Repercusiones del síndrome tóxico sobre la gestación

* Dres.: Guerra Flecha J.M. y Aguarón de la Cruz Angel

INTRODUCCION

El día 15 de julio de 1981 y a propuesta del Ministerio de Sanidad, Trabajo y S.S., una vez descubierta la procedencia de la llamada "Neumonía atípica", se reúne en dicho ministerio una comisión de expertos para coordinar y estudiar los eventuales efectos del aceite tóxico sobre la madre y el feto.

En dicha reunión se elaboran los protocolos de identificación, seguimiento de la embarazada, parto, puerperio, protocolo de aborto, y por último, el de investigación de posibles lesiones germinales.

A toda embarazada se le aplicaba el protocolo de identificación, clasificándola según la ingestión de un aceite posiblemente tóxico, sintomatología o bien padecimiento de la enfermedad de algún miembro de la familia o persona allegada a ella, en paciente de: nulo, medio o alto riesgo, dividiendo estas últimas en alto riesgo tipo A o tipo B, si era la embarazada la que padecía la enfermedad o bien su marido.

Tanto las gestantes de mediano como las de alto riesgo serían controladas durante toda su gestación, parto y puerperio en los hospitales de nivel III:

- Maternidad Provincial
- Maternidad de la Paz
- Sta. Cristina
- Ciudad Sanitaria 1o. de Octubre
- Clínica de la Concepción

MATERIAL Y METODOS

A toda gestante clasificada de mediano o alto riesgo se le aplicaba el protocolo de seguimiento de la embarazada, estableciéndose controles mediante exploración obstétrica, evaluación de la función respiratoria y cardiovascular, analítica convencional y exploración ecográfica con valoración de movimientos de tronco, extremidades y toraco-abdominales y características de la placenta en las semanas 14, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39 y 40.

En la 25 semana, determinación de la alfa feto-proteína y a partir de la 28, estríol y lactógeno placentario y estríoluria en orina de 24 horas, realizándose desde las 34 semanas hasta el momento del parto, registros de la frecuencia

* HOSPITAL PROVINCIAL
Instituto Provincial de Obstetricia y
Ginecología. Madrid, España.

cardíaca fetal mediante tocografía externa.

Dado que el estudio de las posibles repercusiones del Síndrome Tóxico comenzó en junio de 1981, las conclusiones del presente trabajo han de diferenciarse entre las pacientes que estaban embarazadas en aquella fecha o que quedaron embarazadas en dicha época, es decir las que terminaron su embarazo antes o en el mes de abril, mayo de 1982, de las embarazadas que sufrieron la enfermedad o sus maridos y que han quedado embarazadas posteriormente.

En el Hospital Provincial de Madrid, Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología, hasta el mes de mayo de 1982 se estudiaron un total de 102 embarazadas, de las cuales 46 fueron de alto riesgo: 36 de tipo A y 10 de tipo B y 56 de riesgo medio. Hubo un total de 64 partos, 18 de alto riesgo: 11 tipo A y 7 tipo B y 46 de mediano riesgo. Se registraron un total de 4 abortos, uno de ellos molar, todos en mujeres clasificadas como de alto riesgo.

En las pacientes de alto riesgo no existen antecedentes de fetos malformados, subnormalidad o prematuridad, existiendo dos gestantes con antecedentes de crecimiento intrauterino retardado.

En riesgo medio, 5 presentaban antecedentes de prematuridad y un crecimiento intrauterino retardado.

Antecedentes Personales

Hepatitis	1
Neumonía	2
Nefrectomía	1
Poliomielitis	1
Diabetes	2
Asma	1

EVOLUCION DEL EMBARAZO

La eosinofilia marcada se detectó en las gestantes de riesgo elevado, decreciendo a lo largo de la gestación en el 70% de los casos, permaneciendo constante en el 25% y aumentando en el 5%.

En pacientes de riesgo medio las cifras de eosinofilia nunca sobrepasaron los límites de 500/m.m.c., disminuyendo todas ellas a lo largo del embarazo.

Las cifras de Estriol y Lactógeno Placentario no mostraron grandes dispersiones en comparación con la población normal, (Gráfica No. 1).

Gráfica No. 1

En 11 casos existía sintomatología clínica importante como insuficiencia respiratoria, ictericia, atrofas musculares, mialgias, parestesias musculares etc.

Se realizaron ecografías para la medición de los diámetros biparietal y abdominal, así como la estructura placentaria, cantidad de líquido amniótico y movimientos fetales espontáneos, detectándose entre las gestantes de alto riesgo la existencia de 5 crecimientos intrauterinos retardados, comprobándose posteriormente en el bajo peso al nacimiento.

A partir de la 34 semana de gestación se realizaron registros de la frecuencia cardíaca fetal, mostrando todas ellas patrón reactivo, excepto en 5 ocasiones en que se consideró prepatológico, por lo que se realizó prueba de esfuerzo con oxitocina, resultando de éstas, dos positivas con desaceleraciones variables, motivo por el que se indujo el parto.

RESULTADOS

Tipo de Parto	Tipo de Parto	
	A. R.	M. R.
Forcéps	1	4
P. Normal	7	37
Ventosas	1	2
Cesáreas	7	—
Pelvis	—	2
Gemelar	1	1

— Motivo de las cesáreas:

2 por cesáreas anteriores,

1 gestación prolongada — Fracaso de la inducción,

1 situación transversa,

1 sufrimiento fetal,

2 fracasos de inducción y

1 desproporción pélvico-cefálica.

El peso de los fetos al nacimiento permitió ratificar la existencia de 5 C.I.R. que ya habían sido diagnosticados por ecografía.

No hubo mortalidad perinatal ni materna, ni la existencia de ningún tipo de malformaciones achacables a la enfermedad.

Se estudiaron desde el punto de vista histopatológico un total de 21 placentas, de las cuales el 72% procedentes de enfermas de alto riesgo, siendo todas ellas compatibles con la normalidad, excepto en 5 de ellas, todas de gestantes de alto riesgo tipo A, en las que se observaron frecuentes áreas de hemorragia, vasos hipertróficos, trombosis intervellosas, hipertrofia de la uterina e infartos placentarios.

El tipo de lactancia en todos los casos de alto riesgo y en el 80% de mediano riesgo fue artificial, suprimiéndose la lactancia materna con Bromoergocriptina, ya que los esteroides se juzgaron contraindicados.

Las enfermas fueron dadas de alta sin complicaciones significativas, excepto en dos casos de alto riesgo tipo A, que fueron trasladadas al Servicio de Medicina Interna del Hospital por agudización de su sintomatología (disnea, parestias y atrofas musculares), y otra gestante que fue devuelta después del parto al Servicio de Medicina Interna, donde estaba siendo tratada desde el inicio del brote epidémico, encontrándose en grave estado con neumonía, pérdida de peso, anemia grave, calambres musculares y cirrosis hepática.

COMENTARIOS

Debido ya al tiempo transcurrido y sobre todo a los datos obtenidos, no solamente en nuestro centro sino en todos los clasificados de Nivel III que estudian la posible repercusión del aceite tóxico en la embarazada, se pueden emitir una serie de conclusiones que, aunque breves, no dejan de ser vitales:

1. El embarazo no agrava la mortalidad de la enfermedad.
2. El número de abortos no es estadísticamente significativo siendo incluso menor a los producidos habitualmente en la clínica general.
3. No se han producido malformaciones fetales achacables a la enfermedad,

ni mortalidad perinatal producida por la misma.

4. Lo que si es estadísticamente significativo es el alto índice de crecimientos intrauterinos retardados, que se pone de manifiesto, sobre todo en las pacientes catalogadas de alto riesgo tipo A.

Este alto porcentaje de crecimientos intrauterinos retardados creemos que puede ser debido no solamente al déficit nutritivo fetal, por la alteración placentaria, sino también a la grave afectación psíquica y física materna, que como toda enfermedad de este tipo durante la gestación puede afectar la nutrición fetal y por consiguiente su peso.