

Revista Centroamericana de

ISSN 0428-0911

Obstetricia y Ginecología

REVCOG

ÓRGANO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN CENTROAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Volumen 21, Número 2, Abril - Junio 2016

FECASOG

50
Años

EDITORIAL

ARTÍCULO ORIGINAL

Análisis de conocimiento, actitudes y prácticas sobre aborto incompleto en una muestra de proveedores de salud en obstetricia de Ecuador
Dr. Wilfrido León y cols (Ecuador).

Analgesia en primigesta en trabajo de parto tramadol IM, desde 1 de febrero 2014. Hospital Municipal Boliviano Holandés. (H.M.B.H)
Dra. Lizeth Orieth Mena Revollo (Bolivia)

PRESENTACIÓN DE CASO

Cerclaje, tratamiento quirúrgico conservador en embarazo ectópico cervical, tres casos. Instituto salvadoreño del seguro social, hospital materno infantil 1 de mayo.
Dr. Francisco Eduardo Turcios (El Salvador)

REPORTE DE CASO

Diagnóstico prenatal de atresia tricuspídea
Dra. Karla Isabel Parodi Turcios y col (Honduras)

Corioangioma Placentero

Dra. Karla Isabel Parodi Turcios y cols (Honduras)



REVISTA CENTROAMERICANA
**OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

ISSN 0428-0911
indexada: lilacs
scielo

Órgano oficial de la FECASOG

Volumen 21, número 2, abril-junio 2016

DIRECTOR

Dr. Julio Pozuelos Villavicencio
Guatemala

SUBDIRECTOR

Dr. Carlos Enrique Zea Flores
Guatemala

SECRETARIO

Dr. Rodolfo Andriano
Guatemala

DISEÑO

Carmen María Zea

COMITE EDITORIAL

Dr. Juan Carlos Zea Vega
Dr. Carlos Alejos
Dr. Luis Rolando Hernandez
Dr. Edgar Kestler
Dr. Cesar Augusto Reyes M.

COMISIÓN DE PUBLICACIONES CENTROAMERICANAS

Guatemala

Dr. José León Castillo
Dr. Guillermo Dorián

El Salvador

Dr. Douglas Jarquin
Dra. Evelyn Vasquez
Dr. Otoniel Vazquez
Dr. Sigfrido López Bernal

Costa Rica

Dr. Gerardo Montiel
Dr. Oscar Cerdas
Dr. Rafael Calderón

Honduras

Dra. Carolina Bustillos
Dra. Ana Ligia Chinchilla
Dr. Oscar Nolasco
Dr. Arnoldo Cambar
Dra. Wendy Carcomo

Nicaragua

Dra. Indiana Talavera Martínez
Dr. Yander Palma Villanueva

Panamá

Dr. José de Gracia
Dr. Rafael de Gracia

COMITE EJECUTIVO FECASOG

Dra. Beatriz Alejandra Sosa.
Dr. Kristian Navarro Salomón.
Dra. Vivian Rivera Ochoa.

Presidente

Secretaría
Tesorera

PRESIDENTES DE ASOCIACIONES Y SOCIEDADES DE FECASOG

Guatemala
El Salvador
Honduras
Nicaragua
Costa Rica
Panamá

Dr. Marco Adolfo Peláez Morales
Dr. Miguel Guidos
Dr. Kristian Navarro
Dra. María Eugenia García
Dr. Mauricio Herrero Knöhr
Dr. Alfredo Beitia

**EXDIRECTOR FUNDADOR
EXDIRECTOR**

Dr. J. Augusto Gonzales†
Dr. Clemente Guidos
Dr. Salvador Batista Mena
Dr. Haroldo López Villagrán†

Director fundador

ÍNDICE

30 EDITORIAL

31 ARTÍCULO ORIGINAL

Análisis de conocimiento, actitudes y prácticas sobre aborto incompleto en una muestra de proveedores de salud en obstetricia de Ecuador
Dr. Wilfrido León y cols (Ecuador),

38 Analgesia en primigesta en trabajo de parto tramadol IM, desde 1 de febrero 2014. Hospital Municipal Boliviano Holandés. (H.M.B.H)
Dra. Lizeth Orieth Mena Revollo (Bolivia)

PRESENTACIÓN DE CASO

41 Cerclaje, tratamiento quirúrgico conservador en embarazo ectópico cervical, tres casos. Instituto salvadoreño del seguro social, hospital materno infantil 1 de mayo.
Dr. Francisco Eduardo Turcios (El Salvador)

REPORTE DE CASO

43 Diagnóstico prenatal de atresia tricuspídea
Dra. Karla Isabel Parodi Turcios y col (Honduras)

47 Coriaoaangioma Placentero
Dra. Karla Isabel Parodi Turcios y cols (Honduras)

INDEX

30 EDITORIAL

31 ORIGINAL ARTICLES

Analysis of knowledge, attitudes and practices about incomplete abortion of a sample of medical providers of obstetrics of Ecuador
Dr. Wilfrido León et. al (Ecuador).

38 Analgesia in labor primigesta hydrochloride tramadol from september 1, 2013 to 28 february 2014. Hospital municipal boliviano holandés. (H.M.B.H)
Dra. Lizeth Orieth Mena Revollo (Bolivia)

CASE PRESENTATION

41 Cerclage, surgical conservative treatment in cervical ectopic pregnancy, three cases. Instituto salvadoreño del seguro social, maternal and child hospital, from May 1st.
Dr. Francisco Eduardo Turcios (El Salvador)

CASE REPORT

43 Prenatal diagnosis of tricuspid atresia
Dra. Karla Isabel Parodi Turcios et. al (Honduras)

47 Placental coriaoaangioma
Dra. Karla Isabel Parodi Turcios et. al (Honduras)

Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología es una publicación trimestral, Órgano oficial de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG). Los artículos son propiedad de la Federación Centroamericana de Sociedades y Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. El contenido de los artículos no necesariamente refleja el pensamiento de la FECASOG, por lo que el mismo es responsabilidad de sus autores. Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier parte de su contenido, por cualquier medio impreso o electrónico, sin la autorización por escrito del Director de la revista. Dirección postal: 12 calle 2-04, zona 9 Edif. Plaza del Sol 3-S, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Centroamérica. Tel: (502) 2331-2629. Dirección electrónica: revcog@intelnet.net.gt. Todo trabajo para publicación deberá, de preferencia, venir a través de la asociación correspondiente, aunque no se excluirá por no venir a través de las mismas, se le dará preferencia a los trabajos por miembros de las asociaciones federadas FECASOG. La revista no se responsabiliza por las opiniones vertidas por los autores. Derechos reservados. Precio US \$20.00 por un año, cuatro números. \$8,00 por número separado. Los miembros de las asociaciones que forman el FECASOG recibirán la revista sin costo alguno. Tiraje: 2000 ejemplares. Redacción, Administración, Editada y Producida por el Comité de Publicaciones de la Federación Centroamericana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECASOG). Distribuida por Laboratorios PROCAPS. Impresa por Graphic Artiform, S.A. 40 calle 22-55 zona 12.

El contenido completo de los artículos podrá consultarse en: www.fecasog.org E-mail: revcog@intelnet.net.gt

EDITORIAL



La nueva FECASOG

La Federación Centroamericana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) fue fundada en el año de 1949, y desde entonces se ha consolidado como una de las Instituciones científicas y académicas más sólidas del continente americano. Integrada por las asociaciones de ginecología y obstetricia de cada una de las naciones centroamericanas, ha evolucionado en la línea del tiempo y se ha adaptado a cada uno de los cambios que la época ha demandado; logros importantes en su haber, 30 ediciones del Congreso centroamericano de la Federación, una revista científica de 50 años con múltiples publicaciones desde su creación, un comité de investigación dinámico que desde hace 25 años a través de su producción ha obtenido reconocimientos internacionales; con credibilidad y prestigio ha influido en diferentes políticas de estado en el ámbito de la salud materno – Infantil en cada uno de los países miembro. Los programas de Post grado en ginecología y Obstetricia de la región han incrementado su nivel académico por medio del trabajo del comité de acreditación FECASOG- ACOG facilitando así la incorporación de los asociados al Colegio Americano de Ginecología y obstetricia con las inherentes ventajas que esto conlleva.

El mes de junio del 2013 significó un antes y un después para la federación. Se instaló la tan anhelada sede permanente en la ciudad de Guatemala, Guatemala. Con personería Jurídica debidamente reconocida, y con la necesidad de concordancia de estatutos y reglamentos con la legislación vigente de la ciudad sede, desde el 2013 intentamos, insatisfactoriamente, acoplar nuestros estatutos a las leyes guatemaltecas; finalmente se abrió el camino, y en asamblea extraordinaria celebrada el 21 de Febrero del 2015 en la Ciudad de Guatemala y posteriormente ratificado en Ciudad de Panamá el 24 de Octubre del 2015, se decide que la Asociación FECASOG inscrita en Guatemala, se constituirá como una fracción de la FECASOG original y que su función será única y exclusivamente el manejo financiero de la Federación, evitando así realizar cambios a los estatutos actuales, preservándolos tal y como en sus orígenes fueron concebidos. Es así como se creó la nueva comisión Financiera, COFIN FECASOG, con el entendido que esa comisión debe contar, como lo ordena la ley en Guatemala

con una junta directiva de 7 miembros, integrándose de la siguiente manera. El Presidente, Secretario y Tesorero, corresponden al Comité Ejecutivo de FECASOG, La figura de Vicepresidente, con la finalidad de ejercer la representación legal en Guatemala, debe recaer en un socio guatemalteco por nacimiento, acordando entonces que cuando el Comité Ejecutivo no sea guatemalteco, será el Presidente en funciones de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala el nombrado para ese cargo; los vocales serán propuestos por las Asociaciones que organizaran los siguientes congresos centroamericanos.

Para la actual gestión, y en Asamblea General de Delegados celebrada en Tegucigalpa, Honduras, el día 29 de febrero del presente año quedó conformado, para el periodo 2016-2018, el Comité Ejecutivo de FECASOG:

Dra. Beatriz Alejandra Sosa (Honduras) Presidente
Dr. Kristian Navarro Salomón (Honduras) Secretario
Dra. Vivian Rivera Ochoa (Honduras) Tesorera

Y según lo establecido anteriormente la junta directiva de COFIN FECASOG:

Dra. Beatriz Alejandra Sosa (Honduras) Presidente
Dr. Marco Antonio Peláez (Guatemala) Vicepresidente
Dr. Kristian Navarro Salomón (Honduras) Secretario
Dra. Vivian Rivera Ochoa (Honduras) Tesorera
Dra. Wendy Cárcamo Madrid (Honduras) Vocal I
Dr. Roberto Epifanio (Panamá) Vocal II
Dr. Miguel Guidos (El Salvador) Vocal III

Con una visión clara y objetiva, los nuevos directivos de FECASOG tenemos el reto de hacerla crecer, aprovechar las nuevas oportunidades, generar inversiones, reglamentar y optimizar la utilización de fondos obtenidos, continuar con el apoyo a las actividades académicas existentes y realizar más, mejorar la calidad y el número de investigaciones y publicaciones, lograr un impacto real en la comunidad y solo de esta manera conquistar el objetivo primordial de la institución, *mejorar la calidad de vida de la mujer centroamericana.*

Los invitamos a formar parte del cambio, a involucrarse y sobre todo a empoderarse de esta noble organización, solo juntos haremos cada día más grande a la Federación centroamericana de asociaciones de Obstetricia y Ginecología.

Dra. Beatriz Alejandra Sosa
Presidente Comité Ejecutivo

FECASOG 2016-2018

ARTÍCULO ORIGINAL

ANÁLISIS DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ABORTO INCOMPLETO EN UNA MUESTRA DE PROVEEDORES DE SALUD EN OBSTETRICIA DE ECUADOR

Dr. Wilfrido León^{1,2,3}, Dr. Eduardo Yépez^{1,2}, Mónica Cárdenas⁴, Dra. Fabiola Carrión⁴, Octavio Miranda¹⁻⁵

RESUMEN

Objetivos: analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tiene una muestra voluntaria de proveedores de salud en obstetricia asistentes al XXI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia del Ecuador sobre muerte materna, leyes nacionales y tratamientos relacionados al aborto incompleto.

Material y Métodos: Se realizó una intervención investigativa transversal descriptiva y analítica a través de encuestas en una muestra voluntaria simple de 101 profesionales. Se aplicó una encuesta tipo Likert, estructurada, validada y basada en experiencias nacionales y de la región, acerca de datos generales y sociodemográficos del encuestado, conocimientos teóricos acerca de la epidemiología del aborto y la muerte materna; actitudes acerca del manejo del aborto inseguro; y acerca de la práctica de prescripción de misoprostol y tratamiento quirúrgico por aspiración.

Resultados: Se analizaron 94 encuestas. La población encuestada tiene un promedio de edad de 44,2 años, 16 años promedio de práctica, con relación estable la mayoría, hijos un 75% y religión católica declarada en 89,36%. La religión influyó en sus respuestas en 41,49%. Un 60,64% de la muestra corresponde a obstetras, gineco obstetras 25,5% y médicos 13,83%.

En cuanto a conocimientos teóricos acerca de la epidemiología del aborto y la muerte materna determinan el aborto de alta prioridad pues atienden pacientes públicas y privadas, con una frecuencia alta de abortos inducidos previos.

Consideran la ampliación de motivos para aborto en la ley con la proyección de reducción de mortalidad aunque los casos aumenten. Un 44,68% consideran no restrictiva la Ley ecuatoriana; y para un 35% es poco necesaria la existencia de un protocolo de atención. La mayoría están de acuerdo con las indicaciones

contempladas en la ley; sin embargo, 23,41% consideran no debería haber causales para el aborto, un 26,6% contempla la posibilidad de denunciar el aborto y un 56,4% no practica el aborto dentro de la legalidad por motivos religiosos.

En su mayoría consideran suficientes sus conocimientos de derechos reproductivos, se sienten solventes respecto a la consejería en misoprostol, aunque la insatisfacción respecto a consejería de aborto inducido es alta en 59,57%.

Un 25% están en desacuerdo de la efectividad de misoprostol, aunque un 67,02% lo consideran de primera elección para aborto incompleto. A un 40% le resultó más fácil su uso que el quirúrgico. Un 58,51% consideran que el proveedor debe decidir el método a recibir para un aborto y no la paciente, y tiene un 58,5% preocupación por la infección posaborto. Un elevado 74,47% consideran el ultrasonido como indispensable para el diagnóstico inicial de aborto incompleto y un 80,85% para confirmar el éxito del uso de misoprostol. Curiosamente más del 89% de encuestados leerán y discutirán más del tema.

Conclusiones: Los conocimientos técnicos de los proveedores encuestados se encuentran en un nivel aceptable, sin embargo, las actitudes y prácticas que privilegien a las mujeres con un manejo seguro, correcto, fundamentado en derechos y en las mejores metodologías terapéuticas quedan en deuda evidente en esta muestra de profesionales mayoritariamente de género femenino.

Se debe implementar estrategias efectivas de divulgación, sensibilización e implementación de buenas prácticas de atención del aborto que permitan que se interiorice en los proveedores la garantía de derechos con la que se debe atender a las mujeres ecuatorianas con cuadros de aborto incompleto.

Palabras clave: Aborto, conocimientos, actitudes, prácticas, médicos gineco-obstetras.

¹ Gineco-Obstetra FESGO

² Docente Universidad Central de Ecuador

³ Docente Universidad Católica del Ecuador

⁴ Planned Parenthood Global

⁵ Docente Universidad UNIANDÉS

SUMMARY

Objectives: to examine the level of knowledge, attitudes and practices which has a voluntary sample of health care providers at Obstetrician attending the 21st National Congress of gynecology and obstetrics of the Ecuador on maternal death, national laws and treatments related to the incomplete abortion.

Material and methods: a descriptive and analytic cross-sectional investigative intervention through surveys took place in a simple voluntary sample of 101 professionals. Applied a structured survey validated and based on national experiences and of the region, General information and demographic of the respondent, theoretical knowledge about the epidemiology of the abortion and maternal death; attitudes about the management of unsafe abortion; and about the practice of prescription of misoprostol and surgical aspiration.

Results: 94 surveys were analyzed. The surveyed population has an average of 44.2 years, 16 years old average practice, with the most stable relationship, children Catholic religion declared by 89,36% and 75%. Religion influenced their responses to 41.49%. 60,64% of the sample corresponds to midwives, ob obstetricians 25.5% and medical 13.83%.

Enlargement of reasons for abortion is considered the law with reducing mortality projection although cases increase. A 44,68% considered not restrictive it law Ecuadorian; and for a 35% is little required the existence of a protocol of care. Most are in accordance with the particulars referred to in the Act; However, 23.41% believe there should not be grounds for abortion, a 26.6% contemplates the possibility of denouncing abortion and a 56.4% does not practice abortion within the law for religious reasons.

Mostly considered insufficient their knowledge of reproductive rights, feel solvents with respect to counseling in misoprostol, although dissatisfaction regarding induced abortion counseling is high at 59.57%.

25% are in disagreement about the effectiveness of misoprostol, although a 67,02% consider it of first choice for incomplete abortion. 40% found it easier to use than the surgical. A 58.51% consider that the supplier must decide the method to receive an abortion and not the patient, and has a 58.5% concern by postabortion infection. A high 74,47% consider the ultrasound as indispensable for the initial diagnosis of incomplete abortion and 80,85% to confirm the success of the use of misoprostol. Curiously, more than 89% of respondents read and discuss over the issue.

Conclusions: The expertise of providers surveyed are at an acceptable level, however, attitudes and practices that favour women with safe driving, correct, based on rights and on the best therapeutic methodologies remain indebted evident in this sample of professionals mostly women. Guarantee rights that must attend Ecuadorian women with incomplete abortion pictures must implement effective strategies for dissemination, awareness and implementation of good practices of abortion care that allow that it committed suppliers.

In terms of theoretical knowledge about the epidemiology of the abortion and maternal death determine the abortion of high priority because they attend public and private patients with a high frequency of previous induced abortions.

Key words: abortion, knowledge, attitudes, practices and medical Ob / Gyn.

INTRODUCCION

El aborto incompleto sigue contribuyendo de manera desproporcionada a la morbilidad y mortalidad materna en los países en desarrollo.¹⁻²⁻³⁻⁴ Se estima que un tercio se realiza bajo condiciones inseguras.⁵ El aborto incompleto puede ser manejado con conducta expectante, quirúrgica o con fármacos. Durante muchos años, el manejo quirúrgico ha sido el patrón de atención en todo el mundo, y su seguridad y eficacia fueron bien comprobadas en el contexto de una atención médica de alta calidad.⁴ Conocer y aplicar la opción de un aborto medicamentoso con prostaglandinas tiene la ventaja de que se proporciona de manera segura, fácil y su costo es inferior, comparado con los métodos quirúrgicos.

La disponibilidad y aplicación de un aborto quirúrgico mediante aspiración por vacío o dilatación y legrado es más compleja por la dificultad de contar con todos los requisitos para su realización. A esto le sumamos las leyes y reglamentaciones nacionales que pueden diferir la atención de las pacientes con este tipo de aborto.⁵

Afecta en particular a las mujeres con desfavorables condiciones socio – económicas y que tienen dificultades de acceder al sistema de salud.¹⁻³

Los profesionales del equipo de salud relacionados directamente al manejo del aborto deben disponer de conocimientos, actitudes y prácticas que le permitan ofrecer a las mujeres la mejor calidad de atención desde una perspectiva integral y de derechos, para garantizar la salud sexual y reproductiva actual y futura de la mujer.³⁻⁴

El abordaje de la atención del aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos y como un deber de todo profesional de la salud; para mejorar significativamente la salud materna, neonatal y reproductiva se debe apoyar intervenciones basadas

en la mejor evidencia disponible dentro de un marco de derechos y de promoción de la salud.⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷

La Federación Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (FESGO) dentro del "Plan de Implementación de Buenas Prácticas en el Marco de la Evidencia científica para el manejo adecuado de las causas de Mortalidad y Morbilidad Materna en el Ecuador" que lleva a cabo desde hace algunos años ha puesto de relevancia la necesidad de disponer de datos respecto a los conocimientos y las conductas de sus asociados para direccionar un proceso de capacitación continua que es una parte de la misión de una organización científica nacional que agremia a gineco-obstetras de todo el país.

De acuerdo a estadísticas del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC),⁸ los egresos por aborto siguen siendo los más numerosos y estarían relacionados a la morbi mortalidad materna.

Optimizar la atención integral del aborto es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal⁹ y en las prioridades de investigación de salud 2013- 2017 del Ministerio de Salud Pública¹⁰

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una intervención investigativa transversal descriptiva y analítica en más del 20% de asistentes al XXI Congreso nacional de Ginecología y Obstetricia, realizado del 13 al 16 de mayo de 2015 en la Ciudad de Ambato en Ecuador. Se obtuvo el llenado de las encuestas en una muestra no intencionada simple de 101 individuos que participaron voluntariamente. La recolección de datos estuvo a cargo del equipo consultor, y su análisis se realizó entre junio y agosto del 2015.

El instrumento sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto fue diseñado por una consultoría a partir de encuestas empleadas en estudios regionales y una experiencia previa local.^{11-12-13- 14}

Se realizó la revisión del instrumento de autollenado por expertos locales e internacionales y dos profesionales de salud sexual y reproductiva docentes universitarios, participaron en la validación (face validity).

El cuestionario final constó de 10 preguntas abiertas de información personal manteniendo la confidencialidad y el anonimato del participante (edad, sexo, religión, estado civil, número de hijos, años de práctica, sector de trabajo, casos de aborto por mes y tratamiento farmacológico); y de 44 preguntas tipo Likert divididas en cuatro objetivos:

- conocimientos teóricos acerca de la epidemiología del aborto y la muerte materna;
- actitudes acerca del manejo del aborto fuera de la Ley ecuatoriana;
- acerca de la práctica de prescripción de misoprostol (mecanismos de acción, indicaciones, eficacia, efectos adversos, contraindicaciones, legalidad en nuestro medio y forma de administración); y,
- tratamiento quirúrgico por aspiración (disposición para emplear el método y recomendarlo, accesibilidad, consejería e indicaciones).

Las preguntas realizadas se distribuyeron de acuerdo a los objetivos específicos planteados, correspondiendo a la siguiente conformación de la encuesta por tipo de preguntas: 6 de conocimientos, 18 de actitud y 22 de prácticas relacionadas a aborto incompleto.

Los datos fueron revisados e ingresados a la base de datos Excel, y analizados con estadística descriptiva dependiendo de las variables y los propósitos del estudio. Una vez establecidos los resultados de acuerdo a su distribución porcentual y de frecuencias fueron agrupados en tablas. El estudio contó con el apoyo técnico financiero de Planned Parenthood.

RESULTADOS

De las 101 encuestas recibidas, se analizaron 94; se excluyeron 7 encuestas por gran cantidad de preguntas no contestadas o doblemente contestadas (tasa de inclusión de 93%).

Respecto a la información general de los participantes se encontraron los siguientes resultados:

Las edades del grupo encuestado oscilaron entre 24 y 68 años, con un promedio de 44,2 años. Existió un predominio del sexo femenino (77,66%), de estado civil casados o unidos (58,51%), seguidos de solteros (28,72%) fueron la mayoría; tiene hijos un 75,53% en un rango de 1 a 3 o más.

Refirieron ser profesantes de religión católica o cristiana la mayoría (89,36%). La religión influyó mucho en sus respuestas en esta encuesta en un 41,49%, frente a un 43,62% que están en desacuerdo con dicha influencia. Un 55,32% de participantes asisten de manera muy regular a los oficios religiosos.

Los encuestados ejercen su actividad profesional en el ámbito público en un 43,63%, en el privado en 32,97% y en ambos ámbitos el 23,4%.

La práctica profesional en Obstetricia se distribuyó de 1 a 10 años con 34,04%, de 11 a 20 años de práctica el 27,66%; de 21 a 30 años el 20,21%; un 7,45% tiene práctica de 31 a 40 años. El promedio de años de práctica es de 16 años.

Mayoritariamente la muestra encuestada fue de obstetras con 60,64%, gineco-obstetras en 25,5% y médicos en 13,83%

Un 59,57% de encuestados indicaron que han tratado casos de aborto en los últimos 6 meses. Con un promedio mensual de 4,54 casos; un 65,95% de dichos encuestados mencionaron haber tratado de 1 a 10 casos, un 3,19% trató de 11 a 20 casos y un 4,26% más de 21 casos.

Las preguntas relacionadas a la epidemiología de la muerte materna y aborto incompleto arrojaron los siguientes resultados:

Respecto a la consideración de que en Ecuador la muerte materna por aborto incompleto es un grave problema de salud, un 81,91% están de acuerdo y en total acuerdo con este problema de salud pública.

Consideran que sus conocimientos de derechos sexuales y derechos reproductivos son suficientes en un 74,47%.

Sienten tener la solvencia necesaria para hacer consejería en métodos de aborto en un 62,77%.

Un elevado 74,47% de participantes consideran el uso del ultrasonido como indispensable para el diagnóstico inicial de aborto incompleto.

La religión influyó mucho en sus respuestas en esta encuesta en un 41,49%, frente a un 43,62% que están en desacuerdo con dicha influencia. Un 55,32% de participantes asisten de manera muy regular a los oficios religiosos.

En un 96,81% están de acuerdo que un servicio posaborto debería incluir tratamiento y/o transferencia para Planificación familiar.

La sensación de insatisfacción al realizar asesoría acerca de aborto inducido es de un 59,57% con un 22,34% de personal satisfecho.

Luego de esta encuesta, en 89% y 90% los encuestados creen que en los próximos 3 meses leerán más acerca de aborto inseguro y hablarán – discutirán con sus colegas del tema aborto.

Las preguntas relacionadas a la ley ecuatoriana y aborto incompleto encontraron los siguientes resultados:

Un 55,32% de participantes consideran que la ley ecuatoriana respecto al tema aborto es restrictiva y para un 35,11% la existencia de un protocolo para atender a las mujeres que solicitan un aborto dentro de la ley es poco necesaria.

Si las indicaciones contempladas en la Ley ecuatoriana se extendieran, un 57,45% de encuestados están de acuerdo en que las atenciones por aborto aumentarían, sin embargo, un 66% consideran que las muertes maternas disminuirían.

Creer que la ley ecuatoriana debe permitir el aborto en casos de discapacidad mental un 72,34%; en casos de peligro para la salud y la vida de la mujer en un 80,85%, se reduce a 64,89% en casos de violación; y, consideran que no deberían existir causales para el aborto en un 23,41%.

En su práctica clínica obstétrica la frecuencia de atención de pacientes que se han practicado un aborto inducido en algún momento de su vida es muy frecuente en un 57,45%

En los casos que atienden sospecha de aborto inducido, la determinación de atenderla con total apego al secreto profesional se encuentra en un 82%; contemplan algún tipo de denuncia del caso en 26,6%, frente a una oposición a la denuncia en un 46,81%.

Cuando acude al establecimiento una mujer con una complicación de aborto, es tratada con respeto a sus derechos humanos en un 84,05%, con apoyo psicológico y consejería en un 83%, y con atención médico-quirúrgica en un 73,41%

Si una mujer le solicitara un aborto en las condiciones que la ley actual establece, se lo practican apenas en un 29,8% pese a estar dentro de lo legal. Un 57,45% que no lo hacen, y un 56,4% no lo practican por motivos religiosos.

Si se lo solicita fuera de la ley actual, dan consejería e información sobre tratamiento farmacológico en un 44,68% y no están de acuerdo en esta consejería un 42,56%

Curiosamente frente a estas respuestas, un 79,8% luego de esta encuesta tendrá una actitud activa y participativa sobre las leyes de aborto (el alcance de esta encuesta no permite distinguir el tipo de participación que tendrán, a favor o en contra). Respecto a las preguntas relacionadas al uso de misoprostol y aborto incompleto se tuvo los siguientes resultados:

Consideran de primera elección ofrecer misoprostol como un tratamiento para aborto incompleto un 67,02% Por la experiencia, usar un método medicamentoso para tratar aborto incompleto de menos de 12 semanas

es igual de efectivo y seguro que el tratamiento quirúrgico en un 60%, un 25% están en desacuerdo con su efectividad y un 59% de acuerdo con su seguridad similar al tratamiento quirúrgico

Un método medicamentoso para el tratamiento de aborto incompleto es de fácil uso en un 60,64% y en 44,68% están de acuerdo con el fácil acceso de un método medicamentoso para el tratamiento de aborto incompleto.

Comparado con el método quirúrgico, aplicar el método farmacológico para tratar aborto incompleto de menos de 12 semanas le resultaría o resultó más difícil en un 42,56%, les resultó fácil en un 40,43%

Están de acuerdo en que el proveedor de servicio debe ser quien decida el método de evacuación en paciente con hemodinamia estable en un 58,51% y no están de acuerdo en un 26,6%

El reporte de uso previo de prostaglandinas para uso en aborto en la consulta médica es muy frecuente en un 47,88%

El proveedor de servicio obstétrico tiene en la consejería un componente vital en 67% en el uso de misoprostol.

Su preocupación es alta respecto al riesgo infeccioso con el uso de misoprostol en aborto incompleto o diferido en un 57,45%

El ultrasonido lo consideran indispensable para confirmar el éxito del tratamiento farmacológico de aborto incompleto en un 80,85%

Respecto a las preguntas relacionadas al uso de aspiración endouterina (AMEU) y aborto incompleto se tuvo los siguientes resultados:

Si una paciente con aborto incompleto está estable hemodinámicamente, seleccionar su método de evacuación con asesoría (por Ej., misoprostol vs. AMEU) es responsabilidad de la paciente en un 46,81%, comparado con un 42,55% que no la hacen escoger.

El uso de ultrasonido es indispensable para la confirmación de éxito del tratamiento de aborto incompleto con AMEU (aspiración endouterina) en un 58,51% de la muestra estudiada.

El legrado instrumental uterino es de primera elección para un aborto de menos de 12 semanas para el 25,53%, mientras que en un 58,51% no le consideran ya de primera elección.

DISCUSIÓN.

La muestra voluntaria de encuestados es mayoritariamente de mujeres profesionales relacionadas a la salud sexual y reproductiva, con

relaciones maritales estables, amplia experiencia profesional, con hijos y religión católica en su mayoría. En este grupo humano, la identificación de conocimientos, actitudes y prácticas del grupo de encuestados acerca de factores relacionados a muerte materna por aborto incompleto nos permite visualizar que los encuestados consideran la relación muerte materna – aborto un verdadero problema de salud pública.

Para abordar esta problemática pública mencionan que sus conocimientos de derechos sexuales y reproductivos son suficientes, sin embargo, la asesoría que la realizan con solvencia les deja una sensación de insatisfacción pese a que contemplan un servicio de atención posaborto integral.^{13,14,15}

La práctica clínica de esta muestra reporta en 50% la intención de aborto provocado actual o en el pasado.^{15, 16}

Consideran que la ley ecuatoriana al respecto no es muy liberal y que si las indicaciones se ampliarían el número de atenciones aumentaría reduciendo las muertes maternas por aborto inseguro. Esta ampliación de indicaciones tiene más predisposición hacia la discapacidad mental y las condiciones de peligro para la salud y la vida de la mujer, reduciéndose esta actitud respecto a la violación y en un inaceptable porcentaje consideran que no se debería permitir bajo ningún causal. Muchas publicaciones hacen afirmaciones favorables al respecto.^{11, 12}

En el caso de atender un caso de aborto provocado lo atiende en altos porcentajes con apego al secreto profesional, con apoyo psicológico y consejería y con atención médica – quirúrgica. Sin embargo, una inaceptable cuarta parte de encuestados contemplaría algún tipo de denuncia contra la paciente, y un 60% no le practica un aborto aunque la paciente esté dentro de las causas contempladas en la ley. En más de 50% el motivo tiene vinculación con la religión del proveedor constituyéndose en objetores de conciencia, al además no brindar consejería e información sobre aborto seguro a aquellas pacientes que se encuentren fuera de las indicaciones contempladas por la ley ecuatoriana. Un 40% se resiste a que sea la paciente quien pueda opinar y elegir el método de tratamiento del cuadro de aborto. Si ambas opciones son apropiadas, se debe respetar la decisión de la mujer.^{17,22} Se impone entonces una mayor capacitación en el tema, tomando como ejemplo las pautas estipuladas por la OMS.¹⁸ y otros estudios.¹⁹

Llama la atención que en partes iguales están de acuerdo y desacuerdo en la necesidad de contar con un protocolo de atención a las pacientes con un aborto contemplado por la ley.

La identificación de conocimientos, actitudes y prácticas del grupo de encuestados acerca de factores relacionados a buenas prácticas como el

uso basado en evidencia de misoprostol y aspiración manual endouterina (AMEU) en el manejo del aborto incompleto, se encuentran porcentajes preocupantes de falta de confianza en el método farmacológico frente al quirúrgico en cuanto a efectividad, seguridad, riesgo infeccioso y facilidad de administración; se evidencian elevadas reacciones de desacuerdo con la disponibilidad fácil del tratamiento farmacológico, pese a que lo consideran de primera elección y un componente vital para la consejería en el manejo del aborto. Un preocupante 25% aun considera el uso del legrado instrumental como beneficioso frente a metodologías terapéuticas probadas como misoprostol y AMEU.^{20, 21}

Identificar conocimientos, actitudes y prácticas del grupo de encuestados acerca de factores relacionados a uso de aspiración manual endouterina (AMEU) para manejo del aborto incompleto.

Se debe Implementar estrategias educativas que consigan discontinuar la dependencia excesiva del ultrasonido para el manejo del aborto, tanto para el diagnóstico como para la verificación exitosa del tratamiento farmacológico.

La participación en la encuesta les motivará a leer más en el corto plazo acerca de aborto inseguro, conversar al respecto con sus colegas y a tener una actitud más activa y participativa sobre las leyes del aborto (aunque esta encuesta no tiene el alcance de determinar en qué dirección será dicha participación).

Es altamente preocupante el nivel de desconocimiento presente en un tema que encierra muchos dilemas de diferente índole como es el aborto; la ausencia de respuestas y las respuestas que reflejan incertidumbre alcanzaron en esta muestra un 15%. Se debe trabajar arduamente desde todas las aristas vinculadas a esta problemática para clarificar aspectos fundamentales del manejo respetuoso, de calidad, basado en derechos y evidencias en los temas relacionados al aborto seguro.

Nuevos estudios deben ser realizados en una población más amplia de gineco-obstetras federados e intervenciones educativas y de sensibilización para mejorar la calidad de atención del aborto.

Contribuciones de autoría

Miranda, O., Yépez, E., y León, W. diseñaron la intervención; elaboraron las encuestas y realizaron el análisis e interpretación de los resultados; Yépez, E., Miranda, O., Cárdenas, M. y Carrión F. revisaron las encuestas y resultados; León, W. escribió el manuscrito.

Planned Parenthood (PPFA) brindó apoyo técnico y financiero para la realización de la presente intervención.

Todos/as los autores aprobaron la versión final.

BIBLIOGRAFIA

1. Fáundes, A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Oct; 119 Suppl 1:S68-71.
2. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;3:CD007223.
3. León, W. Yépez, E. Manejo Ambulatorio del Aborto Incompleto. Importancia de su implementación. En: *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia.* Vol XXI. Enero – Agosto 2014. ISSN 1390-4132 / ISSN 1390-4124.
4. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl 2):S186–9.
5. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov 9;(11):CD002855.
6. Mbizvo MT, Chou D, Shaw D. Today's evidence, tomorrow's agenda: implementation of strategies to improve global reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013 May;121 Suppl 1:S3-8.
7. GTR. Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C., PAHO, 2003 <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2009/DCEI.pdf> Acceso 15/02/2010
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC 2010.
9. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. MSP Ecuador 2008.
10. www.msp.gob.ec. Prioridades de investigación en salud 2013 – 2017.
11. Távara, L.; Orderique, L. "Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2004; 50(3): 176-180.
12. Távora, L. Sacsá, . Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto. PROMSEX. 2008
13. Yépez E, Hermida C, León W, et al. Por una maternidad y nacimientos seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador. Material de abogacía. MSP-UNFPA LAC-FCI-AECID. Marzo 2010.
14. León, W. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto incompleto en una muestra de médicos gineco - obstetras de Ecuador. 2016. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.*
15. WHO. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4th ed. Geneva: WHO, 2004.

16. IPPF. Muerte y negación: Aborto Inseguro y Pobreza. International Planned Parenthood Federation. 2006
17. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.
18. Távora, L. Seminario Taller Bioética y Salud Sexual y Reproductiva. Relato Final. Colegio Médico del Perú. 2009
19. Carino, G. Barroso, C. Ward, V. Un modelo basado en derechos: perspectivas desde los servicios de salud. En: Briozzo, L. El aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. Dedos, 2008
20. Ipas, Las evidencias hablan por sí solas: diez datos sobre aborto. Chapel Hill. 2010
21. Rao, K.; Faundes, A. "Access to safe abortion within the limits of the law". Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2006; 20: 421-432.
22. Távora, L; Jacay, Sh.; Dador, J.; Chávez, S. Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2009.
23. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. World Health Organization. 2012.
24. CLACAI – Ipas. Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe. CLACAI – Ipas. Lima, 2010.
25. Faundes, A. et al. Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología, 2a ed. FLASOG, 2007, p. 96.
26. Ipas. 2010. Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
27. Cook, R. J.; Dickens, B. M.; Fathalla, M. F. Salud reproductiva y derechos humanos. Bogotá: ProFamilia, 2003.

ARTÍCULO ORIGINAL

ANALGESIA EN PRIMIGESTA EN TRABAJO DE PARTO CON CLORHIDRATO DE TRAMADOL IM, DESDE 1 DE SEPTIEMBRE DE 2013 A 28 DE FEBRERO DE 2014. HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO HOLANDÉS (H.M.B.H.)

Dra. Lizeth Orieth Mena Revollo¹, Dr. Franz Enríquez Quintanilla²

RESUMEN

Introducción: El trabajo de parto es generalmente un acontecimiento doloroso, 75% de las primigestas en trabajo de parto pueden llegar a presentar dolor intenso asociado con aumento de la presión arterial, el consumo de oxígeno y producen la liberación de catecolaminas que pueden afectar el flujo sanguíneo uterino y comprometer al feto.

Metodología Se realizó un estudio analítico, prospectivo durante 6 meses consecutivos, en el servicio de Obstetricia del H.M.B.H.

Se conformaron dos grupos en forma aleatoria, se usó el tramadol durante el trabajo de parto y como control se utilizó agua destilada, posteriormente se realizó los controles durante el trabajo de parto respectivo, para evidenciar la existencia o no de la reducción del dolor, utilizando como control la escala visual del dolor.

Se realizó un ensayo clínico controlado en un total de 80 pacientes de las cuales 40 pacientes recibieron tramadol y 40 pacientes recibieron agua destilada.

Resultados: Muestran que del 80% de las pacientes en las que se realizó el uso de tramadol redujeron el dolor en las dos primeras horas, comparando con el grupo control en las que no se evidencia reducción del dolor. El 20 % restante se evidencia la continuidad de la escala del dolor.

Además se encuentra como hallazgo que en las pacientes que se utilizó el tramadol, llevó a un trabajo de parto con un periodo de tiempo más corto

Conclusión: El Tramadol es útil en la analgesia del dolor en un tiempo mínimo, pero si es efectivo para maduración cervical y acortar el trabajo de parto en primigestas.

Palabras Clave: Tramadol, Trabajo de parto, Analgesia, Primigestas

¹ Médica Residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés

² Ginecóloga Obstetra MEDICINA MATERNO- FETAL. Hospital Municipal Boliviano Holandés

SUMMARY

Introduction: The labor is usually a painful event, 75% of first time pregnant women in labor could contain intense pain associated with increased blood pressure, oxygen consumption and produce catecholamine release that may affect the flow uterine blood and engage the fetus.

Methodology: Analytical prospective study was conducted for 6 consecutive months in the service of Obstetrics H.M.B.H.

Two groups were formed randomly, tramadol used during labor and as a control distilled water was used subsequently controls was performed during labor respective delivery, to demonstrate the existence of pain reduction, using as a control visual pain scale. a controlled in a total of 80 patients of which 40 patients received trial 40 patients received tramadol and distilled water was conducted.

Results: They show that 80% of patients in whom it was performed using tramadol reduced the pain in the first two hours, compared to the control group in which no evidence of pain reduction. The remaining 20% continuing pain scale is evident. Furthermore it is as finding that patients who used tramadol led to a labor with a shorter period of time

Conclusion: Tramadol is useful in analgesia pain in minimal time, but if it is effective for cervical ripening and shorten labor in primipara.

Keywords: Tramadol, Labor, Analgesia, primigravid

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es generalmente un acontecimiento doloroso para la madre. Normalmente hasta el 75% de pacientes en trabajo de parto pueden llegar a presentar dolor debido a que un dolor intenso se asocia con reflejos que aumentan la presión arterial, el consumo de oxígeno y producen la liberación de catecolaminas que pueden afectar el flujo sanguíneo uterino y comprometer al feto, es recomendable utilizar algún tipo de analgésico en pacientes

que experimentan dolor severo durante su trabajo de parto.

Los analgésicos empleados para disminuir la intensidad del dolor durante el parto son los opioides tales como meperidina, pentazocina y tramadol.

El tramadol tiene afinidades por los receptores opioides mu, kappa y delta siendo estas menores que las de la morfina, pero iguales a las de la codeína. Un segundo mecanismo de acción del tramadol, plenamente demostrado en la actualidad y que complementa su eficacia analgésica es el de impedir la receptación de noradrenalina y serotonina en las vías descendentes nerviosas que parten desde la sustancia reticular gris del bulbo y protuberancia y que controlan el ingreso de los estímulos dolorosos en medula espinal.

El tramadol tiene una vida media de 5-6 horas. El comienzo de su acción analgésica es de 5 a 10 minutos en la aplicación intravenosa y de 20 a 40 minutos después de su administración oral. Su excreción se le hace en más del 90% por vía renal, es útil en dolores de tipo tumoral en el de infarto del miocardio, dolores postquirúrgicos, postraumáticos y en el dolor del trabajo de parto.

El tramadol no es un sustituto de la morfina, y tampoco tiene sus efectos deletéreos sobre la función cardiorrespiratoria. A diferencia de la morfina tampoco produce estreñimiento y el riesgo de tolerancia y dependencia. Adicionalmente la organización mundial de la salud no clasifico el tramadol como narcótico y no es considerado como tal en ningún país donde se comercializa.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio analítico, prospectivo durante 6 meses consecutivos a partir de 1 de Septiembre de 2013 hasta 28 de Febrero de 2014; en el servicio de Obstetricia del H.M.B.H.

Se ingresó al estudio a pacientes primigestas con embarazo de termino (37 a 40 semanas), en estado físico adecuado (ASA I), pacientes comprendidas entre 15 y 37 años de edad, embarazo normal sin riesgo obstétrico o perinatal, trabajo de parto con dilatación cervical >4 cm, producto en presentación de vértice, líquido amniótico claro (en caso de amniotomía), sin medicación alguna durante 24 horas previas al ingreso, sin contraindicación a los opiáceos.

Se excluyó a las pacientes multigestas que se encuentran en trabajo de parto, pacientes comprendidas en edades < a 15 años o >37 años, embarazo con riesgo obstétrico o perinatal, pacientes con otras patologías asociadas que podrían complicar el trabajo de parto o parto, trabajo de parto con dilatación <4 cm de dilatación cervical, presentación anormales que no sean de vértice, líquido amniótico mencionado (en caso de amniotomía), con medicación alguna durante 24 horas previas al ingreso, pacientes con contraindicación a los opiáceos (hipersensibilidad, insuficiencia renal, nefropatía por analgésicos, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, insuficiencia uteroplacentaria e hipoventilación alveolar).

Posteriormente se conformaron dos grupos en forma aleatoria, se usó el tramadol durante el trabajo de parto y como control se utilizó agua destilada, posteriormente se realizó los controles durante el trabajo de parto respectivo, para evidenciar la existencia o no de la reducción del dolor, utilizando como control la escala visual del dolor.

Se realizó un ensayo clínico controlado en un total de 80 pacientes de las cuales 40 pacientes recibieron tramadol y 40 pacientes recibieron agua destilada.

Mujeres primigestas que se encuentran en el primer periodo del trabajo de parto en el servicio de Obstetricia del Hospital Boliviano Holandés.



OBJETIVO

Determinar la eficacia de clorhidrato de Tramadol como analgesia en primigestas con primer periodo del trabajo de parto, en el servicio de obstetricia del H.M.B.H, desde 1 de septiembre de 2013 a 28 de febrero de 2014.

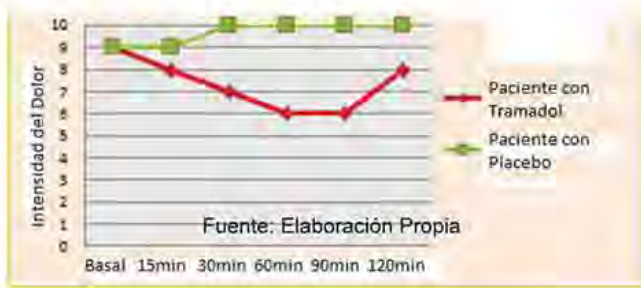
RESULTADOS

Muestran que del 80% de las pacientes en las que se realizó el uso de tramadol redujeron el dolor en las dos primeras horas, siendo efectivo el mismo; comparando con el grupo control en las que no se evidencia reducción del dolor. El 20 % restante se evidencia la continuidad de la escala del dolor. (Como se evidencia en la gráfica 1 y 2)

GRAFICA N°1. PACIENTES QUE RECIBIERON CLORHIDRATO DE TRAMADOL.



Fuente: Elaboración Propia



En cuanto a los efectos colaterales se evidencia buena tolerancia en pacientes con uso de Tramadol, habiendo una mínima cantidad (n=10) que presentaron somnolencia, (n=5) náuseas y (n=1) vómitos. En comparación con el grupo control



Fuente: Elaboración Propia

Además se encuentra como hallazgo que en las pacientes que se utilizó el tramadol, llevó a un trabajo de parto con un periodo de tiempo más corto

VII. DISCUSIÓN

Podemos mencionar que con los resultados obtenidos, que el tramadol provoca una disminución general de la intensidad del dolor en las pacientes durante las primeras dos horas.

Efectivamente el nivel del dolor bajo desde moderado a leve en varios porcentajes según el tiempo de evaluación del mismo luego de aplicado el fármaco.

Estos datos son estadísticamente significativos con relación al grupo control, y evidencian una acción analgesica del tramadol durante el parto.

El tramadol en el presente estudio, no mostro que alterara los signos vitales maternos, fetales, del neonato, ni tampoco la progresión de la labor de parto, por lo que se considera que su uso es seguro.

La incidencia de efectos colaterales de relación causal posible al uso de tramadol fueron minimos e incluyeron somnolencia, náuseas y vómitos. Sin embargo estos sintomas pueden

presentarse también en pacientes en labor de parto sin la administración pro vía de analgésico

En conclusión el clorhidrato de tramadol es útil en la analgesia del dolor en un tiempo de 2 horas

Además es efectivo para maduración cervical y acortar el trabajo de parto en primigestas.

CONCLUSIONES

El Clorhidrato de Tramadol es útil en la analgesia del dolor en un tiempo de 2 horas. Además es efectivo para maduración cervical y acortar el trabajo de parto en primigestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greibel C, Halvorsen J, Goleman T. Management of spontaneous abortion. *American Family Physician* 2005; 72 (7): 1243-1250.
2. Warriner I, Shah I. Preventing un safe abortion and its consequences: Priorities for search and action. New York: Guttmacher Institute, 2006.
3. World Health Organization. Definition of unsafe abortion, May2009.
4. Singh, Hospital admissions resulting from un safe abortion: Estimates from developing countries. *Lancet* 2006; 368: 1887-1892.
5. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2007; 2(1): 67-108.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for post abortion care. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113: 465-468.
7. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized out patient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2001; 6(3): 141-144.
8. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after Misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007 Jan; 196(1):31.e1-7.
9. Dabash R, Cherine M, Darwish E, et al. Misoprostol sublingual vrs. MVA for the treatment of incomplete abortion in Egypt. 2009.

PRESENTACIÓN DE CASO

CERCLAJE, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR EN EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL, TRES CASOS. INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1 DE MAYO

Dr. Francisco Eduardo Turcios¹

INTRODUCCION

Menos del 1% de los embarazos ectópicos se implantan en el canal cervical por abajo del orificio cervical interno, la etiología de esta implantación es desconocida aunque se asocia a curetaje previo, síndrome de Asherman, leiomiomas, presencia de DIU entre otras.

Timor-Tritsch define el diagnóstico ecográfico como el saco coriónico implantado debajo de OCI, canal cervical dilatado, embrión con latido cardíaco o presencia de infiltración cervical confirmada por Doppler.

No existe un consenso en relación al tratamiento de esta condición, se ha tratado con Metrotexate sistémico o intracervical, embolización arterial selectiva, aspiración guiada por ecografía, aunque la histerectomía fue el tratamiento en los casos de sangrado incontrolable.

CASO 1

Paciente: R F

Paciente de 26 años G1P0, Amenorrea de 8 semanas, referida con historia de un día de notar sangrado transvaginal mayor q regla por lo que consulta

Es recibida en unidad de emergencia toman Usg donde describe útero de 9.4 x 4 x 4 cm de contorno regular y miometrio homogéneo cérvix con presencia de saco gestacional de 25 mm en el diámetro mayor, CRL 13.2mm en el labio posterior de cérvix. Ovarios normales, fondo de saco libre. Catalogan como embarazo ectópico cervical y decide ingreso con plan de colocar metrotexate intra cervical, dirigido por ultrasonografía.

- Se reporta exámenes normales. Se pasa a colocar metrotexate intralesional, durante procedimiento se observa sangrado y rompimiento de embarazo cervical, por lo que se pasa a sala de operaciones. En sala de operaciones se observa Cérvix entre abierto sangrado moderado, se realiza cerclaje cervical con técnica McDonald, luego se realiza curetaje a nivel de cérvix extrayendo restos ovulares, luego se anuda cerclaje hasta hemostasia.

¹ (Médico Agregado de Ginecología y Obstetricia, Jefe médico de sala de operaciones)

CASO 2

Paciente: JDF

- Paciente de 28 años G2P0010, amenorrea de 7 semanas, con historia de una hora de notar sangrado transvaginal, en gotas, color café y dolor lumbar leve, es evaluada en unidad de emergencia donde describen: abundante panículo adiposo, GE no sangrado activo, al tacto vaginal, cuello entreabierto, OCE admite pulpejo, tamaño uterino difícil de evaluar por panículo adiposo, y dejan USG
- USG reporta: saco gestacional en canal endocervical, con embrión vivo, cuello de 1.1 cms decidua normal, FC (-) ovarios normales. Con impresión diagnóstica de: embarazo de 8.1 semanas+ embarazo ectópico cervical.
- se procede a colocar sutura compresiva (cérvix set: con técnica de McDonald), se procede a la evacuación de embarazo ectópico cervical y se finaliza con útero vacío, se procede a realizar compresión mediante nudo definitivo y se verifica que no hay sangrado activo.

CASO 3

- Paciente : MCR
- Paciente de 30 años G2P0A1VO, Paciente consulta con historia de amenorrea de 5 semanas más sangrado transvaginal menor que regla, toma Bhcg la que es positiva; Durante examen físico al colocar especulo se observa cuello de aspecto normal hay sangrado escaso, útero para más o menos 6 semanas, se reporta Usg, que describe útero en ante versión de 3.4 x 7.1 cm, cavidad vacía hay saco gestacional 10 mm en orificio cervical interno sin vesícula o embrión, endometrio de grosor de 9 mm, Se inicia manejo con MTX sistémico, Durante procedimiento inicia sangrado transvaginal por lo que se pasa a sala de operaciones y se realiza procedimiento de legrado de canal cervical más cerclaje de cuello.

DISCUSION

Los casos fueron diagnosticados por amenorrea, presencia positiva de HCG, y confirmación ecográfica de saco gestacional implantado en canal cervical por debajo de OCI. En dos de los casos se intentó colocar Metrotexate intracervical guiado por ecografía.

Se procedió a realizar curetaje y cerclaje con técnica McDonald utilizando Cervix-Set, se realizó ecografía de control 8 horas posteriores para descartar hematómetra y se dio alta al segundo día posterior al procedimiento.

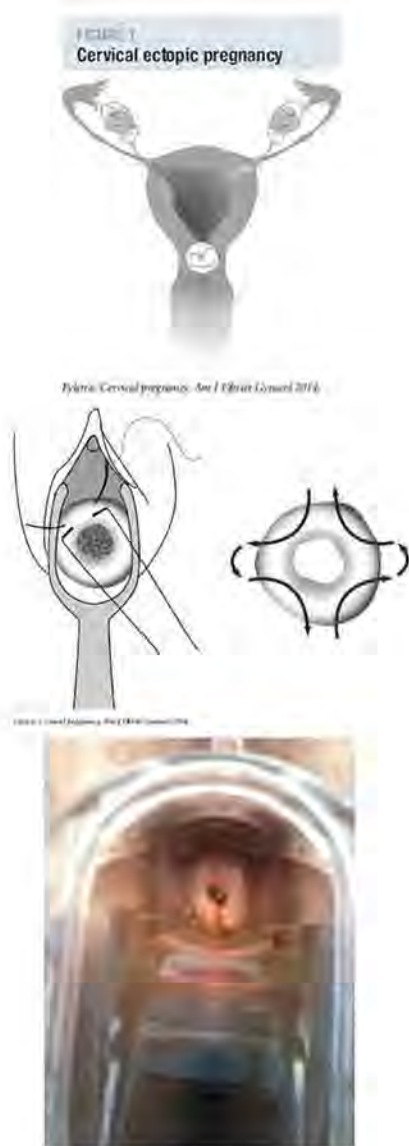
Se citó para retiro de cerclaje al décimo día sin presentar sangrado o infección.

El reporte patológico de los tres casos confirmo tejido trofoblastico del primer trimestre.

Se dio seguimiento con HCG periódicamente según norma establecida y se brindó método de planificación familiar para cada usuaria.



FOTOS



BIBLIOGRAFIA

- Fylstra DL. Cervical pregnancy: 13 cases treated with suction curettage and balloon tamponade. Am J Obstet Gynecol 2014;210:581.e1-5.
- Shiomio Mashiach, Cervical Shirodkar cerclage may be the treatment modality of choice for cervical pregnancy. Human Reproduction Vol.17, No.2 pp493-496, 2002

REPORTE DE CASO

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ATRESIA TRICUSPIDEA

Dra. Karla Isabel Parodi Turcios¹, Dra. Wendy Karina Cárcamo Madrid²

INTRODUCCIÓN

La atresia tricuspídea es una cardiopatía congénita rara caracterizada por oclusión de la válvula tricúspide y asociada a hipoplasia de ventrículo derecho y estenosis pulmonar. Clásicamente se presenta con un defecto en septum ventricular. El diagnóstico puede establecerse con ecocardiografía fetal y usualmente se sospecha ante una imagen de cuatro cámaras anormal.¹

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Describimos a continuación un caso de atresia tricuspídea de diagnóstico prenatal.

Paciente femenina de 28 años de edad, gestas 4 partos 2 A1 HV2, sin antecedentes personales patológicos que acude a consulta de emergencia en institución de tercer nivel de atención en Tegucigalpa Honduras dentro de la evaluación se le realiza ultrasonido y se le observa imagen de cuatro cámaras anormal por lo que se le indica ecocardiografía fetal institucional. A las 29SG se realiza ecocardiografía fetal inicial que reporta corazón fetal en imagen de 4 cámaras; 2 aurículas, simétricas, ventrículo izquierdo de tamaño normal, ventrículo derecho ligeramente más pequeño. Válvula mitral en tamaño forma y función normal. Válvula tricúspide con pobre movimiento y regurgitación tricúspide a flujo Doppler color. Ambos tractos de salida normales. Corte de tres vasos y tabique normal.

Luego a la semana 32 se realiza nueva ecocardiografía fetal que reporta en imagen de cuatro cámaras con asimetría de cavidades a expensas de ventrículo derecho por hipoplasia del mismo, válvula mitral con movimiento libre y función normal, válvula tricúspide con escaso movimiento valvular al cierre y apertura, hiperecogenicidad valvular, y a la utilización del Doppler color no se visualiza paso de sangre a través de la misma (Figura 1 y 2). Septum interventricular íntegro. A la evaluación de tractos de salida se observa concordancia ventrículo arterial, al evaluar la salida del ventrículo derecho se visualiza arteria pulmonar con disminución del calibre del vaso, arteria aorta de tamaño normal. Al corte de tres vasos de visualiza desproporción en el tamaño de los vasos con arteria pulmonar pequeña, aorta y vena cava de tamaño normal (Figura 3). A la aplicación del Doppler color presencia

de flujo turbulento en arteria pulmonar, flujo turbulento en arco ductal. Se consigna el diagnóstico prenatal de cardiopatía ductual. Se consigna el diagnóstico prenatal de cardiopatía ductual dependiente, probable atresia de válvula tricúspide e hipoplasia de ventrículo derecho.



Ecocardiografía Fetal
Figura 1 Imagen de la ecocardiografía fetal de la paciente que demuestra hipoplasia de ventrículo derecho e hiperecogenicidad de las paredes y la válvula tricúspide.



Figura 2 Imagen de cuatro cámaras que muestra hipoplasia de ventrículo derecho

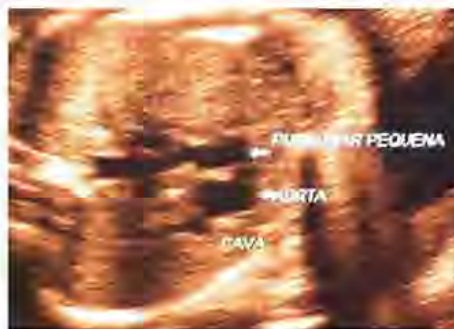


Figura 3 Imagen de tres vasos que muestra Arteria Pulmonar de menor calibre en comparación a Aorta y Vena Cava

¹ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

² Médico Especialista en Medicina Materno Fetal, IHSS

Llamo mucho la atención el incremento en la desproporción del tamaño de las cavidades y el progreso al deterioro de la función valvular de la válvula tricuspídea. Se discute el caso con el servicio de neonatología y se propone nacimiento programado y la necesidad de corrección quirúrgica al nacimiento.

A las 38SG se realiza cesárea obteniendo recién nacido único, vivo, cefálico, masculino, con peso 2830g, Apgar 8 y 9 al primer y quinto minuto, sin malformaciones congénitas aparentes. Al examen físico se ausculta soplo sistólico grado IV audible en todos los focos. En la primera hora de vida se inicia prostaglandinas en infusión. Recién nacido ingresa a la unidad de cuidados intensivos para evaluación por cardiología pediátrica, manejo médico, soporte y vigilancia. Al primer día de nacido se realiza ecocardiografía postnatal (Figura 4 y 5) por Cardiología Pediátrica la cual reporta atresia tricuspídea 1a, persistencia del conducto arterioso, foramen ovale permeable. Posteriormente se realiza fistula sistémico pulmonar y se encuentra ventrículo derecho hipoplásico, aurícula derecha dilatada y arteria pulmonar pequeña para la edad. Recién nacido se mantiene en manejo con prostaglandinas, pendiente de corrección definitiva sin embargo fallece a los siete días de vida. No se realiza estudio histopatológico al recién nacido ya que no se obtuvo la autorización de los padres.

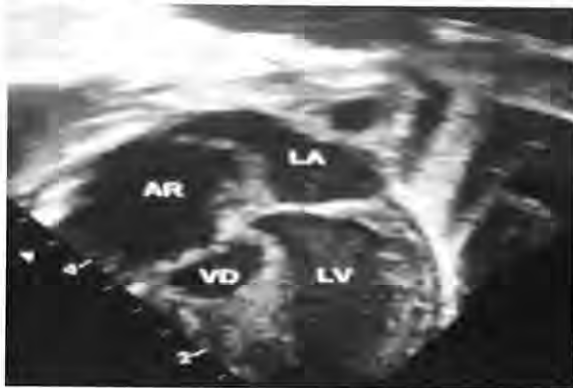


Figura 4 Ecocardiografía Postnatal muestra hipoplasia de ventrículo derecho (VD) y se evidencia la correlación con los hallazgos prenatales.

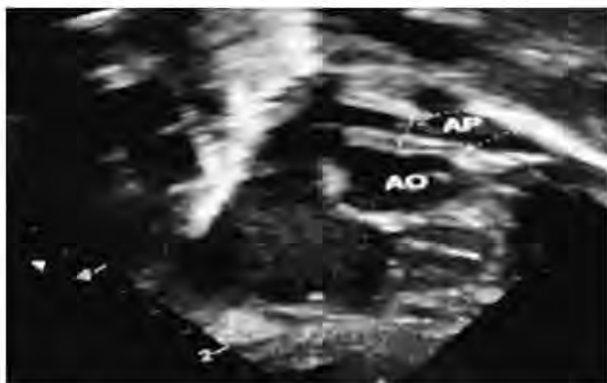


Figura 5 Imagen postnatal de Arteria Pulmonar pequeña

DISCUSIÓN

Las malformaciones cardíacas congénitas son el tipo de malformación más frecuente, con una incidencia de 8 por cada 1000 recién nacidos vivos. Esta incidencia es aún mayor en la población fetal. Hasta 20% de las muertes neonatales y cerca de un 50% de la mortalidad infantil se atribuyen a dichas malformaciones. En la última década se ha elevado la prevalencia de cardiopatías congénitas de diagnóstico prenatal debido a la implementación de tamizaje obstétrico. El diagnóstico prenatal permite tanto el consejo a los padres como la planificación del parto e incluso la terapia postnatal, reduciendo así morbilidad y mortalidad neonatal e infantil.²

Inicialmente la evaluación cardíaca se realizaba únicamente en embarazos con factores de riesgo para cardiopatías congénitas, como familias con historia de cardiopatías o ante el hallazgo de malformaciones extracardiacas. Sin embargo, el 86% de las malformaciones cardíacas ocurren en población sin factores de riesgo indicando así la necesidad de un programa de tamizaje cardíaco fetal en todos los embarazos, razón por la cual las pautas de manejo sugieren la evaluación cardíaca fetal y tamizaje de cardiopatías a todas las embarazadas entre las 18-22 semanas de gestación según^{3,4}

La atresia tricuspídea es una cardiopatía congénita cianótica en la vida post natal, con una incidencia cercana al 0,08‰ y representa menos de un 5% de las cardiopatías congénitas de diagnóstico prenatal. Se caracteriza por oclusión completa de la válvula tricúspide e inexistencia del orificio correspondiente de forma que no existe comunicación entre la aurícula y ventrículo derecho. En ausencia de válvula tricúspide esta es sustituida por un tejido fibroso muscular.^{5, 6} La sangre de retorno venoso sistémico cruza a través del foramen oval hacia aurícula izquierda. La arteria pulmonar no recibe flujo sanguíneo desde el ventrículo derecho, sino de forma retrógrada desde el conducto arterioso. El ventrículo derecho no tiene entrada y por ello es incompleto e hipoplásico.

En la mayoría de los casos la atresia tricuspídea coexiste con una comunicación interventricular perimembranosa y esta condicionará el tamaño del ventrículo derecho y de la arteria pulmonar.⁷ Wald y colaboradores reportan una cohorte de 15 años y 88 fetos con atresia tricuspídea en la cual todos los casos presentaron defecto del septum ventricular asociado. En nuestro caso no se encontró este defecto en las ecocardiografías prenatal y postnatal.⁸

La atresia tricuspídea en la vida post natal se clasifica en dos tipos según la posición espacial de los grandes vasos: Tipo I con normoposición y Tipo II con transposición. Y a su vez se divide en varios subgrupos dependiendo de la existencia de disminución del flujo pulmonar

Con disminución del flujo pulmonar: (subgrupo "a" sin CIV, subgrupo "b" con CIV)

Con aumento del flujo pulmonar: (subgrupo "c"). El subgrupo "a" consiste en atresia pulmonar y solo llega flujo a la pulmonar a través del conducto arterioso y en el subgrupo "b" el flujo

pulmonar llega a través de una comunicación interventricular restrictiva acompañándose de estenosis pulmonar. El tamaño de la arteria pulmonar es menor que el de la aorta en los subgrupos "a" y "b" y mayor en el subgrupo "c".

La forma más frecuente es la I b que representa un 40% de las atresias tricuspideas.⁹ Nuestro caso fue clasificado como la ya que no había comunicación interventricular y el flujo pulmonar era a través del conducto arterioso.

La clasificación anterior tiene importancia ya que las manifestaciones clínicas dependen, fundamentalmente, del flujo pulmonar. Cuando el flujo pulmonar está disminuido (lo cual representa el 80-85% de las atresias tricuspideas) el síntoma fundamental es la cianosis. Cuando está aumentado provoca sobrecarga de volumen que es generalmente mal tolerada por el ventrículo izquierdo, predominando los síntomas de insuficiencia cardíaca.⁹

La ecocardiografía fetal es un método seguro y preciso para el diagnóstico de cardiopatías congénitas idealmente realizado entre 18-22 semanas gestacionales. La ecocardiografía Doppler color es el método diagnóstico de elección en la atresia tricuspidea y es suficiente para alcanzar un diagnóstico de certeza. En la imagen de cuatro cámaras se aprecia desarrollo asimétrico de los ventrículos, usualmente con un ventrículo derecho pequeño. Se observa también la ausencia de movimiento de la válvula tricúspide así como la falta de flujo a través de la válvula al realizar estudio Doppler color. El área correspondiente a la válvula tricúspide luce ecogénica.¹⁰ Aproximadamente 20% de los casos de asocian a trasposición de grandes vasos. También se ha reportado anomalías del arco aórtico. Debido a las anomalías cardíacas asociadas a atresia tricúspide en la ecocardiografía fetal también se debe valorar los siguientes puntos: el tamaño de la fosa oval, el tamaño del ventrículo izquierdo, la integridad del septum ventricular, la posición de los grandes vasos, el tamaño de aorta y arteria pulmonar, el tamaño y dirección de flujo a través del conducto arterioso. Todos estos elementos ayudan a establecer el pronóstico.¹¹

El nacimiento vía parto vaginal es posible en fetos con atresia tricuspidea siempre y cuando no coexista con hidrops. En ausencia de defecto del septum ventricular la supervivencia depende de la persistencia del conducto arterioso el cual representa la única vía de flujo pulmonar. En presencia de un defecto importante en el septum ventricular el flujo sanguíneo pulmonar puede mantenerse. Cuando la atresia tricúspide se asocia a trasposición de grandes vasos el flujo pulmonar es normal o incrementado y la cianosis no es marcada. En ocasiones si el defecto en el septum ventricular es de tamaño adecuado no es necesario la corrección quirúrgica. Sin embargo el defecto tiende a disminuir su tamaño con el crecimiento.¹¹

El tratamiento se realiza en tres tiempos quirúrgicos habitualmente. Hasta los cuatro meses de edad se asegura el flujo pulmonar con una fístula sistémico-pulmonar o manteniendo el ductus arterioso abierto con Prostaglandina E1. Desde los cuatro meses hasta el final del primer año de edad se realiza una corrección parcial con la técnica

de Glenn o derivación cavo-pulmonar y posteriormente en edad preescolar se finaliza la corrección definitiva con una intervención de Fontan. La anastomosis atriopulmonar descrita por Fontan fue la primera técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento definitivo de la atresia tricuspidea.^{12,13}

Un estudio de cohorte en Toronto reporto tasas de supervivencia de 90% al mes de edad y de 81% al año de edad. Otras dos cohortes publicadas reportan sobrevida del 83% y 89% en el primer año.¹⁴

CONCLUSIÓN

La atresia tricuspidea es una cardiopatía congénita rara de diagnóstico prenatal. Usualmente se asocia a una imagen de cuatro cámaras anormal por lo que es detectable en el tamizaje durante la ecografía de rutina. Avances en el campo de la ecocardiografía fetal han tenido un significativo impacto en el diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas. En el caso de atresia tricúspide los hallazgos claves son ausencia de válvula tricúspide en la imagen de cuatro cámaras, ausencia de flujo de aurícula derecha a ventrículo derecho en la evaluación con Doppler color, ventrículo derecho hipoplásico y defecto del septum ventricular asociado. Un diagnóstico prenatal detallado y preciso de atresia tricuspidea permite la adecuada asistencia al recién nacido y prevenir compromisos hemodinámicos posnatales.

BIBLIOGRAFIA

1. Lato K, Gembruch U, Geipel A, Lachmann R, Schneider M, Hraska V, Berg C. Tricuspid atresia with absent pulmonary valve and intact ventricular septum: intrauterine course and outcome of an unusual congenital heart defect. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35: 243-245.
2. Chaubal N, Chaubal J. Fetal echocardiography. *Indian J Radiol Imaging* 2009; 19:1.
3. Robinson JN, Simpson LL, Abuhamad AZ. Screening for fetal heart disease with ultrasound. *Clin Obstet Gynecol*. 2003;46(4):890-6.
4. ISUOG Practice Guidelines: sonographic screening examination of the fetal heart. Guidelines. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 348-359.
5. Freedom RM, Benson LN. Tricuspid Atresia. En: Freedom RM, Benson LN, Smallhorn JF, eds. *Neonatal Heart Disease* Berlín: Springer-Verlag 1992: 269-84
6. Lee W, Comstock C. Prenatal diagnosis of congenital heart disease: where are we now? *Ultrasound Clin* 2006; 273-291.
7. Tongsong T, Sittiwangkul R, Wanapirak C, Chanprapaph P. Prenatal diagnosis of isolated tricuspid valve atresia: report of 4 cases and review of the literature. *J Ultrasound Med* 2004; 23:945-50.
8. Wald RM, Tham EB, McCrindle BW, Goff DA, McAuliffe FM, Golding F, Jaeggi ET, Hornberger LK, Tworetzky W, Nield LE. Outcome after prenatal diagnosis of tricuspid atresia: a multicenter experience. *Am Heart J* 2007; 153: 772-778.

9. Amo C, Bercedo A, Valles P. Atresia tricúspide. Diagnóstico diferencial. *Boletín Pediátrico* 1997; 37: 46-49
10. Orié JD, Anderson C, Etedgui JA, Zuberbuhler JR, Anderson RH. Echo-cardiographic-morphological correlations in tricuspid atresia *Am J Cardiol* 1995; 26: 750-58.
11. Simcha Y, Silverman N, Gembruch U. *Fetal cardiology: embryology, genetics, physiology, echocardiographic evaluation, diagnosis, and perinatal management of cardiac diseases*. 2nd ed. London: Informa Healthcare, 2008.
12. Rodríguez Ozcoidi J, Romero Ibarra C, Modroño Blanco A, Martínez Cirauqui D, Azanza Agorreta MJ. Diagnóstico prenatal de atresia tricúspide BOL. *S Vasco-Nav Pediatr* 2002; 36: 84-85
13. Sittiwangkul R, Azakie A, Van Arsdell GS, et al. Outcomes of tricuspid atresia in the Fontan era. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 889- 94.
14. Berg C, Lachmann R, Kaiser C, Kozłowski P, Stressig R, Schneider M, Asfour B, Herberg U, Breuer J, Gembruch U, Geipel A. Prenatal diagnosis of tricuspid atresia: intrauterine course and outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35: 183-190.

REPORTE DE CASO

CORIOANGIOMA PLACENTERO

Dra. Karla Isabel Parodi Turcios¹, Dr. Benjamín Fortin Rivera², Héctor Santiago Antunez³, Wendy Cárcamo Madrid⁴

RESUMEN

El corioangioma es el tumor benigno más frecuente de la placenta con una incidencia de 1%. Usualmente son asintomáticos y muchos pasan desapercibidos. Los tumores grandes pueden causar complicaciones maternas y fetales graves por lo que es importante realizar diagnóstico prenatal temprano. El pronóstico de un embarazo con corioangioma gigante de placenta, depende fundamentalmente del tamaño y de la detección oportuna.

INTRODUCCIÓN

El corioangioma es un tumor vascular benigno que surge de tejido corionico. Es el tumor más frecuente de la placenta con una incidencia del 1%. La mayoría de estos tumores son menores de 5 cm y no se identifican en la revisión ultrasonográfica rutinaria de la placenta. Cuando miden más de 5cm se denominan corioangioma gigante. Este tumor generalmente no se asocia a complicaciones materno fetales a menos que el tamaño supere 5 cm de diámetro o que se encuentre cercano al sitio de inserción del cordón umbilical. Es más frecuente en primigestas, en embarazos gemelares y en fetos del sexo femenino. El diagnóstico prenatal se realiza a través del estudio ecográfico. Un diagnóstico precoz permite mejorar los resultados perinatales realizando un estricto seguimiento, así como el tratamiento indicado, cuando aparecen complicaciones. Debido a su baja incidencia se reporta a continuación un caso clínico.¹

DESCRIPCIÓN DE CASO CLINICO

Paciente de 27 años de edad, secundigesta, sin antecedentes personales patológicos, con Embarazo de 35.3SG por FUM, con control prenatal y evolución del embarazo normal hasta ese momento. Acude a Emergencia en una institución de tercer nivel en Tegucigalpa, Honduras por presentar hipomotilidad fetal de tres días de evolución. Se ingresa sin actividad uterina ni cambios cervicales a Labor y Parto para vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y monitoreo fetal. Permanece en vigilancia y 10hrs después se traslada a sala. En sala paciente persiste con hipomotilidad fetal. Se realiza

ecografía que reporta feto único vivo, cefálico, placenta anterior derecha grado III con múltiples calcificaciones, índice de líquido amniótico normal. En la evaluación estructural se observa edema de cráneo. En tórax se observa edema de pared torácica, cardiomegalia con corazón ocupando casi la totalidad del tórax, derrame pericárdico 14.4ml, dilatación marcada de las cuatro cavidades cardiacas, corazón hipocontráctil con frecuencia cardiaca fetal 125 latidos por minuto y adelgazamiento de paredes (Figura 1). En abdomen se observa ascitis (Figura 2). No se encuentran malformaciones estructurales evidentes. Se realiza NST la cual es no reactiva y PEVA negativa. Por los hallazgos descritos la paciente es trasladada a Labor y Parto con plan de cesárea de urgencia por riesgo de muerte intrauterino. Se realiza cesárea obteniendo recién nacido vivo, único, cefálico, sexo masculino, con APGAR 4 y 7 al primer y quinto minuto respectivamente, con peso 2750g, con distensión abdominal, sin malformaciones evidentes. Se obtiene líquido amniótico abundante, no fétido, no caliente y placenta completa con múltiples vesículas en racimos (Figura 3). Recién nacido fallece a los cuatro días de vida. No se realizó autopsia ya que los padres no lo autorizaron. El informe histopatológico de la placenta en la descripción macroscópica reporta placenta de 17x8x8cm, cara fetal lisa grisácea, cara materna nodular café clara. Los cortes muestran múltiples zonas blanquecinas nodulares alternadas con tejido placentario esponjoso y café claro. El informe microscópico reporta lesión vascular difusa que afecta 60-70% de la superficie placentaria y diagnóstico de corioangioma difuso (Figura 4 y 5). El diagnóstico de corioangioma se realizó por histopatología, sin sospechase clínicamente en la evaluación prenatal ya que por ecografía únicamente se observó una placenta con múltiples calcificaciones.



Figura 1 Derrame Pericardico

¹ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

² Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. IHSS

³ Médico Especialista en Patología Pediátrica, IHSS, HEU, UNAH

⁴ Médico Especialista en Medicina Materno Fetal. IHSS



Figura 2 Corte ultrasonográfico a nivel de abdomen que muestra ascitis



Figura 3. Placenta, Pieza Macroscopica

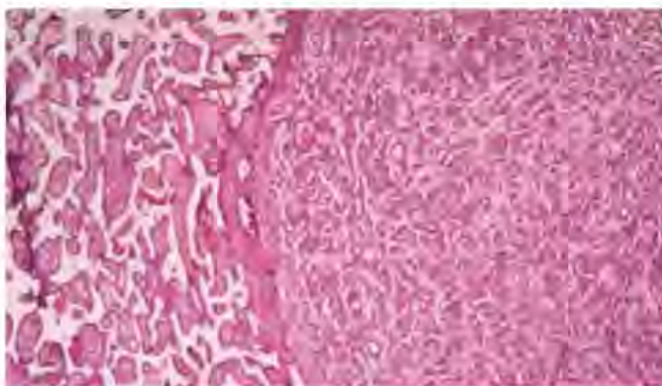


Figura 4. Imagen histológica que muestra a la izquierda vellosidades corionicas normales y a la derecha nódulo tumoral con múltiples vasos proliferantes

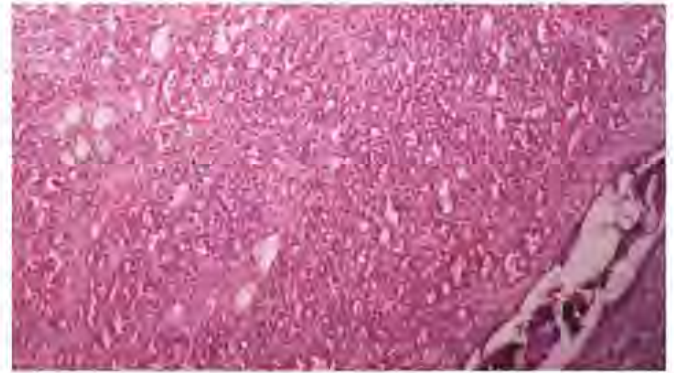


Figura 5. Imagen histológica en acercamiento (10x) que muestra proliferación vascular neoplásica nodular con calcificaciones.

DISCUSIÓN

El corioangioma es el tumor placentario más frecuente. Fue descrito por primera vez en 1798 por John Clarke y en 1978 Asokan y colaboradores reportan el primer diagnóstico ultrasonográfico de corioangioma. La mayoría de corangiomas son pequeños, menores de 1 cm, y son habitualmente únicos, asintomáticos y más frecuentes en gestaciones con feto de sexo femenino y gestaciones múltiples. Los corangiomas, especialmente si son de gran tamaño (mayores de 5 cm) se asocian con cortocircuitos arteriovenosos dentro de la placenta por lo que se acompañan de complicaciones maternas y fetales.^{2,3}

Esta tumoración es una malformación arteriovenosa cuyo crecimiento tumoral benigno es producido por la proliferación mixta del endotelio y los fibroblastos mesodérmicos del mesénquima primitivo coriónico o del tejido angioblástico de la vellosidad. El corioangioma típico se compone de vasos sanguíneos fetales rodeados por escaso tejido conectivo de soporte. La localización más común se encuentra en la cara fetal placentaria. Esta tumoración puede sufrir cambios degenerativos: necrosis, calcificaciones, cambios mixoides, infartos, hialinización, depósitos de hemosiderina y acumulaciones de grasa. Existen tres variedades histológicas de estas neoformaciones: celular, angiomaso o angioblástico y degenerativo. El tipo celular es pequeño, circular, encapsulado y situado en el parénquima placentario. Es un tipo inmaduro formado por células endoteliales primitivas arregladas de manera compacta y en la periferia de la lesión. El tipo angiomaso es una masa bien circunscrita en la cara fetal de la placenta cerca del sitio de inserción del cordón. Es un tipo vascular, maduro, compuesto por numerosos vasos sanguíneos. El tipo degenerativo implica cambios mixoides, hialinización, necrosis o calcificaciones. Tiene apariencia variable y transición de diferentes grados histológicos de sus células originarias. En esta última variedad es frecuente la formación de trombosis y necrosis.^{4,5}

Las complicaciones maternas relacionadas al corioangioma incluyen sangrado transvaginal, preeclampsia, hematoma retroplacentario, anemia hemolítica y coagulación intravascular diseminada. Sin embargo, las principales complicaciones son

las fetales y usualmente se manifiestan como insuficiencia cardiaca, polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y prematuridad. A estas complicaciones se agrega el riesgo de anemia fetal, trombocitopenia, hidrops y muerte intrauterina. La mortalidad en casos sin hidrops fetal en del 10% mientras que la mortalidad en casos con hidrops fetal se eleva a 67%. Tanto el hidrops como la insuficiencia cardiaca fetal son emergencias medicas. El aumento rápido en el tamaño del corioangioma es un signo que señala necesidad de terapia agresiva y vigilancia mas estricta.⁶

Sepulveda y colaboradores describieron 11 casos de corioangioma gigante, 5 de los 9 se complicaron con polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino o hidrops fetal no inmune, y en 4 de estos 9 casos el parto tuvo lugar antes de la semana 35. El tamaño del corioangioma es el factor más importante relacionado no solo con el diagnóstico prenatal sino también influyendo en el pronóstico de estas gestaciones.^{7,8}

También Zanardini y colaboradores presentan un estudio retrospectivo de 19 casos de corioangiomas gigantes y describen una amplia variedad de complicaciones fetales como el polihidramnios, RCIU, cardiomegalia, anemia e hidrops fetal. 9 En nuestro caso se reporta un corioangioma gigante ocupando 70% de la placenta. Debido a la magnitud del tumor se presenta como complicación asociada hidrops fetal, incluso al momento de su diagnóstico con cardiomegalia importante.

Un estudio de Jauniaux y Ogle demostró que la vascularidad de la placenta es un factor crucial en el resultado del embarazo. En este estudio se describe el mapa color como un factor independiente para las complicaciones a pesar del tamaño del tumor. Cuando el tumor es avascular no se esperan complicaciones. Si el tumor es vascularizado y particularmente si contiene vasos de gran calibre debe vigilarse por signos tempranos de insuficiencia cardiaca congestiva fetal.¹⁰

Actualmente la ecografía y en menor grado la resonancia magnética representan las principales opciones para obtener imágenes de la placenta. El diagnóstico prenatal del corioangioma se basa en el estudio ecográfico, que permite detectar la existencia de una masa intraplacentaria. La apariencia ultrasonografica de un corioangioma es el de una masa solida o compleja en la superficie fetal de la placenta. Usualmente se localiza debajo de la placa corionica cerca de la inserción del cordón.¹¹

El estudio doppler permite detectar las diferentes variedades histológicas del corioangioma (celular, angiomasosa, degenerativa). Así mismo el Doppler color pone de manifiesto la vascularización, tanto periférica como central y permite realizar el diagnóstico diferencial con trombosis, depósitos hialinos o hematomas placentarios que son avasculares. El estudio Doppler también se utiliza para confirmar que canales vasculares en el tumor son contiguos con la circulación fetal ya que el corioangioma es un tumor abastecido por la circulación fetal, permitiendo realizar diagnóstico diferencial con miomas degenerados, teratoma placentario y mola hidatidiforme incompleta.¹²

Aunque la ecografía es el método diagnóstico de elección se puede emplear como técnica complementaria la resonancia magnética. Esta modalidad es segura en el embarazo y ofrece información sobre la anatomía materna y el sitio de inserción placentaria. Aun no existen estudios que demuestren la sensibilidad y especificidad de la resonancia magnética en la detección de corioangiomas. Su principal utilidad es detectar áreas de sangrado en el interior del tumor. La tomografía tiene función limitada en el diagnóstico de corioangioma principalmente por el alto riesgo de radiación y pobre diferenciación de tejidos.^{13, 14, 15}

Niveles séricos o en líquido amniótico de alfa feto proteína (AFP) pueden elevarse en casos de corioangioma. Niveles elevados de AFP no son patognómicos de corioangioma ya que AFP se eleva fisiológicamente en el embarazo y un incremento patológico de esta misma puede atribuirse a otras condiciones fetales y maternas.¹⁶

El diagnóstico antenatal es fundamental para clasificar las gestaciones de alto riesgo, y hacer un seguimiento adecuado y poder hacer tratamiento de las complicaciones para mejorar los resultados perinatales.¹⁷

El manejo del corioangioma suele ser expectante en la mayoría de los casos. Cuando aparecen complicaciones tardíamente en el embarazo, la mejor opción es el nacimiento. Sin embargo, pueden aparecer complicaciones en etapas mas tempranas del embarazo cuando el nacimiento aun no es una opción.

En la actualidad se proponen diversas intervenciones para prevenir muerte fetal relacionada a complicaciones del corioangioma. Amniodrenaje para aliviar polihidramnios y transfusiones intrauterino en la presencia de anemia fetal son dos procedimientos que ofrecen resultados favorables pero no resuelven el problema de flujo periférico aumentado a través del corioangioma. Por esta razón otras intervenciones han sido utilizadas con el propósito de bloquear el aporte vascular al tumor entre ellos inyección de alcohol (quimioesclerosis), coagulación laser endoscópica, ligadura del pedículo vascular con electrocauterio bipolar guiado por fetoscopia y terapia laser intersticial. Aun no existen estudios que permitan establecer la superioridad de una de estas intervenciones en relación al resto.¹⁸

CONCLUSIÓN

El corioangioma es sin duda el tumor benigno mas frecuente de la placenta. La mayoría permanece asintomaticos, sin embargo los tumores mayores de 5 centímetros de diámetro o que se encuentren cercanos al sitio de inserción del cordón umbilical, pueden tener complicaciones severas. El estudio por ultrasonido con Doppler color facilita el diagnóstico oportuno y seguimiento de esta patología. Debido a la asociación del corioangioma con resultados desfavorables para la madre y el feto, el embarazo amerita vigilancia regular incluyendo ultrasonido, evaluación Doppler y ecocardiografía fetal para detectar y manejar complicaciones de manera oportuna y efectiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Gonzalo I. y colaboradores. Caso clínico. Corioangioma placentario gigante. *Diagnóstico Prenatal*. 2011; 22(4):136-138
2. Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 15: 463-467.
3. Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C, Bravo M. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental chorioangioma. *Obstet Gynecol*. 2003; 102 5 Pt 1:1028e33.
4. Smeke BJ et al. Corioangioma, secuencia Pierre Robin. *An Med Mex* 2011; 56 (1): 38-43
5. Ramirez-Arreola y colaboradores. Corioangioma gigante y sus complicaciones perinatales. Reporte de un caso *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75:104-10
6. Kesrouani A., Safi J., El Hajj M. Rapid Evolution of Placental Chorioangioma: Natural Progression and Outcome. *J Ultrasound Med* 2013; 32:545-548.
7. Zardini C, Papageorghiou A, Bhide A, Thilaganathan B. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35: 332-336
8. Garcia-Diaz L, Carreto P, Costa-Pererira S, Antinolo G. Prenatal management and perinatal outcome in giant placental chorioangioma complicated with hydrops fetalis, fetal anemia and maternal mirror syndrome. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:72.
9. Mandava A, Rajaram N, Nagasundari K, Kota K. Ultrasound and color Doppler of Placental chorioangioma with oligohydramnios. *Ultrasound* 2013; 21: 36-39.
10. Zalel Y, Weisz B, Gamzu R, Schiff E, Shalmon B, Achiron R. Chorionangiomas of the placenta: sonographic and Doppler flow characteristics. *J Ultrasound Med* 2002; 21: 909-913.
11. Wou K, Chen MF, Mallozi A, Brown RN, Shrim A. Pregnancy outcomes and ultrasonographic diagnosis in patients with histologically-proven placental chorioangioma. *Placenta* 2011; 32: 671-4.
12. Passalacqua G, Donati L, Ferretti M, Giovannini G, Sbaraglia M, Clerici G. Cellular Placental Chorioangioma and Adverse Fetal Outcome. *J Clin Gynecol Obstet*. 2014; 3(2): 73-75
13. Androutsopoulos G, Gkogkos P, Dacavalas G. Mid-trimester maternal serum HCG and alpha fetal protein levels: clinical significance and prediction of adverse pregnancy outcomes. *Int J Endocrinol Metab* 2013; 11 (2): 102-106.
14. Abdalla N, Bachanek M, Trojanowski S, Cendrowski K, Sawicki W. Placental tumor (chorioangioma) as a cause of polyhydramnios: a case report. *International Journal of Women's Health* 2014;6 955-959.
15. Barros A, Freitas A, Cabral A, Camacho MC, Costa E, Leitao H, Nunes JL. Giant placental chorioangioma: a rare cause of fetal hydrops. *BMJ Case Reports* 2011;10.
16. Dhar H. Giant placental chorioangioma with intrauterine fetal death. *J Nepal Med Assoc* 2013; 52 (190) 384-7.
17. Fan M, Mootabar H. A rare giant placental chorioangioma with favorable outcome: a case report and review of the literature. *J Clin Ultrasound* 2014.
18. Al Wattar B, Hillman S, Marton T, Foster K, Kilby M. Placenta chorioangioma: a rare case and systematic review of literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2014; 27:1055-1063.

NORMAS PARA LOS AUTORES

Todo manuscrito se debe enviar a: revcog@intelnet.net.gt en documentos de Word versión 97-2003 ó 2007, tamaño carta en doble espacio con letra Arial número 12. Adjuntando al artículo una carta firmada por el autor en el que certifica que el artículo no ha sido publicado total o parcialmente en otra revista, periódico, libro o publicación similar y cediendo todos los derechos a REVCOG.

Escritura y terminología

Todo manuscrito debe estar escrito en español. Números del uno al diez debe escribirse en letras; para más de diez personas, objetos, días, meses, etc, se usaran números arábigos. Se prefiere "mujer" en vez de "paciente" al reportar en obstetricia. El autor debe utilizar el nombre genérico de las drogas a menos que el comercial sea directamente relevante. Cualquier equipo especializado, producto químico o farmacéutico citado en el texto debe estar acompañado por el nombre, ciudad y país del fabricante.

Presentación del manuscrito

El texto de artículos originales, técnicas quirúrgicas, presentación de casos y revisiones sistemáticas, debe estar ordenado secuencialmente así: 1. Título; 2. Resumen y Abstract con palabras clave y key words; 3. texto principal; 4. Agradecimiento; 5. Manifestación de conflicto de interés; 6. Referencias; 7. Tablas / Figuras.

1. Título.

Hoja de presentación que debe incluir:

- Título completo del artículo (el título debe incluir la metodología al final antecedido de dos puntos, e.j. Evaluación del feto de madre diabética; revisión sistemática)
- Nombre del autor principal, con su dirección electrónica, teléfono, puesto administrativo, departamento/división (máximo dos puestos) y país.
- Nombre de todos los coautores, con su puesto administrativo departamento/división (máximo un puesto por autor).
- Título corto de no más de 60 caracteres para los encabezados de página.

2. Resumen y Abstract y Palabras Clave

No más de 250 palabras para artículos originales y revisiones sistemáticas.

No más de 100 palabras para presentación de casos, técnicas quirúrgicas y revisiones no sistemáticas.

Cartas del lector, comentarios y minicomentarios no necesitan resumen/abstract.

3. Texto principal

Para artículos originales y revisiones sistemáticas, se debe subdividir así: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. **Presentación de casos y técnicas quirúrgicas:** Introducción, presentación de caso o técnica y discusión. Cualquier abreviatura o acrónimo utilizado se definirá en la primera aparición que tenga en el texto principal del artículo.

4. Agradecimientos

Incluyen instituciones o particulares que financiaron el total o parte del estudio. También contribuyentes que califican como autores, en cuyo caso su contribución debe ser descrita.

5. Manifestación de conflicto de interés

Incluye financiamiento o interés directo para alguno de los autores (por ej. Propiedad de la patente, de acciones, ser consultante o

conferencista, etc), intereses personales, políticos, intelectuales o religiosos. El tener conflicto de interés no impide que alguien pueda ser autor.

6. Referencias

Se presentarán en base a sistema de referencia de la convención de Vancouver. Las referencias serán numeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto. Se deben identificar en superíndice. Información de artículos aun no publicados serán citados como observaciones no publicadas. Artículos de hasta seis autores deben incluir todos los autores. Si el artículo tiene mas de seis autores, solo seis serán colocados seguido de "et al"

7. Tablas / Figuras.

Todas las tablas, figuras y gráficas deben estar citas y debidamente identificada entre paréntesis en el artículo. Cualquier tabla, figura o gráfica no cita en el artículo será descartada, sin responsabilidad por parte de los editores. Todas las tablas deben ir en blanco y negro. Las gráficas y figuras serán publicadas a color. Todas las tablas, figuras y gráficas estarán incluidas en el formato de Word enlistadas a continuación de las referencias. Las figuras deben estar en formato JPEG.

Artículos originales (de investigación)

Texto con máximo de 5000 palabras. Deben incluir la carta de autorización ética de la institución donde se realizó el estudio.

Técnicas quirúrgicas

Son descripciones de técnicas nuevas o innovadoras. Pueden tener más de diez ilustraciones, acompañadas de texto informativo de hasta 1800 palabras.

Comentarios

Comentarios en aspectos controversiales o de interés general. No deben tener más de 1800 palabras con 10 a 12 referencias. La manifestación de conflicto de interés debe ser incluida después del cuerpo principal y antes de las referencias. Se permiten como máximo dos graficas/tablas o figuras.

Presentación de casos

Texto con máximo de 1800 palabras. Deben ser casos que por su

Minicomentarios

Únicamente por invitación del editor. Se relacionan específicamente aun artículo en especial. No más de 500 palabras, con referencias integradas. Debe tener manifestación de conflicto de interés al final.

Cartas al editor

No más de 500 palabras. No deben de contener más de cuatro referencias. La carta debe incluir el nombre de la(s) persona(s) que aparecerán como signatarios con sus cargos, departamento/división y país. Se debe incluir el Título de la carta.

Los editores se reservan el derecho de realizar cambios de redacción, gramática y estilo, manteniendo la exactitud científica del reporte. A los autores se les puede solicitar que realicen cambios en ortografía, estilo y gramática, así como revisar por inconsistencias en el texto o las referencias.

Los autores son los únicos responsables del contenido del artículo y de su exactitud así como de la veracidad de lo que en ellos se publica. REVCOG bajo ninguna circunstancia se hace responsable por el contenido de los artículos.