

# Resúmenes de Literatura Mundial

Dres.: Luis Alfonso López J y Juan Manuel Acuña A.

## EL SIGNIFICADO DE LA TINCIÓN POR MECONIO

Fujikura T, Klionsky B. Am. J. Obstet. Gynecol. January 1, 1975.

La tinción con meconio de la placenta y/o el cuerpo fetal se encontró en el 10.3% de 42.000 recién nacidos vivos. El paso de meconio al líquido amniótico antes del nacimiento, es un signo tradicionalmente aceptado de sufrimiento fetal in útero, siendo su presencia posiblemente debida al estímulo de períodos de anoxia e hipoxia fetales. A pesar de ello, en 12-25% de los casos no se logra determinar una causa aparente.

La mortalidad asociada a una frecuencia cardíaca fetal rápida se ha determinado en aproximadamente el 5 al 8% de los casos, pero asociada a presencia de meconio llega al 20%. Dentro de las causas más frecuentes de tinción con meconio encontramos edad materna, partos difíciles, embarazo prolongado, obesidad, hipertensión, toxemia, anemia y otras; los factores fetales no han sido claramente determinados.

Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron una elevación de la mortalidad del 1.7 al 3.3%, en los grupos sin y con tinción de meconio, respectivamente.

En el grupo con tinción de meconio se observó también disminución de la aparición de membrana hialina y atelectasias, posiblemente por acción tensoactiva de meconio; las malformaciones cardiovasculares se duplicaron y la eritroblastosis fetal se cuadruplicó. Se encontró también aumento de la tinción con meconio en casos de fetos que pesaron más de 3.500 gms.

Se acepta que debe existir un mínimo de 4 a 6 horas entre la aparición de meconio en el líquido amniótico y la tinción del feto y/o la placenta y membranas, así como la presencia del meconio a modo de indicador de un estado previo o actual y compensado o descompensado de sufrimiento fetal, o una situación pasajera de anoxia no determinable al momento del examen.

## EMBARAZO PROLONGADO: UTILIZACION DEL TEST DE OCITOCINA COMO METODO PRIMARIO DEL SEGUIMIENTO FETAL

Fresman R.K. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 140: 120, 1981.

El embarazo prolongado se ha asociado a mortalidad y morbilidad perinatal

y los factores involucrados han sido insuficiencia placentaria progresiva, oligoamnios, paso de meconio y disminución de peso fetal. El riesgo aumenta a partir de la 42a. semana de gestación.

La inducción con cuello favorable parece ser una actitud razonable; sin embargo, la inducción rutinaria no mejora el resultado fetal y sí aumenta el porcentaje de intervenciones innecesarias, incluyendo cesárea. Se buscan técnicas que puedan evitar la aparición de complicaciones y disminuir las intervenciones. Se han utilizado la medición de estriol, lactógeno placentario humano; amniocopia y amniocentesis, con resultados muy variables. El uso de la prueba de no stress ha sido decepcionante. En este estudio se siguen 679 embarazos posttérmino, con 500 normales como grupo control.

No hubo muertes fetales ni neonatales en ninguno de los dos grupos. En el grupo posttérmino se encontró riesgo aumentado de sufrimiento fetal, aparición de meconio, macrosomía y cesárea por sufrimiento fetal y falta de progreso del trabajo de parto. El total de test de ocitocina anormales fue del 39% y el riesgo para este grupo fue mayor; 75% del grupo posttérmino presentó parto espontáneo, sin complicaciones. En el 5.4% se indicó parto por una prueba de ocitocina anormal.

Con el control con prueba de ocitocina no se indicará intervención en 19 de cada 20 pacientes problema.

### **PREMATUREZ IATROGENICA DEBIDA A TERMINACION ELECTIVA DE EMBARAZOS PROLONGADOS:**

#### **UN PROBLEMA MAYOR EN EL CUIDADO DE LA SALUD PERINATAL**

Flaksman RJ, Vollman JH, Benfield DG: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 132: 885, 1978.

En una serie de 1.000 recién nacidos referidos a un centro neonatal regional, se identificaron 32 infantes pretérmino iatrogénicos. Todos fueron productos de terminación electiva de embarazos no complicados, aparentemente a término, sin documentación de madurez fetal y/o determinación del diámetro biparietal por ultrasonografía. La morbilidad asociada incluyó asfixia del neonato en 10

casos, síndrome de dificultad respiratoria en 24 y neumotórax y neumomediastino en 9 pacientes.

Un infante murió; los nacimientos prematuros inesperados iatrogénicos son un problema mayor de salud, que analizado a nivel nacional presenta probablemente una incidencia de miles de casos al año. El presente reporte sugiere la necesidad de una acuciosa determinación de la madurez fetal antes de la terminación electiva del embarazo por métodos ya bien establecidos.

### **UTILIDAD CLINICA DEL PERFIL DE MADURACION PULMONAR**

Mackenna J, Hodson CH, Brame RG: *Obstet. Gynecol* 57: 493, 1981.

La correlación entre la madurez pulmonar fetal y los niveles de producción de surfactante (lípidos pulmonares) ha sido bien establecida.

Existen niveles de especificidad y sensibilidad en la medición de cada uno de los componentes del surfactante y la aparición del síndrome de dificultad respiratoria. Se analizaron el perfil pulmonar y la correlación de sus resultados, con la aparición del síndrome en 356

pacientes con indicación para amniocentesis. Los recién nacidos con relación lecitina/esfingomielina mayor de 2, fosfatidil inositol a un nivel que indica madurez y fosfatidilglicerol mayor del 2%, no presentaron el síndrome; 26 de 40 pacientes en los cuales las pruebas demostraron inmadurez, presentaron dificultad respiratoria; 20 pacientes con relación L/E mayor de 2 pero con bajo fosfatidilglicerol presentaron el 40%

síndrome de dificultad respiratoria. Por lo contrario, en un pequeño grupo con L/E inmaduro pero fosfatidilglicerol adecuado, no se presentó el síndrome. Los resultados indican mayor precisión en el diagnóstico de madurez con el perfil pulmonar, que sólo con la determinación de la relación L/E. La prueba más específica probó ser la determinación de fosfatidilglicerol.

### CONIZACION DURANTE EL EMBARAZO

Hannigan et al. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 60, No. 4, 450. Oct/82.

Bajo un esquema diagnóstico que utiliza la conización cervical liberalmente, para la valoración de la mujer con papanicolao anormal, 82 mujeres embarazadas fueron sometidas a conización; 15 tuvieron morbilidad significativa relacionada con sangrado cervical; la mortalidad perinatal no corregida fue de 44.1/1.000. En 61 conos efectuados antes de que la colposcopia fuera introducida en el esquema, se evidenciaron 2 casos de C.A. invasivo no diagnosticado; en 21 pacientes a quienes se les

practicó colposcopia previa a la conización se diagnosticó un caso de CA invasivo. Durante el estudio 15 pacientes con CA invasor fueron identificadas: 9 por biopsia de punción de la lesión, 2 por cono sin colposcopia previa y 4 por biopsia dirigida por colposcopia. El esquema de estudio ha sido cambiado a raíz de este estudio, utilizando ahora uno similar al recomendado por Benedet, en el cual el cono se usa solamente cuando las biopsias dirigidas por colposcopia demuestran CA invasor, o cuando la citología sugiere un CA invasor que no se demuestra en colposcopia.

### PROLACTINA EN LA EVALUACION DE LA FASE LUTEA EN INFERTILIDAD

Juan A. Vanrrell-J. Balasch. *Fertil Steril* 39:30. 1983.

La hiperprolactinemia se detectó en 15 de 130 pacientes infértiles (11.5%), con ciclos menstruales regulares, sin galactorrea, quienes fueron sometidas a evaluación de la fase lútea por temperatura basal, estradiol plasmático, determinación de progesterona y biopsia endometrial (que se repetía en ciclos posterior si la primera era defectuosa). La longitud de la fase lútea y los niveles

plasmáticos de progesterona y estradiol fueron similares en las pacientes hiper y normoprolactinémicas; más aún, una incidencia significativamente más alta de fase lútea inadecuada, histológicamente documentada, se encontró en el grupo normoprolactinémico. Se concluye que la utilidad de la determinación de prolactina en la evaluación de la función lútea en infertilidad es de poca utilidad y que la mayoría de casos histológicamente documentados de defectos de la fase lútea ocurren con euprolactinemia.

## INFECCIONES GONOCOCICAS DISEMINADAS

Al-Suleiman y cols. *Obstet Gynecol* 61: 48, jan. 1983.

Una revisión retrospectiva de 4 años, en 55 pacientes con infecciones diseminadas de neisseria gonorrea, reveló que esta complicación ocurre en adultos jóvenes, con predominancia en las mujeres (80.0%); la manifestación más común de la gonococcia diseminada fue la artritis, que ocurrió en 47 pacientes (85.5%); la segunda manifestación fue la

dermatitis, que ocurrió en 33 pacientes (60%). Una cuidadosa historia, un examen físico detallado y un alto índice de sospecha son esenciales para el diagnóstico. La infección gonocócica diseminada puede confirmarse aislando el gonococo de los sitios potenciales, incluyendo uretra, cervix, recto, orofaringe y sangre. El diagnóstico temprano y la terapia adecuada son necesarios para prevenir complicaciones serias.

## IDENTIFICACION DE FETOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL EN BASE AL AUMENTO DE LA PRODUCCION DE SURFACTANTE

G. Sher, B.E. Statland. *Obst and Gynec.* Vol. 61 No. 1. January 1983. (61: 13. 83).

La utilidad clínica de la medida del diámetro biparietal por ultrasonido y la madurez pulmonar fetal por el test de la estabilidad de la espuma se reporta. El material clínico consistió en 57 casos en los cuales el embarazo produjo un neonato de bajo peso (menor de 2.500 gr). La combinación del diámetro biparietal fetal pequeño (menos de 8.5 cm) y un índice de estabilidad de la espuma maduro (0.47 o más) fue asociado con neonatos de bajo peso para la edad ges-

tacional en 16 de 19 casos. Un índice de estabilidad de la espuma inmaduro y un diámetro biparietal menor de 8.5 cm se asoció con R.N. apropiados para la edad gestacional en 16 de 16 casos. La capacidad discriminatoria del test de la espuma en la identificación del feto pequeño para la edad gestacional se perdía cuando el diámetro biparietal era de 8.5 cm o más. El resultado de este estudio sugiere un potencial clínico importante para la medida concurrente de diámetro fetal biparietal y el test de estabilidad de la espuma, en la evaluación prenatal de alto riesgo, del feto pequeño en el tercer trimestre.

## MANEJO DE LAS HEMORROIDES DURANTE Y DESPUES DEL EMBARAZO

Thomas R. Russell. *Contemporary OB/GYN.* Vol. 21, 75; marzo/83.

Las hemorroides son canales venosos comunicantes, libres, que drenan el ano y el bajo recto; las externas drenan la porción baja del ano y el área perianal, las internas drenan la porción superior del ano y el recto. El embarazo es la cau-

sa conocida más común de hemorroides sintomáticas, probablemente por la congestión venosa debida a la obstrucción de la vena porta y el agrandamiento uterino, con aumento de la vascularización; otras causas son la constipación crónica y la posición sentada prolongada

La mayoría de las embarazadas tienen síntomas menores, menos común es la

hemorroide externa que se trombosa, con inflamación y dolor. El tratamiento debe asegurarse evitando los factores precipitantes, instruyendo a la paciente sobre cuidados en la defecación, cambios en la dieta (más fibras y agentes hidrófilos), descanso en cama y empleo de anestésicos y astringentes locales.

Si la trombosis externa se hace progresiva a pesar del tratamiento, se considerará la infiltración (con lidocaina 1%) del complejo hemorroidal. La escleroterapia podría necesitarse; este procedimiento relativamente doloroso es seguro durante el embarazo.

Muchas pacientes con hemorroides podrían tener algún grado de trombosis hemorroidal y prolapsos de hemorroides internas después del parto; con la reducción de la presión del sistema porta, descanso en la cama, baños de asiento y aplicación de medicamentos locales, los síntomas generalmente se resuelven en la 3a. semana. En el postparto inmediato, la trombosis severa de las hemorroides externas o internas podría requerir hemorroidectomía.

### **CORRELACION DEL LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO, DETERMINACION TEMPRANA DEL PH FETAL Y VALORACION DE APGAR COMO PRONOSTICOS DEL RESULTADO PERINATAL**

Starks G. *Obstetrics and Gynecology*. 56, 5, 604-9, 1980.

Se realizó un estudio prospectivo para determinar si el paso de meconio durante el trabajo de parto temprano, el tipo de meconio en el líquido amniótico (claro contra espeso) y el PH fetal, se podían correlacionar con el Apgar, como parámetros para predecir el resultado neonatal, en 177 pacientes.

Además de las causas enumeradas en el artículo anterior se postulan la vasoconstricción del intestino fetal causando hiperperistalsis y la relajación de esfínteres como elementos que llevan el paso de meconio al líquido amniótico.

Los autores han encontrado disminución de los valores de saturación de oxígeno en sangre de la vena umbilical; otros han sugerido que el tipo de meconio y el tiempo de su expulsión, son los factores más significativos que afectan

el resultado fetal. Si además hay anomalías de la frecuencia cardíaca fetal el riesgo es mayor y la mortalidad sube del 4.5 al 32%.

Los factores de riesgo fueron encontrados frecuentemente en el grupo con meconio espeso (embarazo prolongado, retardo de crecimiento intrauterino, anomalías de frecuencia cardíaca fetal); la disminución del apgar al minuto y 5 minutos y disminución del PH fetal en cuero cabelludo, fueron significativos en relación con los otros grupos.

En el grupo con meconio claro no hubo diferencia significativa con el grupo sin meconio.

Al parecer el paso temprano de meconio espeso es un factor determinante en el resultado del feto, más aún si se asocia a anomalías del PH y frecuencia cardíaca fetal.