

# Resúmenes de Literatura Mundial

## EL EFECTO DE LOS ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS EN LA MORBILIDAD FEBRIL SIGUIENTE A LA INTERVENCION CESAREA

Dres.: Alfonso López y Juan Manuel Acuña A.

**Itskovitz J, Paldi, E, Katz M:** Obstet Gynecol 53: 162, 1979.

La administración de antibióticos profilácticos en los procedimientos quirúrgicos ha sido un tema controvertido desde hace algunos años, especialmente en cirugías clasificadas como limpias contaminadas, dentro de las cuales tenemos a la cesárea. El reporte de algunos autores es de morbilidad infecciosa (endometritis) aumentada en relación de 7: 1 de la cesárea en relación con el parto vaginal. En el presente estudio se evaluaron en forma prospectiva 150 pacientes sometidas a cesárea relacionando el efecto de antibióticos profilácticos en relación con la morbilidad febril en el post-operatorio. Se administraron ampicilina y cefalotina iniciados en la primera hora y hasta el

5o. día después de la cirugía. Las pacientes se asignaron a uno u otro grupo en forma aleatoria. Se determinó un grupo control al cual no le fueron administrados antibióticos. Los resultados fueron un descenso de infección post-operatoria del 50% en el grupo control al 30% en el grupo de la ampicilina y 16% en el de la cefalotina. Así mismo, el promedio de estancia fue de 8.3 y 7.2 días para los diferentes grupos en el mismo orden.

Varios estudios han demostrado y ratificado lo anterior. La ventaja de este régimen antibiótico (iniciado en el post-operatorio inmediato), es la abolición de transferencia indeseable de la droga al feto.

## PRUEBA DE NO STRESS FALSAMENTE REACTIVA EN EMBARAZOS POST-TERMINO

**Miyazaki F, Miyasaki B.:** Am. J. Obstet. Gynecol. 140:269, 1981.

La prueba de No stress ha sido un arma útil en el monitoreo de pacientes con embarazos de alto riesgo. Sin embargo, se ha visto pérdida de su utilidad en relación con el monitoreo de embarazos post-término. En el presente estudio se evaluaron 125 pacientes, en forma retrospectiva, con embarazos de más de 42 semanas (Post-término) y pruebas de No stress reactivas. La reactividad en este estudio se definió como la presencia

de 2 o más aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal en 20 minutos, de más de 15 latidos por minuto y de más de 15 segundos de duración. Se determinó la prueba como falsamente reactiva si el feto murió en la primera semana después de una prueba reactiva o si presentó sufrimiento fetal desde la admisión o en las etapas tempranas del trabajo de parto. De los casos evaluados, 10 presentaron malos resultados, incluyendo 4 casos de muerte anteparto y una muerte neonatal. La prueba de No stress fue engañosa por dar una falsa seguridad de bienestar fetal,

en el 8% de los casos. El mecanismo más importante como causa de sufrimiento fetal fue la compresión del cordón, que ocurre frecuentemente con la insuficiencia placentaria y ocasionalmente sin ella.

La prueba de ocitocina fue útil para desenmascarar los problemas causados

por compresión del cordón, y debe ser tenida en cuenta como un indicador más fiel en casos de sufrimiento fetal en embarazos post-término. La presencia de desaceleraciones variables debe ser indicación de intervención o al menos de realización de una prueba con ocitocina.

### PRUEBA DE OCITOCINA Y RETARDO DE CRECIMIENTO INTRA UTERINO

**Lin CH, et al:** Am J. Obstet. Gynecol. 140: 282, 1981.

En los 10 pasados años la prueba de ocitocina ha ganado popularidad como método para el seguimiento de embarazos de alto riesgo. En aproximadamente el mismo tiempo el retardo de crecimiento intrauterino se ha identificado como una entidad clínica importante causante de gran morbilidad y mortalidad perinatal. En reportes pasados se ha encontrado que el retardo de crecimiento intrauterino es la entidad fetal causante, por sí misma, de la mayor cantidad de pruebas de ocitocina positivas. El presente estudio investiga la relación íntima entre el retardo de crecimiento intrauterino y las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. El estudio se realizó basado en el análisis de 85 casos de retardo de crecimiento intrauterino confirmados por hallazgos post-natales según los criterios de Dubowitz para la edad gestacional. Solo los casos con peso al nacer por debajo del Percentil 10 fueron incluidos. La sospecha, en el embarazo, se planteó por una baja altura uterina al examen físico

y más de 3 semanas de diferencia entre la fecha de la última regla y hallazgos ecográficos.

Se realizaron pruebas de no stress y de ocitocina en todos los casos y se clasificaron los resultados de acuerdo al patrón en positiva no reactiva, positiva reactiva, negativa no reactiva y negativa reactiva.

Los peores resultados se obtuvieron en el primer trazado y los mejores en el último, similares en las pacientes con retardo del crecimiento y otro tipo de factores de alto riesgo (hipertensión materna, otras causas de sufrimiento fetal intraparto), pero se corroboró la gran cantidad de pruebas de ocitocina positiva en el retardo del crecimiento en relación a otras patologías. El mecanismo atribuido es doble: disminución de reserva fetal asociada a insuficiencia placentaria.

En casos de pruebas con trazado positivo no reactivo, el uso liberal de cesárea es recomendado.

### PREMATUREZ IATROGENICA DEBIDA A TERMINACION ELECTIVA DE EMBARAZOS NO COMPLICADOS: UN PROBLEMA MAYOR EN EL CUIDADO DE LA SALUD PERINATAL

**Flaksman RJ, Vallman JH,** Endield DG.: S; Abr. Med. J. 132: 885, 1978.

En una serie estudiada de 1.000 recién nacidos referidos a un centro de atención

regional, 32 casos de prematuridad iatrogénica (infantes pretérmino) fueron identificados. Todos fueron resultados de terminación electiva de embarazos no complicados, aparentemente a término, sin determinación de madurez pulmonar fetal o determinación ultrasónica de edad fetal.

La morbilidad encontrada incluyó 10 casos de asfixia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina) en 24 casos y neumotórax 9% neumomediastino en 9 pacientes. Un niño murió. Los costos hospitalarios totales fueron \$ 150.643 con un promedio de \$ 4.701 por paciente.

La prematuridad inesperada fue motivo de reacción severa por parte de los padres con grandes alteraciones en sus actividades diarias.

La prematuridad iatrogénica es un problema perinatal regional mayor, que

visto desde el punto de vista nacional, puede afectar a miles de recién nacidos y sus familias al año.

Nuestros datos sugieren la necesidad de métodos diagnósticos más precisos de madurez fetal antes de la terminación electiva de un embarazo, por medio de técnicas bien establecidas.

Comentario: La determinación de la madurez fetal tiene que ver principalmente con la adecuada producción de surfactante pulmonar. Dentro de esta determinación tenemos el test de Clemens como método fácil a nivel rural, hasta la realización del llamado perfil pulmonar iniciado con determinaciones de la relación lecitina-esfingomielina, hasta la mayor especificidad obtenida con la cuantificación del fosfatidilglicerol y fosfatidil inositol.

Referencia: *Obstet Gynecol* 57 (4): 1981

### EFFECTOS SOBRE EL NEONATO DEL SULFATO DE MAGNESIA ADMINISTRADO A LA MADRE

**Green K. et al.:** *Am. J. Obstet. Gynecol.* 146: 29. 1983.

El sulfato de magnesio ha sido usado extensamente para el tratamiento de hipertensión inducida por el embarazo y a pesar de saberse que sus efectos sobre el feto y el recién nacido son mínimos, se ha reportado casos de depresión neonatal, flacidez e hiporreflexia en hijos de madres que lo venían recibiendo.

Es posible, sin embargo, que situaciones comúnmente asociadas a la hipertensión inducida por el embarazo (p. ej.: asfixia perinatal, prematuridad) afectan el buen resultado fetal y neonatal.

El presente es un estudio prospectivo en pacientes con hipertensión inducida

por embarazo tratados con sulfato de magnesio y embarazos a término y no complicados con retardo de crecimiento intrauterino, líquido amniótico meconioso y/o cualquier signo de sufrimiento fetal determinado por monitoría de frecuencia cardíaca y PH de cuero cabelludo fetales. Se establecieron un grupo de estudio y un grupo de control siendo la edad, paridad, edad gestacional y los niveles de calcio y magnesio similares.

Durante el trabajo de parto los niveles de magnesio del grupo control permanecieron estables y los del grupo de estudio aumentaron en forma prevista.

Los niveles maternos de calcio fueron menores en el momento del parto en

ambos grupos pero fue mayor en el grupo de estudio.

No hubo diferencias en los nacidos de los grupos estudio y control en relación con APGAR y frecuencia respiratoria.

El magnesio del grupo control fue mayor pero los niveles de calcio fueron similares en ambos grupos.

El estudio neurológico fue así mismo similar.

Es la conclusión de este estudio que con el régimen de sulfato usado (1gm/hora) después de una carga de 4 gms. los efectos sobre el metabolismo del magnesio y el calcio maternos son los esperados y reportados previamente en otros estudios. Sin embargo, la hipocalcemia se presenta como no sintomática y en su forma sintomática es rara. Y descartando otras situaciones patológicas en el recién nacido, no hay efectos atribuibles a la terapéutica empleada, excepto una hipermagnesemia asintomática y transitoria.

#### EFFECTOS DE LA REDUCCION DE PESO CORPORAL SOBRE LOS ANDROGENOS PLASMATICOS EN LA MUJER INFERTIL OBESA

**W. Ba es-N. Whitworth.** Fertil Steril 38: 406, octubre 1982.

Aunque una variedad de desórdenes se asocian con el síndrome de ovario poliquístico, obesidad, hirsutismo y disfunción menstrual son los más frecuentes. Se investigó la posibilidad de que la obesidad por si pudiera aumentar el exceso de andrógenos a través de alteraciones en el metabolismo estrogénico y consecuentemente a través de alteraciones en la secreción de gonatropinas; 18 mujeres infértiles obesas con PCOD (ovario poliquístico) se compararon con 20 mujeres de control. Androsteron plasmático (A) fue  $252 \pm 18\text{ng/}$

dl en la obesa, comparado con  $173 \pm 9\text{ ng/dl}$  en los controles. La testosterona plasmática (T) fue  $66 \pm 5.7\text{ ng/dl}$  comparado con  $41 \pm 3\text{ng/dl}$ . 13 de estas obesas perdieron más del 15% de su peso con dieta; 10 de estas mujeres (77%) concibieron espontáneamente. En 7 de las 10 mujeres que concibieron medimos andrógenos plasmáticos después de la reducción de peso antes del embarazo. A disminuyó de  $295 \pm 9\text{ ng/dl}$  a  $179 \pm 5\text{ ng/dl}$ . T disminuyó de  $75 \pm \text{ng/dl}$  a  $39 \pm \text{ng/dl}$ .

Concluimos que la obesidad puede jugar un rol en la génesis del PCOD.

#### CULTIVOS DE LIQUIDO AMNIOTICO: POST/CESAREAS ENDOMETRITIS E INFECCIONES NEONATALES

**Diane M. Magrane-Blaskiewicz.** Obst. Ginecol 61: 339, marzo 1983.

El cultivo del líquido amniótico en 54 pacientes a quienes se les practicó cesárea se compararon en vista a los

eventos intraparto y post-parto; los hallazgos neonatales y los cultivos se compararon también con lo encontrado en líquido amniótico. Cultivos positivos se obtuvieron en un 57% mostrando una multiplicidad de organismos. El desarro-

llo de endometritis se correlacionó con un gran crecimiento bacteriano en el cultivo. Los cultivos positivos se correlacionaron con trabajos de parto mayores de 8 horas, y la presencia de ruptura de membranas al tiempo de la cesárea; 33% de las pacientes con cultivos positivos tenían intactas las membranas al tiempo de la cirugía, 88% de los cultivos de niños y cultivos de líquido amniótico

tenían crecimiento de bacterias comunes.

Una cuenta bacteriana mayor de 103— se correlacionó con endometritis. Múltiples organismos aeróbicos y anaeróbicos fueron aislados del líquido amniótico; esto soporta nuevamente la naturaleza polimicrobiana de la mayoría de las infecciones pélvicas.

### CIRUGIA CONSERVATIVA PARA EMBARAZO TUBARICO

R. Langer et. al. Fertil Steril 38: 427, 1982.

57 cirugías conservativas para embarazo tubárico no roto fueron efectuadas en 54 pacientes. Salpingotomía fue efectuada en 44 casos y expresión fímbrica de la gestación ectópica en 13 casos; en este grupo de pacientes 80% (39 de 49) lograron embarazo intrauterino después de la cirugía y 71% (35 de 49) tuvieron un hijo vivo. La rata de recurrencia del embarazo ectópico fue de 12%; 90%

de las pacientes con una trompa contralateral normal tuvieron un embarazo intrauterino después de la cirugía y un 7% de recurrencia de embarazo ectópico; una relación de 1:15.

Esto sugiere que las indicaciones para la cirugía conservadora en el manejo del embarazo tubárico no roto, debería ampliarse a todas las pacientes interesadas en futuros embarazos, y debería considerarse en todos los casos con trompa contralateral normal.

### PRONOSTICO PERINATAL EN AUSENCIA DE ACELERACION CARDIACA FETAL ANTE-PARTO

K. Leveno-L. Williams et al. Obstet. Gynecol. 61: 347, marzo 1983.

El pronóstico de 27 embarazos en los cuales los test para actividad fetal ante-parto (No stress) revelaron ausencia de aceleración cardíaca fetal o menor de 10 latidos por minuto (aceleración) durante 80 minutos se presenta. Al momento del parto se encontró en estos embarazos uno o más hechos correlacionados con insuficiencia utero-placentaria. Estos incluían retardo de crecimiento fetal (74%), oligo-hidramnios (81%), acidosis fetal (41%) meconio (30%) e infartos placentarios (93%). Se presentaron

4 muertes fetales y 7 neonatales para una mortalidad perinatal de 41%. A pesar del parto de todos los niños por cesárea sin trabajo de parto, los niños que murieron en período neonatal nacieron en pésimas condiciones; los autores concluyen que la inhabilidad del feto para acelerar su corazón, cuando no se debe a medicación materna, es un signo ominoso; a través de la literatura sobre actividad fetal existen otros estudios con similares experiencias; el propósito del presente reporte es llamar la atención a los test de no stress, de importancia ampliamente reconocida.