experimentan violencia física por parte de sus compañeros y, al menos una de cada 5 mujeres es objeto de violencia o intento de violencia durante su vida (2-4).

En la mayoría de los casos, la violencia ocurre dentro del hogar, el cual tiene carácter privado y no es factible de debates o estudios. Sólo cuando las lesiones son de tal gravedad que ponen en peligro la vida de la mujer, se hace evidente la situación de violencia. Entre 1997 y 2002 fueron atendidas 25 705 pacientes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas y de estas, solo tres correspondieron a casos de violencia intrafamiliar, esto representa un 0.01 % y es expresión del subregistro.

Según cifras del Instituto Nacional de la Mujer, en el año 2003, nueve de cada 10 mujeres agredidas fueron atacadas dentro de su hogar y del total de lesionados atendidos en los centros de salud, 40% fueron mujeres agredidas en el hogar (8).

Los tres casos descritos ocurrieron en el hogar; en los dos primeros el agresor fue una mujer en relación de poder (hermana mayor) y la lesión ocurrió durante riñas en las cuales estaban involucradas las pacientes. En el tercer caso el agresor fue el cónyuge. Steen y Hunskaar (12) en una evaluación de 1 680 casos reportaron que 354 mujeres (21%) fueron agredidas por hombres y 59 (4%) por otra mujer.

Mundialmente una de cada 4 mujeres es maltratada durante el embarazo (5), las consecuencias de la violencia incluyen aumento del tabaquismo, mayor riesgo de aborto, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, colestásis intrahepática, parto pretérmino, bajo peso al nacer, muerte fetal y materna (7,9-11).

En los dos primeros casos descritos en el presente trabajo, las pacientes sufrieron heridas corto – penetrantes en el abdomen. Este tipo de heridas puede interesar al útero grávido y eventualmente al feto, ello depende del sitio de la lesión y la edad de gestación durante la cual ocurre.

En el primer caso, la herida interesó el útero, pero no produjo lesión fetal; en el segundo caso, sólo comprometió la pared abdominal y en el tercero hubo lesión visceral y posteriormente ocurrió la pérdida del embarazo. En esta última paciente se observó una conducta extremadamente dependiente de su pareja, con un acentuado sentimiento de culpa y justificación de las lesiones sufridas.

Son múltiples las razones que mantienen relaciones abusivas, entre ellas el temor a represalias, preocupación por los hijos, dependencia económica, falta de apoyo de familiares y amigos y la esperanza de que la pareja cambie (5).

Para la mayoría de las mujeres maltratadas, los trabajadores de la salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecerle apoyo e información. Por lo tanto, es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos y enseñarles como introducir a las pacientes en el tema, como formular las preguntas y reconocer lesiones, alteraciones y conductas sugestivas de violencia en el hogar (2-4,9).

A nivel internacional se están incorporando ginecobstetras en ésta área del cuidado de la mujer, desarrollando proyectos que involucren a las universidades, sociedades científicas y los entes gubernamentales, con el objetivo de aplicar las herramientas que permitan la detección, tratamiento y prevención del problema (2-4,9,13,14).

REFERENCIAS

- Herrera J. Violencia cerca a los venezolanos. El Universal 2002 Sept 15; Cuerpo 4:6 (col1).
- Ferrer Pérez V, Bosh Fiol E. Gender violence and mysogyny: Psychosocial reflections about an explicative factor.[serial on line] 2000 [cited 2004 may 29]. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/vilencia_bosch_ferrer_2html.
- Sánchez V. Día internacional contra la violencia de género. [serial on line] 2003 nov 25. [cited 2004 may 30]. Disponible en: http://www.rnwnl/informarn/html/soc031125_violenciadegenero.html.
- Aliaga P, Ahumada S, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68:75-78.
- Para acabar con la violencia contra la mujer. Population Reports (serie L – 11)1999;27: 1-8.
- WHO. Report reveals economic costs of interpersonal violence [serial on line] 2004 jun 9 [cited 2004 jun 13]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr40/en>
- Galavís D. Mujer, Medicina y Sociedad. Primera edición. Caracas: Cronotip; 1981.
- Davies V. Violencia con maquillaje y falda. El Nacional 2003 Ago 17; Cuerpo A: 14 (col 2).
- Valdez R, Sanin L. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pùb Mex 1996;38:352-362.
- Arcos E, Urac M, Molina I, Repposi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev Med Chil 2001;129:1413-1424.
- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. Obstet Gynecol 1999;93:661-666.
- Steen K, Hunskaar S. Gender and physical violence. Soc Sci Med 2004;59:567-571.
- ACOG: Domestic violence: Educational Bulletin N° 257, December 1999. Int J Gynecol Obstet 2000;71:79-87.
- Zapata L. Reporte del taller Pre-Congreso sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos. Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62:292-293.

*Dirección: Calle Cristóbal Rojas, entre Manuel Díaz Rodríguez y Lazo Martí, Edificio "Leticia", piso 2, apartamento 18, Santa Mónica, Caracas.
• Teléfonos: 693 88 85, 0414 236 9812
e-mail: gbenitez@reacciun.ve*

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
La SOGV informa que la siguiente obra se encuentra disponible
en nuestra biblioteca a la orden para su consulta:

**TRATADO DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA
Y MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN**

Autor: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
Director: Luis Cabero Roura
Edición: Año 2003

SOBRE LA OBRA

La Ginecología y la Obstetricia han sufrido en los últimos años importantes cambios tanto doctrinales como técnicos, y han incorporado un gran número de aspectos nuevos. Algunas de las novedades destacadas son: la consideración del feto como un verdadero paciente, la atención especial a la mujer postmenopáusica, el cáncer ginecológico como un importante campo de estudio y terapia efectiva.

Colaboran en ella más de 250 especialistas, casi la totalidad de catedráticos, jefes de servicio y líderes de opinión españoles. Se han invitado también a profesionales latinoamericanos de reconocido prestigio.

Consta de 223 capítulos y un CD-ROM incluyendo 5 anexos (protocolos asistenciales, documentos de consenso, consentimientos informados, cartera de servicios e indicadores de calidad) que no sólo interesan y satisfacen las necesidades de los profesionales ya formados, sino que resultan un potente instrumento de referencia para los médicos residente y estudiantes de medicina.

Duplicación intestinal a nivel cecal: a propósito de un caso

Drs. María I. Palmero, Susana León, Carmen Bhuedo, Hermelinda Rodríguez.

Departamento de Pediatría. Maternidad "Concepción Palacios"

RESUMEN

El caso que nos ocupa, trata de un pre-escolar, masculino de 3 años y 4 meses, con diagnóstico prenatal de megacolon congénito. Permaneció hospitalizado por 2 semanas para descartar patología obstructiva intestinal, y se diagnosticó talasemia menor. Durante sus 3 años de vida, presenta descompensaciones desde el punto de vista hematológico: anemia, rectorragia y necesitó 4 hospitalizaciones por disminución de los valores de hemoglobina a 5 g/L. En su última hospitalización, se evidencia abdomen distendido y masa palpable a nivel del área paraumbilical derecha. Después de practicar ecosonograma, tomografía axial computarizada y gammagrama, se decide realizar laparotomía exploradora y se evidencia duplicidad intestinal a nivel cecal. Se realiza resección intestinal a nivel íleo-cecal (no se visualiza divertículo de Meckel) y anastomosis íleo-cólica, término-terminal. El paciente permanece hospitalizado por 15 días, con evolución clínica satisfactoria.

Palabras clave: duplicación del tubo digestivo. Quistes entéricos

SUMMARY

This case shows a boy 3 years, 4 month old with prenatal diagnosis of congenital mega colon. Hospitalized for 2 weeks, studies showed no intestinal pathology, but he has a minor thalassemia. During his 3 years of age he had several crises of anemia and rectal bleeding and needed 4 hospitalizations due to low hemoglobin level of 5 gr/L. During his last hospitalization, the abdomen was distended and a mass was palpable in the right paraumbilical area, after practicing roentgenographic studies, required laparotomy that showed Intestinal duplication at caecum level. Ileocecal resection was performed, followed by end to end, ileo-colon anastomosis. Meckel diverticulum neither was nor present. The patient remains hospitalized for 15 days with good evolution.

Key word: Intestinal duplication. Enteric cystic

INTRODUCCIÓN

Las duplicaciones entéricas, son lesiones congénitas poco frecuentes, que pueden desarrollarse en cualquier parte del intestino. Su forma puede ser tubular o quística, constituidas por una pared de músculo liso y un revestimiento de mucosa normal (1). Con una incidencia de 2/10000 (2) pueden ser intramurales compartiendo una pared muscular común o extramurales, que son menos frecuentes (3). Pueden localizarse en cualquier porción del tubo digestivo, desde la base de la lengua hasta el recto, siendo el íleon la zona más afectada (4). El quiste está revestido de epitelio y rodeado de músculo liso, una capa circular interna y una longitudinal externa, esta última puede continuarse con la

muscularis propia del intestino (5).

La etiología no se ha dilucidado completamente, se cree que puede ser la persistencia de conducto vitelino, encarcelación del intestino embrionario y más probablemente comunicación del canal neuroentérico (5,6). En vista de que las duplicaciones constituyen entidades poco frecuentes en la edad pediátrica, es necesario conocerlas y establecer en diagnóstico con otras formaciones quísticas para plantear una pauta médico-quirúrgica adecuada. El objetivo del trabajo, es presentar un caso clínico y discutir los aspectos de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Pre-escolar, masculino de 3 años y 4 meses, producto de madre I gesta, 0 para, embarazo simple a término,

Recibido: 09-07-04

Aceptado para publicación: 02-09-04

controlado, antecedente de infección urinaria (primer trimestre con tratamiento, sin urocultivo) y megacolon congénito. Madre y recién nacido ORh+. Tiempo total de parto 7 horas, ruptura de membranas 7 horas, líquido claro con grumos, parto instrumental por expulsivo prolongado. Apgar de 5, 7 y 9 puntos, pesó 2.990 g, talla 48 cm, perímetro cefálico 34 cm. Ingresa al Servicio de Cuidados Intermedios II, con las siguientes impresiones diagnósticas: recién nacido a término, adecuado para la edad gestacional, hidrops no inmunológico, talasemia minor vs déficit de glucosa 6 fosfato-deshidrogenasa. Al nacer se evidencia, al examen físico, gran distensión abdominal y cifras de hemoglobina de 7,5 g/L, con hematocrito de 22 %, se transfunde con concentrado globular a 10 mL x kg x dosis y se practica ecosonograma abdominal, que reporta hígado normal, riñones de tamaño y configuración normales, asas intestinales normales, pero gran cantidad de líquido libre en cavidad abdominal. Se practica paracentesis, obteniéndose 250 mL de líquido ascítico hemorrágico, repuesto con solución coloidal al mismo volumen extraído. Estudio citoquímico: rivalta negativo, pH alcalino, proteína 0,4 mg, glucosa 68 mg %, pos centrifugación, líquido xantocrómico con depósito hemático. A las 12 horas, se realiza colón por enema que evidencia gran dilatación de recto sigmoide, pero a las 24 horas, no existe material de contraste, en ampolla rectal. Se descarta megacolon congénito y se piensa en dolicolon. Al 2º día de vida, se practica tránsito intestinal, que refleja buena progresión de contraste por las asas intestinales, por lo que se descarta patología obstructiva intestinal. Se inicia alimentación por vía oral con buena tolerancia. En vista de lo anterior, se pide electroforesis de hemoglobina a los padres y al niño, la cual muestra, madre con Hb A2 en 7,5 y Hb F normal < de 2. Durante sus 3 años de vida, presenta descompensaciones desde el punto de vista hematológico (anemia y rectorragia, atribuidas a parásitos y a su patología de base talasemia minor). En 4 ocasiones se le hospitaliza por disminución de los valores de hemoglobina a 5 g/L. En la última, se evidencia abdomen distendido y masa palpable a nivel del área paraumbilical derecha. Se practica ecosonograma abdominal que revela dilatación de asas intestinales con impresión de masa quística en región paraumbilical derecha de pared gruesa y de contenido líquido, posiblemente a nivel duodenal. La tomografía axial computarizada (TAC) indica lesión quística de 5 x 5 cm, de localización subhepática, que contacta con colon ascendente y un asa de intestino delgado compatible con duplicidad intestinal. Se practica gammagrama, que no es concluyente. La laparotomía exploradora evidencia duplicidad intestinal a nivel cecal. Se practica resección intestinal a nivel ileocecal, anastomosis ileo-cólica, término-terminal, no se visualiza divertículo de Meckel. El paciente permanece

hospitalizado por 15 días con evolución clínica satisfactoria. A su egreso, queda en control con el Servicio de Gastroenterología del Hospital "San Juan de Dios" y el Servicio de Hematología del Hospital "Elías Toro".

DISCUSIÓN

La duplicación puede tener asociaciones no entéricas como espina bífida, hemivertebra, meningocele, pulmón bilobulado, divertículo de Meckel, duplicación de órganos genitales y urinarios (5,6).

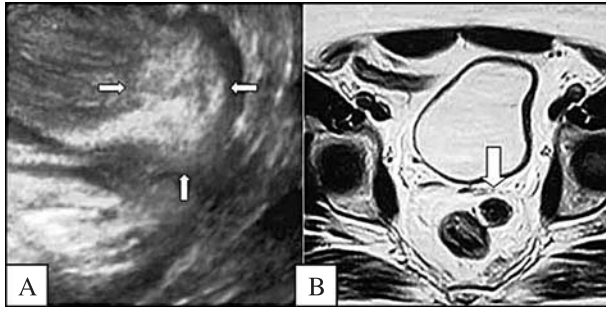
Desde el punto de vista clínico dan lugar a un amplio espectro de signos y síntomas, según su tamaño, localización y presencia de mucosa gástrica ectópica. Puede haber dolor abdominal recurrente, vómitos, masa abdominal o complicaciones como hemorragia digestiva, rectorragia, perforación y oclusión intestinal (7). Nuestro paciente presentó durante sus tres primeros años de vida descompensación con disminución de los valores de hemoglobina, por lo que se le transfundió en 4 oportunidades y sólo en su última hospitalización se evidenció una masa palpable, que condujo a practicar exámenes para establecer el diagnóstico, ya que la talasemia minor puede provocar descensos de la hemoglobina, pero no de esa magnitud (8). Algunos pacientes permanecen asintomáticos y son diagnosticados en un examen de rutina como una masa palpable abdominal o durante un estudio radiológico de tórax por otro motivo. Cuando se hacen clínicamente evidentes, pueden dar cuadros de comprensión de estructuras vecinas (7). La hemorragia digestiva es una complicación muy frecuente y se debe a la erosión de la mucosa de la duplicación y/o del intestino adyacente por el ácido producido por la mucosa ectópica, y/o la isquemia producida por compresión en una duplicación secretora sin comunicación con la luz intestinal (9,10). La obstrucción intestinal es una complicación poco frecuente, generalmente debida a una compresión extrínseca, invaginación y/o vólvulo, la perforación es rara y puede deberse a gangrena de una duplicación secretora, no comunicante (11).

El diagnóstico preoperatorio en las duplicaciones intestinales es poco frecuente. El examen baritado para practicar esófago-estómago-duodeno, puede no demostrar signos o presentarlos indirectos, como sucedió en nuestro paciente. La gamma grafía puede revelar mucosa gástrica ectópica, y es particularmente útil en casos de rectorragia, pero no siempre es concluyente. La ecosonografía y la TAC, como métodos no invasivos, pueden demostrar una estructura quística o elongada, unilobulada o multilobulada de paredes gruesas. La laparotomía exploradora es la práctica que ayuda a dilucidar el diagnóstico, y debe ser lo más conservadora posible. Habitualmente la vascularización y la pared muscular común entre la duplicación y

DUPLICACIÓN INTESTINAL

el órgano adyacente hacen inadecuada la escisión lesional, y se hace necesaria la resección segmentaria (12,13). La morbilidad de las duplicaciones intestinales es baja, a pesar de sus dificultades diagnóstico-terapéuticas.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC), CON LA ZONA INVOLUCRADA, COMPATIBLE CON DUPLICIDAD INTESTINAL



REFERENCIAS

1. Sieber WK. Alimentary tract duplication. Arch Surg 1956; 73:383-390.
2. Pintér AB, Shubert W, Szembédy F, Gobel P, Schafer J, Kustos G. Alimentary tract duplications in infants and children. Eur J Pediatr Surg 1992; 2:8-12.
3. Lawrence E, Stern, Warner K. Seminar Pediatric Surg 2000; 22(56):289-291.
4. Wrenn EI. Tubular duplications of the small intestine. Surgery 1960; 47:477-480.
5. Tolibia MÍ. Aporte de la ecografía en la patología de vísceras huecas. Disponible en: http://www.diagnostico.com.ar/diagnostico/dia_084/d-aecs084.htm.
6. Ravitch MM. Hindgut duplication, doubling of colon and genital urinary tracts. Ann Surg 1953; 137:588-595.
7. Soares-Oliveira M, Casteñón M, Carvalho JL, Ribo JM, Bello P, Estevão Costa J, Morales L. Anales de Pediatría 2002; 56(5):430-433. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13029674>.
8. Royle SG, Doig CM, Perforation of the jejunum secondary to a duplication cyst lined with ectopic gastric mucosa. J Pediatr Surg 1988; 23:1025-1026.
9. Brown RI, Azizkhan I. Gastrointestinal bleeding in infants and children: Meckel's diverticulum and intestinal duplication. Seminar Pediatr Surg 1999; 8:202-209.
10. Demikrol O, Adalet L, Bonevel C, Cantez S. Visualization of a perforated small bowel duplication during Meckel's scintigraphy. Clin Nucl Med 1995; 20:111-113.
11. Li L, Jin-zhe Z, Yan xia W. Vascular classification for small intestinal duplications: Experience with 80 cases. J Pediatr Surg 1998; 33:1243-1245.
12. Li L, Jing-zhe Z, Jin-Jei C, Yan Xia W. Conservation approach to duplication of the small bowel. J Pediatr Surg 1986; 32:1679-1682.
13. Dorado Moles MJ. Talasemias. Saludinfantil.com. Disponible en: <http://qqq.saludinfantil.com/talasemia.htm>.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Oscar Agüero, por su valiosa revisión del manuscrito.
A la Licenciada Susanne Saulny, por su contribución en la redacción del trabajo.

II SIMPOSIO LATINOAMERICANO INTERACCIÓN MATERNO-FETAL & PLACENTA:

DESDE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA A LA CLÍNICA
Santiago - Chile • 6 - 9 de Noviembre, 2005 • Hotel Crowne Plaza

En conjunto con:

XVIII REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

Con participación en mesas redondas o reuniones satélites de:

SOCIEDAD CHILENA DE REPRODUCCIÓN Y DESARROLLO SOCIEDAD CHILENA DE FERTILIDAD SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

El Comité Ejecutivo se ha propuesto que el II SLIM-P Chile 2005 convoque a todos los investigadores y profesionales en el tema, tanto básicos como clínicos. Se pretende crear un espacio de oportunidad de intercambio de experiencias y conocimientos, facilitando la interacción directa entre los participantes, así como también de los investigadores y especialistas en el área con los estudiantes y profesionales jóvenes latinoamericanos.

AUSPICIO Y PATROCINIO

- International Federation of Placenta Associations (IFPA)
- Placenta Association of the Americas (PAA)
- Universidad de Chile, Facultad de Medicina
- Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina
- Universidad del Bio-Bio
- Universidad de Concepción

PRESENTACIÓN

La Interacción Materno-Fetal y el estudio de la Placenta son temas que abarcan todos los ámbitos del quehacer científico y profesional en el área de la salud, con todas las implicancias para la vida de la madre y el feto durante la gestación. Desde la molécula responsable del transporte transplacentario durante el embarazo, hasta los aspectos clínicos ligados al proceso de fertilidad y nacimiento de un niño sano. Así como también, todas las patologías asociadas se incluyen en el ámbito de este encuentro multidisciplinario en torno a la problemática común.

HACIENDO UN POCO DE HISTORIA

El grupo convocante nace de un conjunto de investigadores latinoamericanos básicos y clínicos que se encontraban recurrentemente, en congresos relacionados, en USA y Europa. En el 6th Meeting of the International Federation of Placenta Associations (IFPA) y el 14th Trophoblast Conference (Rochester, USA, 2000), se acordó organizar reuniones científicas sobre el tema en Latinoamérica. El I Simposio Latinoamericano sobre Interacción Materno-Fetal y Placenta (I SLIM-P 2003), se llevó a efecto en la localidad de Embu das Artes, Sao Paulo, Brasil (diciembre 2003). El Programa científico incluyó un conjunto de actividades, abarcando desde la biología del trofoblasto hasta sus patologías y diagnósticos clínicos. Se contó con la asistencia de alrededor de 200 participantes provenientes de Latinoamérica y de USA, de los cuales, aproximadamente un 50% de ellos fueron estudiantes.

El segundo encuentro es en Chile. El Comité Ejecutivo del II SLIM-P 2005 ha evaluado su realización y proyección, en Santiago de Chile, con la participación de Sociedades Científicas y Universidades nacionales. El análisis pronostica que la convocatoria local aportará un número importante de participantes que incluyen investigadores, médicos y profesionales clínicos, tanto chilenos como extranjeros.

INVITACIÓN

A Ud., que trabaja o está interesado en el área, el Comité Ejecutivo chileno y latinoamericano le invita a participar en este evento el año 2005, que se realizará en el Hotel Crowne Plaza en Santiago de Chile.

Perforación intestinal sin tratamiento quirúrgico. Presentación de un caso

Drs. María I. Palmero, Francisco Pérez, Susana León, Keyra León.

Departamento de Pediatría, Maternidad "Concepción Palacios".

RESUMEN

La enterocolitis necrosante con perforación intestinal es la urgencia médica y quirúrgica más usual en los recién nacidos. Su mortalidad excede a todas las anomalías congénitas del tubo digestivo combinadas, por lo que es importante reconocer a tiempo los signos radiológicos de neumoperitoneo a fin de evitar las posibles complicaciones. En nuestro caso, es un recién nacido masculino que evidencia, por radiología simple y posteriormente por contraste, perforación intestinal con formación de plastrón en hipocondrio derecho; consecuentemente anemia, leucopenia y trombocitopenia con sangrado importante espontáneo en piel, mucosas, sistema gastro-intestinal y residuo gástrico sanguinolento y por sitios de venopunción, no puede ser llevado a quirófano y se indica dieta absoluta, antibioticoterapia, pentoxifilina por 14 días. Se inicia vía oral a los 17 días y egresa a los 27, en buenas condiciones generales.

Palabras claves: Perforación intestinal, neumoperitoneo, pentoxifilina, síndrome de reperfusión.

SUMMARY

Necrotizing enterocolitis with intestinal perforation is the more frequent surgical emergency in newborns. Mortality is the highest among all the digestive congenital anomalies. So, it is very important to recognize radiological signs of neuroperitoneum and their possible complications. Our patient, is a newborn, male 8 days old, in whom Rx abdominal simple and with contrast showed intestinal perforations walled-off to the right low abdomen. On the clinical conditions with anemia, leucopenia and thrombocytopenia with important spontaneous bleeding skin venipunctures gastrointestinal system, bloody gastric residual, he is not operated. Treatment with antibiotic, pentoxifilina and nothings oralley for 14 days. Diet was initiated after 17 days and he was discharged after 27 days in good general conditions.

INTRODUCCIÓN

La enterocolitis necrosante (EN) con perforación intestinal, es la urgencia médica y quirúrgica más usual en los recién nacidos. Su mortalidad excede a todas las anomalías congénitas del tubo digestivo combinadas, por lo que es importante reconocer a tiempo los signos radiológicos de neumoperitoneo a fin de evitar las posibles complicaciones (1,2).

El diagnóstico se sospecha a partir de la presentación clínica, pero para comprobarla deben confirmarse a partir de radiografías diagnósticas simples, con contraste o sin él, intervención quirúrgica o necropsia (3).

La EN en la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) se caracteriza por una baja ocurrencia y elevada mortalidad neonatal. Gutiérrez y Medina (4), informan en un estudio

de 4 años en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que la EN fue diagnosticada en 4,19% de los casos estudiados, se relaciona junto con otras causas con la mortalidad neonatal, pero acotan que también se asocia con infecciones sistémicas severas, por lo tanto la definición exacta de la enterocolitis es de difícil precisión.

En 1978, Bell y col (5) propusieron un sistema para la clasificación por etapas, en pacientes con EN: etapa I (sospecha), etapa II (definida), etapa III (avanzada). Walsh y Kliegman (6) modificaron dichas etapas, para incluir signos sistémicos, intestinales y radiográficos, y sugerir un tratamiento basado en la etapa y la gravedad de la enfermedad. La incidencia en la MCP no difiere significativamente de otros estudios, sin embargo, la mortalidad relacionada con la presencia de EN es de 70,21% (7) y es mucho más elevada que la informada en otros trabajos revisados (8,9). El objetivo de presentar este caso, es reportar un recién nacido portador de una perforación

Recibido: 09-07-04

Aceptado para publicación: 02-09-04

intestinal, cuyo tratamiento convencional más la adición de fármacos con acción antioxidante como la pentoxifilina, logró evolución satisfactoria sin recurrir a cirugía.

CASO CLÍNICO

Se trata de recién nacido (RN) masculino, producto de madre de 34 años, I gesta, 0 para, ORh+ con VDRL y HIV no reactivos, complicada con hipertensión arterial crónica, obtenido por cesárea por sufrimiento fetal agudo, presentación cefálica, ruptura de membranas, líquido amniótico de tipo meconial. Apgar de 7 y 9 puntos. Pesó 1,700 g, talla 40 cm, perímetro cefálico 30 cm. Presentó dificultad respiratoria al nacer e ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y se instala tratamiento profiláctico con penicilina cristalina (100000 unidades x kg x día) + gentamicina (5mg x kg x día). Al 4º día, se traslada al Servicio de Cuidados Intermedios II, con los siguientes diagnósticos: a) RN pretérmino, pequeño para edad de gestación; b) sépsis clínica, sin meningitis, sin comprobación bacteriológica, nueva descompensación, anemia, trombocitopenia y leucopenia, se rotan antibióticos, cefepime (100 mg x kg x día, por 21 días) + amikacina (10 mg x kg día, y la recibe por 4 días). Al 8º día, se le suministra por vía oral, 20 mL cada 3 horas de leche semielemental y se evidencia residuo gástrico bilioso (15 mL), distensión abdominal, eritema, coloración violácea en pared abdominal con red venosa colateral, gran hepato-esplenomegalia, dolor a la palpación profunda y masa palpable en hipocondrio derecho. Se practica radiografía simple de abdomen, donde se notan signos de neumatosis intestinal, neumoperitoneo y signo de Jober positivo (aire libre en cavidad). En radiografías siguientes, imagen de asa fija. Se practica estudio por contraste concluyéndose enterocolitis necrosante III b con formación de plastrón en hipocondrio derecho. Por las condiciones del paciente se decide dieta absoluta por 14 días, sonda oro gástrica abierta, nutrición parenteral total (NPT) por 17 días, se omite amikacina, se asocia clindamicina (30 mg x kg x día), pentoxifilina (10 mg x kg x dosis, cada 12 horas) y anfotericina B (1 mg x kg x día) por 14 días, por cultivo positivo, a *Cándida albicans*. A los 17 días desaparición de signos de neumoperitoneo en radiografía simple de abdomen y el examen físico normal, por lo que se decide inicio de leche semielemental con incrementos vía oral, primero en cantidad y luego en concentración (45 mL cada 3 horas) y/o leche materna a libre demanda. Durante su hospitalización presentó anemia, leucopenia y trombocitopenia con sangrado importante espontáneo en piel, mucosas, sistema gastro-intestinal, residuo gástrico sanguinolento, y por sitios de venopunción, recibió hemoderivados, concentrado globular 4 y concentrado plaquetario 3. Simultáneamente presentó trastornos

metabólicos de tipo hipoglicemia, que mejoró con aumento de la velocidad de infusión de glucosa a las 48 horas e hipocalcemia, requirió suministro de gluconato de calcio a 400 mg x kg x día, con normalización de sus valores a las 48 horas. Fue evaluado durante su hospitalización por el Servicio de Gastroenterología del Hospital "San Juan de Dios" (SJD), con evolución clínica satisfactoria, sin necesidad de ser llevado a quirófano y egresa en buenas condiciones físicas generales a los 27 días, quedando en control por gastroenterología en el SJD y por el Servicio de Neurología de nuestra institución.

DISCUSIÓN

La EN fue descrita por primera vez en el siglo XIX y desde la década de los 60 se ha reconocido como un trastorno neonatal importante (2). Esta se caracteriza por signos y síntomas gastrointestinales como también sistémicos, entre ellos: intolerancia a los alimentos, residuo gástrico, distensión y/o hipersensibilidad abdominal, sangre oculta o macroscópica en las heces, letargia, apnea, perfusión inadecuada, shock. El diagnóstico se sospecha a partir de la presentación clínica, pero debe ser comprobado, a partir de radiografías simples, con contraste o sin él, intervención quirúrgica o necropsia (2,3).

En la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP), la EN es de baja ocurrencia y elevada mortalidad neonatal y junto con el síndrome de dificultad respiratoria, la sépsis, la hemorragia intracraneana y pulmonar, son las causas que se relacionan significativamente con ésta, pero acotan que también se asocia con infecciones sistémicas severas (4).

El concepto de factores de riesgo para la EN está rodeado de controversias. Los estudios epidemiológicos han fallado en identificar eventos que claramente predisponen a su desarrollo, y se invoca una etiología multifactorial (8,10). En el trabajo de Medina, Trejo y Palmero (7), se pudo observar que la patología más grave se presenta en los niños menores de 35 semanas, con embarazos complicados, patologías neonatales y trastornos metabólicos múltiples, como lo fue en nuestro caso. Es necesario alertar al médico respecto a su presentación inespecífica, que puede sobrevenir en forma insidiosa, silenciosa en la clínica y de progresión variable, que amerita una vigilancia clínico-radiológica muy estrecha con un tratamiento médico planeado cuidadosamente, con antibioticoterapia de amplio espectro, NPT, reposo del órgano afectado, que busque la prevención del daño continuo y de corregir o modificar la respuesta sistémica, para lograr el mantenimiento del volumen vascular y el gasto cardíaco (7). La utilización de fármacos con acción antioxidante en pacientes con peritonitis no ha sido muy difundida, sin embargo se ha utilizado en forma experimental el efecto de la pentoxifilina,

la somatostatina, la fosfolipasa A2 y la vitamina E, como moduladores de la peroxidación lipídica. La generación de radicales libres, la degradación de la hemoglobina y el mecanismo de la isquemia-reperusión han sido involucrados en el daño tisular (11). Son varias las situaciones clínicas que pueden llevar a un síndrome de reperusión, descrito por Granger en 1981, como sucede en la EN. En éste se han involucrado 4 mecanismos: 1) disminución de folatos de alta energía, producto del desequilibrio entre la reposición y el consumo de adenosin trifosfato (ATP); 2) producción de radicales libres, producidos por neutrófilos y mastocitos activados, por tres mecanismos: a) peroxidación de las membranas lipídicas, b) desnaturalización de enzimas, c) disfunción de organelas; 3) inadecuada reperusión, el tejido no logra alcanzar los niveles de flujo existentes antes de la isquemia; 4) sobrecarga de calcio por recaptación y aumento de enzimas degradantes, que ocasionan más daño tisular (12). La EN produce gran liberación de radicales libres, lo que puede ser contrarrestado, bloqueando su generación como lo hace el folato o con barredores o moduladores de radicales libres, como lo son el propofol, ketamina, manitol, alupurinol, esteroides y la pentoxifilina, que es un derivado de la metilxantina, un vasodilatador que inhibe la agregación plaquetaria y la síntesis del tromboxano A2, y reduce la producción del factor de necrosis tumoral (11,12). Con ella logramos disminuir, en nuestro paciente, el grado de isquemia del asa intestinal lesionada, preservamos las reservas de ATP y la integridad estructural y reparación anatómica, por formación de colaterales.

Actualmente el 50% de los casos se recupera sin necesidad de cirugía (13,14), y el 40% de los intervenidos evoluciona satisfactoriamente, cuando ésta se practica antes que la necrosis progrese. (7,14). El neumoperitoneo es una indicación para el acto quirúrgico, sin embargo, el 50% que presenta perforación, pueden no tener neumoperitoneo, por ello el análisis de todos los datos clínicos, radiológicos y de laboratorio son necesarios para llevar en forma oportuna al paciente para el acto quirúrgico. Los principios cardinales de la intervención son extirpar todo el intestino necrótico y preservar la longitud del intestino como sea posible, descomprimir este último y extraer los restos necróticos de la cavidad abdominal. El método quirúrgico estándar es la resección del intestino no viable, con exteriorización de todos los extremos viables, con el uso de estomas a través de la cara lateral transversa, en la parte superior del abdomen. Recomiendan el uso de drenajes, especialmente en pacientes con peso menor de 1.500 g, con el fin de prepararlos para una intervención subsecuente (13,14). Hay informes que indican que con la utilización de esta última técnica, un 32%, no requiere de cirugía adicional (15). En nuestro paciente no fue necesario

ni el drenaje ni la intervención quirúrgica, y su evolución fue satisfactoria.

Una vez presentada la EN, se le debe enfrentar con una vigilancia médico quirúrgica estricta, con un equipo multidisciplinario preparado para tal eventualidad (7). El uso de moduladores de la peroxidación lipídica como la pentoxifilina requiere de estudios multicéntricos, que proporcionen suficiente número de pacientes para alcanzar resultados válidos y confiables, de manera que se puedan definir dosis, duración del tratamiento y efectos colaterales.

REFERENCIAS

- Hernández JL, Rodríguez TJ. Neumoperitoneo en recién nacido a término. Informe de un caso. Disponible en: <http://www.medint.net.mx/conapeme/revistas/revista6/conapeme-revistas6-neumoperito>.
- Stoll B. Datos epidemiológicos de la enterocolitis necrosante. *Clin Perinatol* 1994;21:225-237
- Bernard JA, Cotton RB, Lutin W. Necrotizing enterocolitis: Variables associated with the severity of disease. *Am J Dis* 1985;139:375-386.
- Gutiérrez Y, Medina González L. Evolución del neonato en la Unidad Intensiva de la Maternidad "Concepción Palacios" 1991-1994. *Gac Méd Caracas* 1996;104(2):135-145.
- Bell MJ, Temberg JL, Feigin RD. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decision based upon clinical staging. *Ann Surg* 1978;187:1-8.
- Walsh MC, Kleigman RM. Necrotizing enterocolitis: Treatment based on staging criteria. *Pediat Clin North Am* 1986;33:179-186
- Medina González L, Trejo E, Palmero M. Enterocolitis necrosante en el recién nacido. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57(2):83-90.
- Kosloske AM, Musemeche CA. Necrotizing enterocolitis of the neonate. *Clin Perinatol* 1989; 16(1):97-111.
- Brown EG, Sweet AY. Enterocolitis necrosante neonatal. *Clin Pediat North Am* 1982;5:1127-1147.
- Nowicki PT, Nankervis CA. Circulación en la patogenia de la enterocolitis necrosante. *Clin Perinatol* 1994;21(2):239-253.
- Yoo YM, Kin SS, Han JA, Lea HZ, Kin YM. Hemoglobin toxicity in experimental peritonitis is due to production of reactive oxygen species. *Clin Diag Lab Immunol* 1999;6(6):938-945.
- Raffan F, Kling G. Síndrome de reperusión. Fisiología, prevención y manejo 2000. Disponible en: [http://www.scare.org.co/Publicaciones/Recursos/RCA%20No 204 2000/ Síndrome%20](http://www.scare.org.co/Publicaciones/Recursos/RCA%20No%20204%202000/Síndrome%20).
- Ricketts RR Tratamiento quirúrgico para la enterocolitis necrosante y el síndrome de intestino corto. *Clin Perinatol* 1994;21(2):381-399.
- Grosfeld JL, Cheu H, Schalatter M, West KW. *Ann Surg* 1991;214(3):300-307.
- Cikrit D, West KW, Schreiner R, Grosfeld JL. Long term follow-up after surgical management of necrotizing enterocolitis: sixty-three cases. *J Pediat Surg* 1986;21(6):533-535.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Oscar Agüero, por su valiosa colaboración en la revisión del manuscrito. A la Licenciada Susanne Saulny, por su ayuda en la redacción.

COSMÉTICOS QUE PODRÍAN OBSTACULIZAR EL DESARROLLO NEURAL

Científicos de EE.UU. han descubierto que un agente anti-microbiano comúnmente hallado en los champús y lociones detiene el crecimiento de neuronas inmaduras en desarrollo de rata a casi la mitad.

El investigador principal, Elias Aizenman, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburg, cree que el hallazgo revela un riesgo potencial para las mujeres embarazadas que trabajan en fábricas que utilizan metilisotiazolinona, y dice que se necesitan más investigaciones. Acepta que es poco posible que las usuarias normales de champú y los peinadores sean afectados.

Sin embargo, las interpretaciones de Aizenman levantaron muchas críticas por parte de otros científicos. "La extrapolación de ese tipo de cultivo de tejido a los seres humanos es peligroso en términos científicos", dijo Tony Dayan, un toxicólogo retirado y ex miembro de la Universidad de Londres en el Reino Unido. "Estas células se encuentran en circunstancias completamente diferentes a las de las células del cuerpo en desarrollo ", explicó.
Folato y cáncer de mama

En otro estudio muy reciente, Deborah Charles (del Aberdeen Maternity Hospital, R.U.) y colaboradores hallaron una asociación preocupante entre el suplemento de folato a altas dosis durante el embarazo y las muertes relacionadas con el cáncer de mama.

Un prolongado seguimiento de casi 3000 mujeres que se enrolaron en un ensayo sobre suplemento de folato en la década de 1960 reveló que la mortalidad por toda causa fue un 20 por ciento más elevada y que los decesos a causa del cáncer de mama se habían duplicado en quienes tomaron altas dosis (5 mg) de folato en comparación con las que recibieron placebo.

En un artículo editorial adjunto, los expertos en salud pública Godfrey Oakley y Jack Mandel de la Universidad Emory subrayan, sin embargo, que la asociación al cáncer de mama no fue estadísticamente importante. Los expertos argumentan: "Creemos que la explicación más probable para la asociación informada es la casualidad", y agregan que el informe "no debería impedir la obligatoriedad del suplemento de ácido fólico en todo el mundo".

www.obgynworld.com

Taller Latinoamericano: una alianza para enfrentar los desafíos, reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal FLASOG/OPS

Ciudad de Guatemala, 28 al 30 de marzo de 2004.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), tiene dentro de su estatuto recomendar líneas de conductas comunes a propósito de nomenclatura, métodos de enseñanza, informes científicos y demás actividades básicas de la Obstetricia y Ginecología (Comité de Derecho Sexual y Reproductivo, Mortalidad Materna y Perinatal y Cáncer Ginecológico). En este sentido constituyó el Comité pertinente de Mortalidad Materna y Perinatal integrado por representantes de las diversas Sociedades y Federaciones de toda Latinoamérica.

Fue así como la FLASOG, decide hacer un esfuerzo conjunto con la Oficina Panamericana de Salud (OPS) y realiza un evento de trascendencia en el tiempo. De esta manera se organizó el "Taller Latinoamericano: una alianza para enfrentar los desafíos; reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal", que se celebró en la ciudad de Guatemala durante los días 28 al 30 de marzo de 2004. Por la por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. (SOGV), asistió el Dr. Pedro Faneite como representante de dicho Comité.

PROPÓSITO

Fortalecer el vínculo de trabajo entre FLASOG y OPS, identificar una agenda común de trabajo a nivel regional y de países, con el objetivo de generar sinergias que contribuyan a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

OBJETIVOS

1. Compartir el marco estratégico regional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal
2. Presentar el Sistema de Vigilancia Epidemiología de la Mortalidad Materna, como instrumento eficaz para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
3. Compartir lecciones aprendidas de experiencias locales (Uso del Sistema Informático Perinatal en Cali, proyecto Save the Mothers en Centro América)
4. Diseminar las buenas prácticas y evidencias para mejorar la calidad de la atención materno-perinatal

5. Explorar e identificar actividades de trabajo conjunto a nivel regional, subregional y de los países para los años 2004-2005.
6. Elaborar y aprobar declaración de FLASOG en apoyo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna

PARTICIPANTES

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG

- Representantes al Comité de Mortalidad Materna de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología de países prioritarios.
- Asesores Regionales de OPS (Unidad de Salud de la Mujer y Materna, CLAP, Unidad de Salud Infantil).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

CONCLUSIONES Y ACCIONES DERIVADAS

1. Se cumplió la agenda en su totalidad, con la participación de 37 personas representantes de la FLASOG, OMS y OPS.
2. El representante de la SOGV participó activamente en la discusión general de los diversos temas, y en la reunión de trabajo del Comité de Mortalidad Materna de la Región Bolivariana. En la Plenaria presentó conclusiones ante la Asamblea General.
3. Se reunió con el Presidente de la FLASOG, Dr. Carlos Füchtner y la Asesora Regional de la OPS, Dra. Virginia Camacho. Presentó la situación de Venezuela, también el material que le había entregado el Dr. Luis Rojas, Epidemiólogo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Director de Programa de lucha contra la Mortalidad Materna y Perinatal en Venezuela.
5. A cada delegado se le pidió un plan de acción que será presentado a la Junta Directiva de cada Sociedad, a fin de su discusión, aprobación y ejecución conjunta, cuestión que se realizó el martes 11 de mayo de 2004.
6. Hemos tenido contacto con el Dr. Luis Codina, representante de la OPS en Venezuela, para trabajo en conjunto, se realizará una reunión en Caracas con participación de la Dra. Virginia Camacho.

7. También contactamos al Dr. Luis Rojas, quien está motivado al trabajo en equipo e invitó a participar en su labor, cuestión loable.

Dada la importancia de la Declaración Guatemala, a continuación se reproduce y difunde su contenido como bien lo ha solicitado la FLASOG.

DECLARACIÓN DE GUATEMALA

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, (FLASOG) reunida en su Asamblea Ordinaria en Octubre de 2002 en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; definió los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres como parte inseparable de los Derechos Humanos, consagrados en una serie de Declaraciones y Convenciones Internacionales, además de estar presentes en la Constitución de cada país. Las principales violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en América Latina fueron identificadas.

Con el objeto de respetar, promover y defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, preservando una visión integral de su salud, las Asociaciones, Federaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología y sus miembros trabajan activamente para alcanzar lo siguientes:

1. El derecho a una vida sexual satisfactoria, libre de violencia y de riesgo de adquirir enfermedad o embarazo no deseado.
2. El derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte.
3. El derecho de decidir libremente sobre su fertilidad
4. El derecho a la interrupción del embarazo en casos permitidos por la legislación de cada país.

En la ciudad de Guatemala, a los 30 días de marzo de 2004, reunidos los representantes de las Asociaciones, Federaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología afiliadas a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), en el marco del Taller Latinoamericano: "Una alianza para enfrentar los desafíos de reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal".

RECONOCEMOS

Que las estrategias para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, presentadas en los diferentes foros internacionales en las últimas décadas, no han tenido los resultados esperados y hoy más que nunca se requiere un incremento de los esfuerzos concertados, por ser este un problema de salud pública en América Latina.

Que los factores relacionados con el deterioro de las condiciones socio-económicas, las deficiencias en la prestación de los servicios y los procesos políticos en la región que han generado cambios en los sistemas de salud, repercuten de manera desfavorable en el mejoramiento de la salud materno-perinatal.

Que la FLASOG tiene como objetivo promover acciones orientadas a mejorar la salud sexual y reproductiva en América Latina, en especial aquellas que coadyuvan con los esfuerzos globales para la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal.

Decidimos reafirmar nuestro compromiso con la salud de las mujeres, plasmado en la presente declaración donde acordamos comprometernos desde cada una de las Asociaciones, Federaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología afiliadas, a realizar acciones orientadas a:

1. Promover en cada uno de los países de la región de América Latina y Caribe la aplicación de sistemas de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y velar porque estos sean la base para la toma de decisiones.
2. Solicitar a los Ministerios de Salud incorporar un representante de cada Sociedad Científica Nacional en los Comités de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal.
3. Diseminar y promover la implementación de las siguientes intervenciones basadas en evidencias científicas en el área materno-perinatal y buenas prácticas para mejorar la calidad de atención y satisfacción de las usuarias en la atención prenatal, parto, puerperio y neonatal:
 - Vacunación antitetánica.
 - Diagnóstico y tratamiento de la sífilis.
 - Detección y prevención de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas las embarazadas.
 - Suplementación con hierro y ácido fólico.
 - Manejo activo del alumbramiento.
 - Sulfato de magnesio para la prevención y tratamiento de la preeclampsia - eclampsia.
 - Administración de corticoides antenatales para la prevención de complicaciones al neonato asociadas al parto pretérmino.
 - Parto humanizado, seguro, atendido por personal calificado, adecuado culturalmente a la idiosincrasia de la población atendida.
 - Promocionar y facilitar los métodos anticonceptivos en el periodo posparto, posaborto.
4. Construir alianzas con otros actores y sectores que trabajen por la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
5. Participar activamente en el desarrollo de políticas

- públicas a nivel local y nacional que propendan a mejorar la salud sexual y reproductiva.
6. Estimular la investigación alrededor del tema, coordinar proyectos nacionales o colaborativos de carácter internacional.
 7. Promover la incorporación de temas relacionados con la mortalidad materna y perinatal, en la currícula de las universidades y escuelas formadoras de recursos humanos en salud para contribuir a la sensibilización y cambio de actitud frente al tema.
 8. Difundir la presente declaración a todos los miembros de las Sociedades, Asociaciones y Federaciones afiliadas.
 9. Incluir en todos los Congresos Nacionales y Regionales,

actividades científicas que promuevan una sensibilización y cambio de actitud del personal de salud frente al tema.

10. Solicitar el apoyo de OPS para que sus delegados en cada país apoyen a las Sociedades Científicas ante los Ministerios de Salud, para que estas acciones se vuelvan más operativas y efectivas.

Dr. Pedro Fancite A.

Representante en el Comité de Mortalidad Materna y Perinatal de la FLASOG

SE AGOTÓ EL TIEMPO PARA EL TAMOXIFENO

En otra noticia, los resultados largamente esperados de un seguimiento de 5 años de un importante ensayo sobre cáncer de mama promete dar fin al uso de tamoxifeno como la terapia de primera línea y patrón oro para las mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama sensible a las hormonas.

En una media de seguimiento de 68 meses, el Profesor Anthony Howell (del Christie Hospital, en el Reino Unido) y colaboradores informaron sobre vida libre de enfermedad y tiempo hasta la recurrencia notablemente prolongados, junto con menos efectos secundarios, en mujeres que recibieron el inhibidor de aromataasa anastrozol, en comparación con las que recibieron tamoxifeno.

"Este análisis del ensayo Arimidex, Tamoxifeno, Solos o en Combinación (ATAC, su sigla en inglés) confirma los beneficios de eficacia y tolerabilidad del anastrozol como tratamiento adyuvante para las mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama localizado", concluye el equipo investigador.

TERAPIA GÉNICA PARA FIBROMAS

Otro avance en el tratamiento de tumores fue informado en un estudio proveniente de Estados Unidos, que muestra que la terapia génica podría detener el crecimiento de los fibromas uterinos en ratones.

Los investigadores, dirigidos por Ayman Al-Hendy de la Rama Médica de la Universidad de Texas, mostraron que el tratamiento con un gen del receptor de estrógeno negativo dominante en un vector adenoviral indujo apoptosis tanto en líneas celulares de leiomiomas de humanos como de ratas.

Este potencial enfoque terapéutico génico podría ofrecer una alternativa no quirúrgica a la histerectomía para las mujeres que desean conservar su fertilidad que evita los sistemáticos efectos secundarios asociados al tratamiento anti-esteroidal.

www.obgynworld.com

50 años de la Seccional del Centro, Primogénita de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Dr. Pedro Faneite

A raíz de la muerte del General Juan Vicente Gómez en 1935 nació en el país un importante movimiento de creación y desarrollo en las distintas ramas del conocimiento, de la Venezuela rural se alzaron aires de creatividad. Es así, como en la Caracas de entonces aparece la motivación para la integración y fundación de diversos movimientos científicos.

Es la Maternidad "Concepción Palacios", la casa que recoge las ansias del saber de la obstetricia y ginecología de la época, ella fue inaugurada el 17 de diciembre de 1938 (1) y, a partir de enero de 1939 empieza a recibir gestantes, pasa a convertirse en el principal centro materno de Venezuela, logra con el tiempo liderar este aspecto en Latinoamérica. Evolucionó a un centro clínico de obligada referencia, sus integrantes desarrollan un ámbito docente por excelencia, alcanza un nivel de instituto de investigación reconocido, y se inicia una biblioteca especializada (1,2).

Conocido todo lo anterior, es entendible el porque un grupo de médicos altamente motivados, se reúne el 24 de febrero de 1940 en su auditorio y fundan la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, firman el acta constitutiva el 2 de marzo de 1940 y la registran formalmente (1-4). Esta asociación desde ese momento asume en sus sucesivos estatutos lo relativo al estudio de las especialidades mencionadas, organización, promoción y desarrollo, amplían la biblioteca y editan la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela en 1941. Todas estas actividades las ha cumplido a cabalidad en sus 64 años de desempeño, por supuesto, luego de muchos esfuerzos, fracasos y sacrificios. Las dificultades se evidencian con el hecho de que fue luego de 12 años de fundada cuando logra realizar su Primera Reunión Nacional (4 al 6 de diciembre 1952), estaba en esa Junta Directiva o Administradora como suplente el Dr. Armando Arcay Solá, de Valencia (1,2); su Primer Congreso Nacional se efectúa en Caracas entre el 11 al 16 de enero de 1955 (1,2).

La Junta Directiva de la Sociedad del año 1954, decide extender sus raíces y actividades al interior del país, hasta entonces limitadas exclusivamente a la Sede Central en Caracas. Para ello realizan visitas motivadoras a diversas regiones y, establecen "Comités Directivos" mientras se fundan las Seccionales correspondientes. El 13 de febrero de 1954, miembros de la Directiva Nacional encabezada

por su Presidente, Dr. Julio Calcaño, visitaron durante la mañana la ciudad de Maracay, se dieron cita en el Colegio de Médicos del Estado Aragua. Para ese momento el único miembro activo del Estado era el Dr. Juan Gómez Peña, él junto con los Drs. Ramón Merchán y Hugo D' Erizan conforman el Comité Directivo de Aragua; también acudieron los Drs. Narciso López Risso, J.D. Díaz, J.L. Moro, A. Abraham, B. Briceño, L. Morales Roa, R. Otamendi, S. Barqueriza, Isabel de Gómez Peña (1,5,6).

En la tarde de ese mismo día, se reúnen en el Colegio de Médicos del Estado Carabobo, en Valencia, con los Drs. Armando Arcay Solá, Fernando Guerra Méndez, José Sanda, José Luis Facchin De Boni, Antonio J. Escobar, Néstor Arreaza, Luis Ravelo, José Luchsinger, Simón Infante, Francisco Martínez López y Aldo Guigni. Se elige el Comité Directivo de Carabobo y queda integrado por los Drs. Arcay Solá, Guerra Méndez, Escobar, Sanda y Juan Zaldala Ramos Dager (1,5,6). Es de reconocer el denodado esfuerzo realizado por este Comité, que de inmediato inició actividades, y en tres meses logra instalar la Primera Seccional de la Sociedad, el día 1 de mayo de 1954. De esta manera nace en Valencia la primogénita de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, a sus catorce años de existencia! Su instalación se realizó en la nueva sede del Colegio de Médicos del Estado Carabobo. Para dicho acto se hicieron las invitaciones de rigor, asistieron ilustres personalidades de la región. La presidió el Presidente del Colegio de Médicos, el conocido obstetra Dr. Armando Arcay Solá, por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, su Presidente Dr. Julio Calcaño, lo acompañaron el Vicepresidente Profesor Leopoldo Aguerrevere y el Secretario Dr. J.R. Pittaluga, además los Drs. J. T. Jiménez Arráiz, H. Marcano Guzmán, Francisco Alliegro, Elio Zerpa, Juan Bracho y Oscar Agüero (1,5,6). Estuvo el Gobernador del Estado. Es de resaltar que la concurrencia fue numerosa, destacaban médicos de diversos Estados vecinos.

El Dr. Julio Calcaño dio apertura al acto, señalando que la Sociedad se sentía orgullosa por el deber cumplido pues luego de muchos años de actividades logra extenderse, y forma la primera Seccional en el interior del país. Expresó la trascendencia que para la especialidad tenía este acto, y los beneficios para la madre, hijo y sociedad. Señaló con precisión los principales problemas que enfrentaba el

especialista de esta área, e invitó a médicos, instituciones y otros elementos a que se incorporaran a la labor encomendada por la Sociedad. Finalizó reconociendo la distinguida labor del Dr. Luis Ravelo Pérez en el Estado Carabobo, y le entregó el Diploma de Miembro Honorario de la Sociedad. El Dr. Ravelo Pérez agradeció tan honrosa distinción con palabras emotivas, llamando a incorporarse y trabajar por la Seccional (1,5,6). A continuación se leyó la constitución de la Junta Directiva de la Seccional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela: Presidente Dr. Fernando Guerra Méndez, Vicepresidente Dr. Juan Zaldala Ramos Dáger, Secretario-Tesorero Dr. José Luis Facchin De Boni, Vocales Drs. A. Escobar y A. Arcay Solá (1,5,6).

Las palabras de clausura las disertó el Dr. Fernando Guerra. Agradeció a sus colegas que lo eligieron para presidir esta Seccional. Entre sus méritos estaba el ser el más antiguo del grupo, el primero que obtuvo en Carabobo el honor de pertenecer a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, y haber fundado la primera maternidad que hubo en Valencia en 1936. Expresó su compromiso en trabajar arduamente por la Seccional. Calificó a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela como un ejemplo de integración de los hombres en servicio por la ciencia, que en catorce años de actividades logró ser la primera en consolidar su posición como sociedad científica en el país; penetra su acción al interior, y mantiene una revista científica activa. Dentro de sus logros señaló la realización de la primera Reunión Nacional de Obstetricia y Ginecología, en Caracas, diciembre de 1952 y que actualmente se dedicaba a organizar el Primer Congreso de Obstetricia y Ginecología que sería seguramente un interesante acontecimiento científico nacional. Reconoció el trabajo ejemplarizante del Dr. Ravelo Pérez, con cincuenta años de ejercicio médico, pionero de la obstetricia en la región. Finalizó, haciendo votos por el éxito de la recién nacida Seccional (1,5,6).

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela desde su fundación estableció en su estatuto, la categoría de miembro activo (hoy titulares). Para su incorporación se requería entre otros méritos ser Doctor en Ciencias Médicas y presentar un trabajo científico de incorporación (7). Vale la pena mencionar los médicos que inicialmente dieron este trascendental paso en apoyo a la ginecología y obstetricia en esta región (1):

- Dr. Fernando Guerra Méndez, “Fístula útero-vaginal posoperatoria”, Auditorio Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas año 1945.
- Dr. Juan Gómez Peña, “Método original para probar la integridad de la placenta”, Auditorio Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas 12-8-1950.
- Dr. Armando Arcay Solá, “Fórceps en el Hospital Central de Valencia”, Auditorio Maternidad

“Concepción Palacios”, Caracas 16-6-1951.

- Dr. José Luis Facchin De Boni, “Primiparidad juvenil”, Auditorio de la Universidad del Zulia, Maracaibo 6-3-1954.
- Dr. Antonio J. Escobar. “Procidencia del cordón en el Hospital Central de Valencia”, Auditorio de la Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas 20-4-54.
- Dr. Francisco Polo, “El cáncer del muñón cérvico-uterino en el Instituto de Oncología de Carabobo. Auditorio Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas 1955.
- Dr. Aldo Guigni, “Presentación de cara en el Servicio de Maternidad del Hospital Central de Valencia”, Auditorio Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas 1956.
- Dr. José Sanda, “Embarazo abdominal, estudio de cuatro casos. Auditorio Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas 1959.

El Estatuto de la Sociedad ha experimentado varias modificaciones adaptándolas a las realidades, facilitando su crecimiento y perfeccionando su funcionalidad (7-9). Las Seccionales aparecen en el Estatuto de 1952. En este sentido una quinta versión se hizo durante las Asambleas realizadas el seis de agosto y ocho de octubre de 1977 (1). En ella se estableció en el Capítulo VII, la creación de tres Seccionales, las cuales agruparían e integrarían miembros de determinados Estados. Fueron: la Seccional Sur-Oriental, Sur-Occidental y la Central, esta última constituida por los miembros de los Estados Miranda, Aragua, Carabobo, Guárico, Cojedes y Yaracuy. En 1987 se da una séptima revisión (1), creándose las Seccionales Nor-Oriental, Nor-Occidental y la del Sur. La del Centro quedó integrada por los Estados Aragua, Carabobo, Guárico, Cojedes, Apure y Territorio Federal Amazonas. Este último pasó en 1999 a la Seccional Sur-Oriental y permaneció su conformación de esta forma en las modificaciones de 2000 y 2002 (1).

Una nueva etapa de empuje al interior del país en estos últimos 25 años de la Sociedad lo dio la Junta Directiva Presidida por el Dr. Otto Rodríguez Armas en sus dos períodos (1978-1980 y 1980-1982), el Dr. Pedro Faneite, de Puerto Cabello, lo acompañó en esas dos gestiones (1,10,11). Rodríguez Armas le da a la Sociedad profundo auge nacional, e inicia una proyección internacional nunca antes vista, alcanza los mas altos cargos directivos dentro de la FLASOG, FIGO, FLASEF e IFFS (1,10,11). Igual actitud de apoyo hacia las Seccionales mantienen las Directivas sucesivas, los Drs. Luis Fernando Moreno Guarache (1982-1984); Ofelia Uzcátegui (1984-1986 y 1986-1988), infatigable trabajadora; Saúl Kízer (1988-1990), disciplinado y sagaz; Manuel Silva Córdova, perseverante y tenaz; Itic Zigelboim (1992-1994), inteligente y emprendedor; Darío Suárez Ocando (1994-1996), ejemplar Presidente; Judith Toro Merlo (1996-1998), conductora y consecuente; Luzardo

Canache (1998-2001), activo y hacendoso; Leonor Zapata (2001-2004), doctora audaz (10).

La Seccional del Centro ha cumplido a cabalidad todas sus funciones en estos cincuenta años, además de otras que le han sido encomendadas. Destaca la organización de Simposios, Cursos, Talleres, Actualizaciones. Sus miembros han participado en todas las Jornadas, Reuniones y Congresos Nacionales que organizó la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. En entrevista, el Dr. Arcay Solá nos relató que la época mas dura para la Seccional fueron los años 50 y 60, porque el grupo de trabajo era pequeño debido a los requerimientos de incorporación, sin embargo el informante estuvo en la Directiva Nacional como Suplente (1952), Vice-Presidente en dos oportunidades (1958-1959 y 1969-1970) y el Dr. Guigni, suplente (1966-1967) (1). En fecha más reciente (1998-2001), el Dr. Luzardo Canache, Presidió la Sociedad. Otros, han sido miembros y coordinadores de las Secciones Científicas. El Dr. Pedro Faneite, es Coordinador de la Sección de Mortalidad Materna y Perinatal desde 1998 a la fecha y representa a la Sociedad en el Comité respectivo en la FLASOG. Con frecuencia se reciben invitaciones para participar en eventos científicos dentro y fuera del país.

Algunos miembros han recibido importantes distinciones, como la de Maestro de la Obstetricia y Ginecología Venezolana: Dr. Armando Arcay Solá; el Diploma de Maestros de la Obstetricia y Ginecología Latinoamericana FLASOG los Drs. Efraín Inaudy Bolívar y José Ramón López Gómez. Además el Dr. Arcay Solá fue designado Presidente Honorario de la X Jornada de Obstetricia y Ginecología y el Dr. Inaudy del XX Congreso en 2004 (1,6). Otro reconocimiento importante son los premios científicos:

- Premio Nacional de Obstetricia y Ginecología, Mención Honorífica: “Cambios estructurales por envejecimiento en células X trofoblásticas de placenta humana”, Profesor Olivar Castejón Sandoval, entregado en Asamblea Ordinaria de la Sociedad celebrada en la Maternidad “Concepción Palacios”, el 13 de mayo de 1995.
- Premio Nacional de Obstetricia y Ginecología: “Biopsia del lecho placentario y las vellosidades coriales en embarazos normales y alto riesgo”, Drs. Alberto Sosa Olavaria, José Alonso Flores y Aldo Reigosa Yanis. Mención Honorífica: “Valor del índice ponderal fetal y prenatal y neonatal en R.C.I.U”, Drs. Pedro Faneite, Xiomara de Chirivella y Guillermina de Salazar. Entregado 15° Congreso, Maracaibo 1996 (1,11).
- Premio Nacional de Obstetricia y Ginecología: “Biometría fetal ecográfica y recién nacido pequeño para la edad gestacional”, Drs. Pedro Faneite, Xiomara de Chirivella y Guillermina de Salazar. Entrega: 13ª Jornada Nacional, Barquisimeto 1997.

- Premio Nacional “Oscar Agüero”: “Microscopía electrónica de la interacción de membranas plasmáticas con la matriz extracelular”, Profesor Olivar Castejón Sandoval. Entrega 17° Congreso, Caracas 2000.
- Premio Nacional “Oscar Agüero”, “Índice relativo de impedancia Doppler entre el ductus arterioso y la arteria pulmonar en el embarazo normal, pretérmino y postérmino”, Drs. Alberto Sosa Olavarría y Luís Díaz Guerrero, 19° Congreso, Caracas 2002.
- Premio Schering, “Evaluación del retardo de crecimiento fetal intrauterino”: Drs. Pedro Faneite y Henry Lang. Entregado en el curso sobre “La mujer en la tercera edad”, realizado en el Colegio de Médicos del Estado Carabobo, Valencia 1992 (1).

Siempre la Seccional ha recibido los mejores elogios en su desempeño, ello valora el esfuerzo y ejercicio realizado por todas las Juntas Directivas de la Seccional. En cuanto a la integración de las Juntas Directivas de la Seccional la primera está suficientemente documentada, fue presidida por Fernando Guerra Méndez (1,5,6). En entrevista con el Dr. Arcay Solá, nos manifestó que la segunda fue Presidida por el Dr. Antonio Escobar, seguida luego por una suya. En visita a la sede de la Seccional el único libro de actas que reposa en ese local se inicia en 1979 (12). Las Presidencias a partir de esa fecha son las siguientes: Efraín Inaudy Bolívar (1979-1981), José González Garmendia (1981-1983), Ibrahim García (1983-1985), José Ramón López Gómez (1985-1987), Rodolfo Pacheco (1987-1989), Liliane Somogyi (1989-1991), Luzardo Canache (1991-1993), Bethsy Alvarado de Padrón (1993-1995), Henry Lang (1995-1997 y 1997-1999), Alberto Sosa Olavaria (1999-2001), Bethsy Alvarado de Padrón (2001-2004) y Jorge Aldana (2004-2006) (12).

Los miembros de esta Seccional son entusiastas contribuidores de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, la cual ha servido de receptora a múltiples publicaciones científicas (13,14). Es conveniente reconocer la aquilatada labor eficaz y de suma valía de sus Directores-Editores, Leopoldo Aguerrevere (1941-1944), Odoardo León Ponte (1945-1947), Oscar Agüero (1948-1990), Director-Editor Emérito, Itic Zigelboim (1991-1994) y Jacqueline Saulny de Jorges (1995 a la actualidad) (15-17).

Hay dos eventos organizados por la Seccional que vale la pena reseñar brevemente. Nos referimos a Reuniones Nacionales realizadas en esta región.

La Tercera Reunión Nacional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela se celebró en el Colegio de Médicos del Estado Carabobo durante los días 21-24 de enero de 1959, tenía la Seccional cinco años de fundada. Era Presidente Nacional el Dr. Evanám Fernández, Vice-Presidente. Dr. Armando Arcay Solá, Secretario Dr. Oscar

Agüero. La Seccional estaba presidida por Antonio Escobar. El Presidente Honorario de la reunión fue el insigne médico Cruz Lepage. Durante el evento se discutieron dos ponencias: toxemia del embarazo y la cirugía conservadora en ginecología. También se presentaron nueve trabajos libres (1).

La Décima Reunión Nacional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología se realizó durante el cincuentenario de la Sociedad, la fecha fue entre el 6 al 9 de marzo de 1991, en el local Shopping Center, Valencia. La Directiva Nacional la presidía el Dr. Manuel Silva Córdova, fue Presidente Honorario el Dr. Armando Arcay Sola. Al frente del Comité local estuvo Liliane Somogyi. Hubo invitados internacionales de Estados Unidos y Chile. Se dictaron 10 simposios, 7 conferencias y se presentaron 117 trabajos libres (1,18). Actualmente la Seccional del Centro, se prepara para celebrar la XVIII Jornada Nacional en la Ciudad de Maracay, Hotel Pipo, del 11 al 13 de noviembre de 2004. El Dr. Jorge Aldana Presidente actual, la Junta Directiva Nacional y un Comité Científico, adelantan un llamativo programa con invitados nacionales e internacionales. Es un nuevo compromiso en su cincuentenario de fundada. Desde su inicio, el Colegio de Médicos del Estado Carabobo le ha dado cobijo a la Seccional, ha sido en este ambiente donde se han realizado la mayoría de los eventos científicos por ella organizados, con frecuencia lo secundan actividades en las ciudades de Puerto Cabello, Maracay, San Carlos, San Juan de Los Morros, entre otras. También este Colegio de Médicos ha servido de sede a las Juntas Directivas. Todas las Juntas Directivas Nacionales le han brindado amplio apoyo al crecimiento de la Seccional del Centro. Evento especial fue el de la Directiva Nacional Presidida por la Dra. Leonor Zapata, que dio impulso para la inauguración y financiamiento de la nueva sede de la Seccional del Centro, esta última presidida por la Dra. Bethsy Alvarado de Padrón. Esto se realizó el día 28 de junio de 2003. A la Dra. Zapata la acompañaron miembros de la Junta Directiva Nacional, Enrique Abache, Juan Yabur y Alfonso Arias. Durante el acto hablaron las Dras. Zapata y Alvarado, el local lo bendijo el Presbítero José María Rivolta. Otros asistentes fueron los Drs. Jorge Aldana, Alcira Centeno de Ararat, Pedro Faneite, Luzardo Canache, Jesús Cudemus, José Ramón López Gómez, Efraín Inaudy, Aníbal Montesinos y Mireya de Cudemus (6). La preparación de estas notas no fue fácil, hurgar en el pasado puede revelarnos que no todo está recopilado, los papeles pueden quedarse en el baúl del olvido, los actores no nos acompañan. Por eso, lo que presentamos no contiene la totalidad de lo hechos, como nos hubiera gustado, sin embargo es una aproximación a los eventos sucedidos. En su elaboración empleamos la siguiente metodología: hicimos un levantamiento de la bibliografía existente, visitamos la sede de la Seccional y entrevistamos a un actor fundador. Afortunadamente, muy

recientemente el Maestro Agüero publicó un sesudo libro sobre la Historia de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela que nos sirvió de gran ayuda. Esta Seccional del Centro en estos primeros cincuenta años de actividades ha madurado en base a un trabajo eficiente y continuo. Esto estimula a todos sus miembros, que con toda seguridad la harán aún más grande en los años venideros.

¡Salve a ti señorial Seccional del Centro! Que la providencia divina ilumine y colme de sabiduría a todos sus integrantes, para que enaltezcan y den vida a las madres y niños de Venezuela y de todo el mundo.

REFERENCIAS

1. Agüero O. Historia de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas: Editorial Ateproca; 2003.
2. Agüero O. Proyección e influencia de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela en el desarrollo de la especialidad. Conferencia magistral con ocasión de la "Bodas de Oro" de la SOGV, en Maracaibo, Estado Zulia, el 16 de marzo de 1990. Rev Obstet Ginecol Venez 1991; 51: 62-67.
3. Acta Constitutiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 1941; 1: 3-5.
4. Silva Córdova M. Discurso en la sesión solemne a los 50 años de la Sociedad. Rev Obstet Ginecol Venez 1991; 51: 59-61.
5. Notas de la primera Seccional de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 1954; 14: 301-307.
6. Zapata L. Inauguración de la nueva sede de la Seccional del Centro. Rev Obstet Ginecol Venez 2003; 63(4): 209-211.
7. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas, 1960. Rev Obstet Ginecol Venez 1960; 20: (1).
8. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas, 1982.
9. Estatuto de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas: Editorial Ateproca; 2002
10. Agüero O. Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas: Editorial Ateproca; 2004.
11. Rodríguez Armas O. XV Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Discurso de Orden en la Asamblea Legislativa. Rev Obstet Ginecol Venez 1996; 56: 121-124.
12. Libro de actas de la Secretaría de la Seccional del Centro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 1977-2004.
13. Agüero O. Publicaciones obstétrico-ginecológicas-perinatológicas venezolanas. Vol I (1879 a 1979). Caracas: Editorial Ateproca; 1993.
14. Agüero O. Publicaciones obstétrico-ginecológicas-perinatológicas venezolanas. Vol II (1980 a 1990). Caracas: Editorial Ateproca ; 1993
15. Zigelboim I. 50 años de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 1991; 51 (1): 1-3.
16. Saulny de Jorges J. El índice de los 50 años (editorial). Rev Obstet Ginecol Venez 1994; 54 (Supl): SI
17. Saulny de Jorges J. Índice global años 1991-2000 (editorial). Rev Obstet Ginecol Venez 2002; 62 (Supl): SV.
18. X Reunión Nacional de Obstetricia y Ginecología. Programa. Valencia, 1991.

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento al Dr. Oscar Agüero, por la delicada tarea de revisión y sugerencias en este trabajo.

ÍNDICE DE AUTORES

Abache E. XX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela	173	González M. Ver Faneite P.	129
Agüero O. Algunas contribuciones primiciales de la Maternidad Concepción Palacios a la Obstetricia y Ginecología Venezolanas	189	Grases PJ. Enfermedad trofoblástica de la gestación. Revisión	101
Alaña-Peña F. Ver Briceño-Pérez C.	115	Grases-B P. Ver Grases-G PJ.	49
Alvarez L. Ver Faneite P.	77	Grases-G PJ. Angiosarcoma del ovario	49
Ameur R. Ver Villalobos N.	133	Guedez J. Ver Faneite P.	129
Arcia O. Síndrome cardio-digital (Holt-Oram). A propósito de un caso. Maternidad "Concepción Palacios. Caracas	33	Guinand M. Ver Faneite P.	61
Benítez Guerra G. Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos	211	Hernández E. Ver Villalobos N.	133
Bermúdez Zorrilla A. Ver Sosa Olavaria A.	69	Ibarra Arias M. Ver Figueira Rodríguez L.	121
Bhuedo C. Ver Palmero MI.	215	Kiser S. Ver Zigelboim I.	45
Blasco de Oro M. Ver Figueira Rodríguez L.	121	Larrazábal Hernández N. Ver Sosa Olavaria A.	69
Brea Andrade A. Ver Prieto-Franchi MC.	155	León K. Ver Palmero MI.	219
Brea Andrade A. Ver Prieto Franchi MC.	39	León S. Ver Palmero MI.v215	
Briceño-Pérez C. Embarazo gemelar en el Hospital Chiquinquirá de Maracaibo. 1991-2000	3	León S. Ver Palmero MI.	219
Briceño-Pérez C. Gran mioma uterino y embarazo: reporte de un caso	115	Linares M. Ver Faneite P.	129
Briceño-Sanabria JC. Ver Briceño Pérez C.	115	Linares M. Ver Faneite P.	77
Briceño-Sanabria L. Ver Briceño Pérez C.	3	López C. Ver Prieto-Franchi MC.	155
Briceño-Sanabria L. Ver Briceño-Pérez C.	115	López Fuenmayor CE. Ver Prieto Franchi MC.	39
Chacín Peña B. Ver Rincón García A.	183	Martínez Díaz Y. Ver Sosa Olavaria A.	69
Coliña M. Ver Villalobos N.	133	Mata Campos DM. Ver Arcia O.	33
Colmenares B. Carcinoma epidermoide infiltrante de vulva: reporte de un caso	159	Medina Carballo A. Ver Sosa Olavaria A.	69
Cortés Charry R. Ver Figueira Rodríguez L.	121	Mejía-Montilla J. Ver Reyna Villasmil E.	177
Delgado P. Ver Faneite P.	61	Mendoza Rivas A. Ver Figueira Rodríguez L.	121
Dexeus S. Ver Grases-G PJ.	49	Menezes N. Ver Faneite P.	77
Di Stéfano L. Ver Sosa Olavaria A.	69	Palmero MI. Duplicación intestinal a nivel cecal: a propósito de un caso	215
Díaz Guerrero L. Ver Sosa Olavaria A.	69	Palmero MI. Hidratación ideal en el recién nacido sometido a acto quirúrgico	83
Essenfeld H. Ver Zigelboim I.	45	Palmero MI. Perforación intestinal sin tratamiento quirúrgico. Presentación de un caso	219
Faneite J. Ver Faneite P.	77	Peña A. Ver Benítez Guerra G.	211
Faneite J. Ver Faneite P.	61	Peña D. Ver Benítez Guerra G.	211
Faneite J. Ver Faneite P.	129	Pérez D'Gregorio R. Ver Agüero O.	189
Faneite P. 50 años de la Seccional del Centro, primogénita de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela	227	Pérez F. Ver Palmero MI.	219
Faneite P. Actualidad en mortalidad fetal	77	Prieto Franchi MC. Dipygus. Reporte de un caso	39
Faneite P. Frecuencia en el consumo de tabaco, alcohol, café y colas en embarazadas	61	Prieto-Franchi MC. Obstrucción intestinal durante el puerperio. Reporte de un caso	155
Faneite P. Mortalidad neonatal: gran reto	129	Ramos Pover AJ. Ver Arcia O.	33
Faneite P. Taller Latinoamericano FLASOG/OPS	223	Reigosa-Y A. Ver Sosa Olavaria A.	69
Faneite P. Ver Salazar Dugarte G.	15	Reyes J. Ver Palmero MI.	83
Fernández-Michelena M. Ver Velásquez N.	139	Reyna Villasmil E. Efecto de la terapia hormonal de reemplazo sobre el daño oxidativo en menopáusicas	177
Fernández-Michelena M. Ver Velásquez N.	23	Reyna-Villasmil E. Ver Torres Montilla M.	55
Figueira Rodríguez L. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas	121	Reyna-Villasmil N. Ver Reyna Villasmil E.	177
Fleitas Rodríguez F. Informe de actividades de la Biblioteca Dr. MA Sánchez Carvajal: período 2001-2004	163	Rincón García A. Reducción del dolor de hombro en laparoscopia ginecológica	183
Giugni Chalbaud G. Ver Sosa Olavaria A.	69	Rivas M. Ver Colmenares B.	159
Gómez LG. Ver Zigelboim I.	45	Rivera C. Ver Faneite P.	61
Gómez R. Ver Faneite P.	129	Rivera C. Ver Faneite P.	77
González de Chirivella X. Ver Salazar Dugarte G.	15	Rodríguez H. Ver Palmero MI.	215
González M. Ver Faneite P.	77	Romero G. Ver Arcia O.	33
		Sablone S. Ver Faneite P.	129
		Salazar Dugarte G. Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal	15
		Saulny de Jorges J. Editorial	1
		Saulny de Jorges J. Vigésimo Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela	171

ÍNDICES DEL VOLUMEN 64

Silva D. Ver Colmenares B.	159
Sosa Olavaría A. Anatomía vascular del sistema umbilico-porto-ductal en fetos de 20 a 25 semanas de gestación	69
Torres Montilla M. Absceso en divertículo del sigmoide simulando tumoración ovárica. Caso clínico	55
Torres-Montilla M. Ver Reyna Villasmil E.	177
Tresserra Casas F. Ver Grases PJ.	101
Tresserra F. Ver Grases-G PJ.	49
Velásquez Brucoli G. Ver Figueira Rodríguez L.	121
Velásquez N. Efectos poco publicados de los estrógenos. Revisión	139
Velásquez N. Secreción extrahipofisaria de prolactina	23
Venero Parra H. Ver Sosa Olavaría A.	69
Vilela O. Ver Colmenares B.	159
Villalobos Inciarte NE. Ver Prieto Franchi MC.	39
Villalobos N. Flora vaginal en pacientes seropositivas y seronegativas del virus de inmunodeficiencia humana	133
Zapata L. Palabras de Inauguración del XX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología	173
Zighelboim I. Prolapso tubario poshisterectomía. Un caso raro de iatrogenia	45
Zighelboim I. Utilidad de la histeroscopia en el fracaso de extracción de dispositivos intrauterinos	89
Zurita Peralta J. Ver Sosa Olavaría A.	69

ÍNDICE DE MATERIAS

50 años de la Seccional del Centro, primogénita de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Faneite P.	227
Absceso en divertículo del sigmoide simulando tumoración ovárica. Caso clínico. Torres Montilla M, Reyna-Villasmil E.	55
Actualidad en mortalidad fetal. Faneite P, González M, Faneite J, Menezes N, Alvarez L, Linares M, Rivera C.	77
Algunas contribuciones primiciales de la Maternidad Concepción Palacios a la Obstetricia y Ginecología Venezolanas. Agüero O, Pérez D'Gregorio R.	189
Anatomía vascular del sistema umbilico-porto-ductal en fetos de 20 a 25 semanas de gestación. Sosa Olavaría A, Zurita Peralta J, Giugni Chalbaud G, Bermúdez Zorrilla A, Díaz Guerrero L, Martínez Díaz Y, Larrazábal Hernández N, Venero Parra H, Di Stefano L, Medina Carballo A, Reigosa-Y A.	69
Angiosarcoma del ovario. Grases-G PJ, Tresserra F, Dexeus S, Grases-B P.	49
Bautizo del libro "Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela" del Dr. Oscar Agüero	170
Biblioteca Dr. MA Sánchez Carvajal, informe de actividades de la. Fleitas Rodríguez F.	1
Café y embarazo. Faneite P y col.	163
Carcinoma epidermoide infiltrante de vulva: reporte de un caso. Colmenares B, Silva D, Vilela O, Rivas M.	159
Colas y embarazo. Faneite P y col.	61
Dipygus. Reporte de un caso. Prieto Franchi MC, Villalobos Inciarte NE, Brea Andrade AF, López Fuenmayor CE.	39
Divertículo del sigmoide, absceso en. Torres Montilla M y col.	55
Duplicación intestinal a nivel cecal: a propósito de un caso. Palmero MI, León S, Bhuedo C, Rodríguez H.	215
Editorial. Saulny de Jorges J.	1
Efecto de la terapia hormonal de reemplazo sobre el daño oxidativo en menopáusicas. Reyna-Villasmil E, Torres-Montilla M, Reyna-Villasmil N, Mejía-Montilla J.	177
Efectos poco publicados de los estrógenos. Revisión. Velásquez N, Fernández-Michelena M.	139
Embarazo gemelar en el Hospital Chiquinquirá de Maracaibo. 1991-2000. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L.	3
Embarazo gemelar. Prieto Franchi MC y col.	39
Embarazo, gran mioma uterino y. Briceño-Pérez C y col.	115
Embarazo, violencia contra la mujer durante el. Benítez Guerra G. y col.	211
Embarazo. Faneite P y col.	61
Embarazo. Grases PJ y col.	101
Enfermedad trofoblástica de la gestación. Revisión. Grases PJ, Tresserra Casas F.	101
Enfermedad trofoblástica. Grases PJ y col.	101
Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. Figueira Rodríguez L, Ibarra Arias M, Cortés Charry R, Blasco de Oro M, Mendoza Rivas A, Velásquez Brucoli G.	121
Estrógenos, efectos poco publicados. Velásquez N y col.	139
Extracción de dispositivos intrauterinos, utilidad de la histeroscopia en el fracaso de. Zighelboim I.	89
Feto, anatomía vascular del sistema umbilico-porto-ductal en. Sosa Olavaría A y col.	69
Feto. Faneite P y col.	61
Feto. Salazar de Dugarte G y col.	15
Flora vaginal en pacientes seropositivas y seronegativas del virus de inmunodeficiencia humana. Villalobos N, Ameur R, Coliña M, Hernández E.	133
Frecuencia en el consumo de tabaco, alcohol, café y colas en embarazadas. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Guinand M, Delgado P.	61
Gran mioma uterino y embarazo: reporte de un caso. Briceño-Pérez C, Alaña-Peña F, Briceño-Sanabria L, Briceño-Sanabria JC.	115
Hidratación ideal en el recién nacido sometido a acto quirúrgico. Palmero MI, Reyes J.	83
Histeroscopia, utilidad de la. Zighelboim I.	89
Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal. Salazar Dugarte G, González de Chirivella X, Faneite P.	15
Informe de actividades de la Biblioteca Dr. MA Sánchez Carvajal: período 2001-2004. Fleitas Rodríguez F.	163
Intestino, duplicación. Palmero MI y col.	215
Intestino, obstrucción durante el puerperio. Franchi-Prieto MC.	155
Intestino, perforación. Palmero MI y col.	219

ÍNDICES DEL VOLUMEN 64

Laparoscopia ginecológica, reducción del dolor de hombro en. Rincón García A y col.	183
Macrosomía fetal, incidencia y factores de riesgo. Salazar de Dugarte G y col.	15
Malformación congénita, gemelos unidos. Prieto Franchi MC y col.	39
Malformación congénita, Síndrome cardio-digital (Holt-Oram). Arcia O y col.	33
Maternidad Concepción Palacios, algunas contribuciones primicias. Agüero O y col.	189
Menopausia. Reyna Villasmil E y col.	177
Mioma uterino. Briceño-Pérez C y col.	115
Mortalidad neonatal: gran reto. Faneite P, Linares M, Faneite J, Gómez R, Sablone S, Guedez J, González M.	129
Mortalidad. Faneite P y col.	129
Mujer, embarazo, violencia. Benítez Guerra G y col.	211
Normas de publicación en la ROGV.	III
Nulíparas, episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes. Figueira Rodríguez L y col.	121
Obstrucción intestinal durante el puerperio. Reporte de un caso. Prieto-Franchi MC, Villalobos N, Brea Andrade A, López C.	155
Ovario, angiosarcoma del. Grases PJ y col.	49
Palabras de Inauguración del XX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Zapata L.	173
XX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Abache E.	175
Perforación intestinal sin tratamiento quirúrgico. Presentación de un caso. Palmero MI, Pérez F, León S, León K.	219
Prolactina, secreción extrahipofisaria de. Velásquez N y col.	23
Prolapso tubario poshisterectomía. Un caso raro de iatrogenia. Zighelboim I, Kiser S, Gómez LG, Essensfeld H.	45
Puerperio, obstrucción intestinal durante el. Prieto-Franchi MC y col.	155
Recién nacido, hidratación en acto quirúrgico. Palmero MI y col.	83
Reducción del dolor de hombro en laparoscopia ginecológica. Rincón García A, Chacín-Peña B.	183
Rutinaria, episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. Figueira Rodríguez L y col.	121
Seccional del Centro, 50 años. Faneite P.	227
Secreción extrahipofisaria de prolactina. Velásquez N, Fernández-Michelena M.	23
Síndrome cardio-digital (Holt-Oram). A propósito de un caso. Maternidad "Concepción Palacios. Caracas. Arcia O, Mata Campos DM, Ramos Pover AJ, Romero G.	33
Tabaco y embarazo. Faneite P y col.	61
Taller Latinoamericano FLASOG/OPS. Faneite P.	223
Terapia hormonal de reemplazo sobre el daño oxidativo en menopáusicas, efecto de la. Reyna Villasmil E y col.	177
Trompas de Falopio, prolapso. Zighelboim I y col.	45
Utilidad de la histeroscopia en el fracaso de extracción de dispositivos intrauterinos. Zighelboim I.	89
Vagina. Villalobos N y col.	133
Vigésimo Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Saulny de Jorges J.	171
Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos. Benítez Guerra G, Peña A, Peña D.	211
Virus de inmunodeficiencia, flora vaginal en pacientes seropositivas y seronegativas del. Villalobos N y col.	133
Vulva, carcinoma epidermoide infiltrante de. Colmenares B y col.	159
XX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Abache E.	173

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
La SOGV informa que la siguiente obra se encuentra disponible
en nuestra biblioteca a la orden para su consulta:

BASES FISIOLÓGICAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Autores: Dvorkin / Cardinali
Edición: 13ra. Edición / Año 2003

Obra clásica y consagrada que resume la importancia clínica de la fisiología con alto rigor científico. Responde a un enfoque sumamente didáctico que aporta las bases fisiológicas para interpretar las enfermedades y fundamentar así la terapéutica.

ESTA NUEVA EDICIÓN PRESENTA:

Un innovador elemento como lo es un MAPA CONCEPTUAL que a lo largo de toda la obra servirá de referencia dentro de un contexto integrativo que facilitará la interrelación de los temas claves.

Contiene además un CD ROM que brinda a docentes y alumnos asistencia para el estudio de los distintos conceptos mediante la presentación de los temas y ejercicios.

CARACTERÍSTICAS DE LA OBRA:

- Texto diseñado para adaptarse a los programas de estudios vigentes.
- Prioridad del contexto clínico (el paciente) en la presentación de los temas.
- Incorporación del listado de objetivos explícitos para que el lector pueda jerarquizar y evaluar los conocimientos.
- Dibujos y gráficos a todo color, esquemas, cuadros ecocardiogramas y otros recursos diagnósticos. Casos clínicos desarrollados en paralelo con la presentación de los contenidos teóricos con el fin de brindar un contexto adecuado para su comprensión. Ejercicios de revisión y evaluación. Lecturas adicionales seguidas. Novedosa incorporación de elementos de la fisiología pediátrica diferenciada de la fisiología de los adultos, para la interpretación de la fisiopatología de las enfermedades del niño.
- Fisiología del envejecimiento y de la muerte y la interpretación de los fenómenos fisiológicos que tienen lugar en esas etapas vitales.