

Resúmenes de Literatura Mundial

Dres.: Alfonso López, Riaño Mario, Uribe L, Sierra A.,
Parra M.C. y Vargas R.

TUBERCULOSIS EN ASOCIACION CON EMBARAZO

Good, JT El AL. Am. J. Obstet Gynecol. 1981 Jul; 140 (5) 492-97.

No existen estudios comparativos de TBC y embarazo de casos resistentes (DR) y casos sensibles a la droga (DS). Aquí se hace un estudio de 27 casos: 16 con enfermedad DR y 11 con enfermedad DS, de TBC, ocurridos en embarazo o post-parto; se revisan las complicaciones de la enfermedad y el tratamiento en el feto y el neonato. Además, se revisa la literatura y se hacen recomendaciones para el manejo de la TBC en el embarazo y el postparto.

Se tomaron los casos de 10 años del National Jewish Hospital que sufrieron reactivación o recaída de la TBC en el embarazo o 12 meses después del parto. De las historias clínicas se obtuvieron datos de edad, raza, presencia de signos y síntomas, método por el cual se estableció el diagnóstico, tiempo de la enfermedad con respecto al embarazo, tiempo de cambio en el esputo y resultados para el feto y la madre. Se revisaron los Rx. de tórax de todas las pacientes, por médicos que no conocían si ellas tenían enfermedad DR o DS.

Resultados: 11 Pacientes tenían enfermedad DS y solo 4 habían recibido tratamiento considerado adecuado; 16 pacientes tenían enfermedad DR y todas habían recibido tratamiento previo "adecuado". En 5 casos no fue posible determinar la causa la progresión de la

TBC pulmonar. La edad media de las pacientes fue 27.9 años. En 6 casos la enfermedad ocurrió en el embarazo (2 con DS y 4 con DR) y en 21 casos ocurrió postparto (9 con DS y 12 con DR). En el post-parto el tiempo medio de aparición de la enfermedad fue de 6 meses.

No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a edad, raza, positividad de los cultivos, tiempo de reactivación, cambios en el esputo, complicaciones, los Rx. y síntomas. Los Rx. mostraron lesiones de predominio, en los lóbulos superiores. Las pacientes con enfermedad DR tendieron a presentar lesiones más extensas. En los neonatos y fetos del grupo DR hubo 3 muertos, un aborto espontáneo, una meningitis TBC y una TBC miliar. En el grupo DS hubo un aborto espontáneo y una meningitis de TBC.

No se encontraron casos de TBC congénita. En las madres del grupo DR ocurrieron 2 muertes y 3 compromisos pulmonares severos. En el grupo DS no hubo muertes y hubo un caso de TBC genital.

Comentarios: Muchos autores piensan que el embarazo por si mismo no tiene efectos sobre el curso de la TBC. Las complicaciones fetales y neonatales son notables.

Algunos autores han encontrado tasas elevadas de aborto en madres con TBC.

Se reporta en otros estudios que la vacunación es el tratamiento de elección en RN de madres con TBC. Las malformaciones parecen aumentadas en RN de madres con TBC bajo tratamiento para ello.

Se aconsejan la isoniazida, el ácido paraminosalicílico, el etambutol y la Rifampicina, por carecer de efectos teratogénicos. La isoniazida atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche. El etambutol produce malformaciones en animales pero no se han demostrado en humanos. Se atribuyen a la Rifampicina: anencefalia, hidrocefalia y anomalías esqueléticas menores, pero no está comprobado. La estreptomina tiene efecto ototóxico potencial. Los efectos de otras drogas son desconocidos (Kanamicina, capreo-

micina, viomicina, cicloserina, etionamida, pirazinamida).

Resumen: Es recomendario el tratamiento adecuado a la mujer embarazada con TBC. Los mejores agentes son isoniazida, Pas, etambutol, Rifampicina; en los casos resistentes se utilizarán otras drogas y por ello debería pensarse en el aborto terapéutico. Los hijos de madres con TBC deben ser separados de ellas hasta que se negativice el esputo.

Aparentemente no hay contraindicación para la lactancia en madres con TBC infectantes, pero debe utilizarse con precaución por los efectos adversos de algunas drogas al aparecer la leche. Se deberá considerar la vacunación con BCG del RN.

PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

Lavin, JP., Stephens, RJ. et al. *Obstet Gynecol.* 1982 Feb; 59 (2): 135-147.

Existe preocupación en diferentes estamentos por las altas tasas actuales de cesárea. En el año 1974 el 99% de pacientes con cesárea anterior tuvieron su parto por cesárea repetida y la cesárea de primera vez ha llegado a valores de 10-15%.

Las cesáreas incrementan la morbilidad y la mortalidad materna, los costos hospitalarios se interfieren con el parto vaginal. Por lo anterior, los diferentes autores sugieren el parto por vía vaginal después de cesárea, en casos seleccionados.

Se revisó la literatura sobre parto vaginal después de cesárea en los últimos 30 años, en un total de 25 informes detallados. Entre 4.729 pacientes, 1.515

(32%) tuvieron parto con cesárea repetida después de trabajo de parto. Un 68% recibieron una prueba de trabajo de parto y de estos el 66.7% tuvieron parto vaginal. Entre las pacientes a quien se repitió la cesárea después de una prueba de trabajo de parto se encontró ruptura uterina en 0.7% (21) pacientes, con 3 muertes fetales, para un 0.93 X 1.000 RN vivos.

Entre los factores que influyen en la seguridad del parto vaginal después de cesárea están: a) Indicación de la cesárea: el porcentaje de pacientes con parto vaginal fue significativamente menor entre pacientes con inducción fallida como indicación para la primera cesárea, que aquellas cuya indicación había sido trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, hemorragias del 3er. trimestre o enfermedad hipertensiva. Los datos sugieren que las pacientes con cesárea

previa por DCP o inducción fallida tienen un pronóstico más pobre sobre el parto vaginal.

b) El parto vaginal previo mejora el pronóstico para parto vaginal después de cesárea, pero un importante número de pacientes sin tal historia también pueden tener el parto vaginal cuando se les da una prueba de trabajo de parto.

Las posibilidades de ruptura uterina pueden estar influenciadas por: a) El tipo de incisión: La cesárea clásica aumenta el riesgo de ruptura uterina completa (90.9%) mientras la cesárea segmentaria da 9.1%. b) Los autores encontraron que pacientes con factores no recurrentes tienen más posibilidades de ruptura uterina que cuando el factor es recurrente como una DCP. c) La morbilidad febril después de la primera cesárea parece no predisponer a ruptura uterina en caso de dar prueba de T de P en embarazos posteriores. d) Tampoco parece predisponer a ruptura uterina el antecedente de dos o más cesáreas. e) Un autor cree que la intervención del parto vaginal no tiene influencia en el riesgo de ruptura uterina en embarazos posteriores. f) La inserción de la placenta en el sitio de la cicatriz parece no tener importancia. g) No hay datos que permitan hacer estadísticas sobre la influencia de la técnica quirúrgica en la ruptura uterina, así como la pérdida sanguínea excesiva en la primera cesárea, o el grado de distensión uterina, el intervalo entre los embarazos, enfermedad debilitante o la histerografía para observar la cicatriz entre los embarazos.

Morbilidad materna: La histerectomía fue más frecuente en las que se hizo cesárea después de T de menor en las que se hizo cesárea electiva y rara después del parto vaginal. También se encontró aumento en las transfusiones, endometritis, y otros cuadros febriles. Sin embargo, las infecciones fueron si-

milares en las cesáreas de primera vez y las cesáreas repetidas, después de una prueba de T de P.

Complicaciones fetales: La mortalidad fetal se aumenta con el número de rupturas uterinas. En la actualidad la mortalidad del parto vaginal se puede disminuir gracias a la monitoría fetal. La mortalidad fetal está aumentada en rupturas de cesárea clásica.

Algunos aspectos del manejo del T de P en pacientes con cesárea anterior, ausencia de nueva indicación de cesárea, conocer el tipo de cicatriz uterina, admisión temprana en el T de P, monitoreo y vigilancia constante del T de P, hemo-clasificación.

Personal médico y auxiliar bien entrenado y advertencia a las pacientes de los riesgos y beneficios; no es necesario admitir a la paciente días antes. La pelvimetría con Rx en algunos estudios ha sido de notable ayuda pero se aconseja su uso con precaución y no como único parámetro.

En pacientes en quienes se usó ocitocina se encontró disminución de las posibilidades de parto vaginal.

La ruptura de membranas no produjo complicaciones y mejoró las posibilidades de monitoreo interno temprano. La anestesia durante el T de P no pareció esconder el síntoma de dolor bajo como signo de ruptura y por el contrario facilitó un diagnóstico temprano al poder palpar la cicatriz en la exploración vaginal. El beneficio del uso del fórceps para acortar la segunda fase no fue posible corroborarlo por falta de datos confiables. En el partograma se esperaron curvas similares a las pacientes sin antecedente de cesárea. La revisión uterina postparto produjo controversia pero no se encontraron motivos para condenarla.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EL PARTO PREMATURO; RIESGOS DE INFECCION NEONATAL Y MORTALIDAD PERINATAL

Obs-Gyn, Volumen 58, No. 4, octubre de 1981.

El estudio comprende 4.583 partos atendidos entre 1-I-76 y 31-XII-77. Se excluyeron embarazos múltiples, de más de 40s y partos no espontáneos; 203 partos prematuros presentaron RPM, 274 sin RPM fueron usados como grupos control, 454 partos a término presentaron RPM, 1.881 sin RPM se usaron como control. El manejo de RPM en partos prematuros fue expectante, a no ser que hubiera evidencia de corioamnionitis. No se inhibió T de P a no ser dilatación menor de 3 = 4 cm. Se compararon neonatos prematuros, con y sin RPM, con neonatos a término para determinar los factores de riesgo específicos asociados a prematuridad. También se compararon los neonatos con RPM prematuros y a término, con los respectivos grupos prematuros y a término sin RPM, para determinar los factores específicos de riesgo para RPM.

La infección neonatal ocurrió más comunmente en neonatos prematuros que en a término. El riesgo de infección debido solamente a RPM fue insignificante, comparado con el riesgo atribuible al nacimiento prematuro. La mortalidad perinatal y la causa específica de muerte varió inversamente proporcional a la edad gestacional.

Estas ratas no fueron significativamente diferentes entre grupos con o sin RPM, o con o sin desarrollo posterior de endometritis materna. Aunque la mortalidad debida a infección fue más alta en prematuros comparada con niños a término, la mayoría de las muertes de prematuros se debieron a otras causas, entre otras anoxia, problemas respiratorios, anomalías congénitas, etc. Los diversos riesgos fetales asociados a RPM y los riesgos inherentes también a la madre por este motivo, dan bases para el manejo expectante de la RPM, cuando ocurre en prematuros.

MANEJO OBSTETRICO AGRESIVO EN LOS PARTOS DEL FINAL DEL SEGUNDO TRIMESTRE

William P. Dillon y Edmund A. Egan. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 58, No. 6; Dic./81, pp. 685-90.

Se presenta una experiencia de tres años, durante la cual el bienestar fetal fue el principal factor en el manejo de las pacientes que tenían sus partos entre los 24 y 27 semanas; se revisaron 62 casos de mujeres para quienes la edad gestacional asignada prenatalmente es-

tuvo entre 24 y 27 semanas y quienes tuvieron un feto vivo a su ingreso; utilizando la salida del hospital como definición de supervivencia, 34 de los 62 niños (55%) sobrevivieron.

Las ratas de supervivencia fueron desde un 36% a las 24 semanas de gestación, hasta un 76% a las 27 semanas. Tres de los 34 sobrevivientes tuvieron problemas graves continuos a su salida del hospital.

De las varias estrategias usadas para mejorar el pronóstico perinatal, la administración ante-natal de Betametasona se asoció con una mejoría significativa en la supervivencia de los niños. Los autores quedaron muy animados ante los

resultados, que indican que esfuerzos agresivos ante y post-natales para los embarazos con edades gestacionales entre las 24 y 27 semanas, son efectivos en relación al costo.

INFECCION RENAL Y PRONOSTICO DEL EMBARAZO

L.C. Gilstrap, K.J. Leveno, F.G. Cunningham, P.G. Whalley y M.L. Roark. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Nov. 15 de 1981, Vol. 141, No. 6, pp. 709-16.

Para evaluar el impacto de la infección renal, se estudió un grupo de mujeres embarazadas con bacteriuria renal asintomática y otro grupo con pielonefritis aguda. En 248 mujeres con bacteriuria asintomática, la infección estaba localizada por medio de anticuerpos de superficie de las bacterias; el número de mujeres con hipertensión y anemia en cada grupo era similar y los niños nacidos de estas mujeres fueron comparables con respecto a mortalidad perinatal,

edad gestacional media y peso al nacer, tanto como en índices de madurez.

Un total de 487 mujeres con pielonefritis aguda fueron evaluadas en un estudio de control de casos; observaciones de la correlación de anemia materna y pielonefritis fueron confirmadas. Las mujeres con infección anteparto no tuvieron un pronóstico perinatal adverso; sin embargo, en mujeres con infección intra-parto la pielonefritis pareció haber iniciado el trabajo de parto prematuro. Los autores concluyen que la infección renal tratada, sea sintomática o asintomática, no modifica significativamente el pronóstico del embarazo.

"DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS"

Dr. Daniel R. Mischell. *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Vol. 1/79. Pág. 29-39.*

El DIU es menos eficaz que los anovulatorios pero con más ventajas (Uso, no altera fisiología orgánica, solo genital). Las espirales grandes son más efectivas que la T-cu y 7-cu más pequeñas; el cobre aumenta la efectividad. La T con progesterona (65 gm) es efecti-

va, ideal en nulíparas, dura 1 año. Frecuencia de embarazo con DIU 2%, expulsión 10%, extracción por orden médica 15%. Causa principal de extracción: metrorragias. La perforación es rara pero potencialmente grave (cuadro obstructivo, adherencias, perforación intestinal, que obligan a extraerlo por laparoscopia o laparotomía). Mecanismo de acción: reacción inflamatoria aséptica con gran flujo leucocitario que hace el

endometrio adverso para la anidación del blastocisto. No produce anomalías congénitas si sucede embarazo con el DIU. Conducta: extraerlo si se ven los hilos, ya que aumenta la frecuencia de abortos, sépticos o no, como la presencia de partos prematuros. Otra complicación es el embarazo ectópico, ya que la reacción inflamatoria también compromete a la trompa, y ella es menor cuanto más retirado está del útero.

A toda paciente con embarazo y DIU, en que es imposible la extracción de éste, con deseos de continuar dicho embarazo, deben advertírsele los peligros que ello implica.

La selección del DIU está dada por el criterio médico, la destreza en la aplicación, la clase de paciente, multiparidad o no y costo y facilidad de consecución.