SECCION DE INFORMACION

III CONGRESO LATINOAMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Con más de 800 delegados de los diversos países americanos y algunos invitados de Europa, se realizó este congreso en la ciudad de México, D. F., entre el 8 y el 14 de junio del presente año. Sus temas principales se desarrollaron bajo los siguientes títulos: I. Riesgo quirúrgico en la grávida.—II. Juicio crítico y resultados de la inducción y conducción del parto.—III. Estado actual del tratamiento del cáncer genital avanzado en la mujer.—IV. Terminología, fisiopatología y conducta clínico-terapéutica de los trastornos menstruales.

Simultáneamente con el anterior, se realizó el III Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, lo cual aumentó el número de los trabajos y contribuyó a darle brillo al certamen. Su sede fue la Facultad de Medicina, en cuyo **Auditorium** principal y accesorios se verificaron las sesiones dentro del mayor interés y en medio de un ambiente de acogedora confraternidad americana.

Fueron relatores del primer tema: la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Dentro de las conclusiones aportadas por la primera vale la pena mencionar: La disminución progresiva de la mortalidad durante la cesárea como consecuencia de una anestesia mejor seleccionada y administrada, la existencia de mejores medios para combatir la infección y la hemorragia, así como también la práctica de técnicas quirúrgicas más sencillas. El riesgo quirúrgico en el embarazo ectópico se mantiene en un plano sensiblemente semejante al de años anteriores. Los tumores del ovario complicados interrumpen el embarazo con gran frecuencia. Se debe ser esencialmente conservador en el criterio quirúrgico de la embarazada. Los venezolanos comentaron: Lo fundamental es el diagnóstico precoz y seguro de la afección quirúrgica. La cirugía electiva debe posponerse hasta el puerperio. El pro-

ducto de la concepción tolera bien el trauma quirúrgico pero no se cuenta aún con los medios adecuados para facilitar la continuación del embarazo. El acto operatorio y la anestesia debe estar en manos idóneas.

Los relatores del II tema fueron: La Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Ginecológica del Uruguay. En el trabajo presentado por los miembros de la Asociación Mexicana debe destacarse lo siguiente: La clasificación de las indicaciones de la inducción del parto, así: a) Inducción por indicación obstétrica. b) Inducción por indicación relativa. c) Inducción electiva a término. Concluyeron que solamente son efectivos como medio de inducción del parto los siguientes: la ruptura artificial de las membranas, la ocitocina administrada por vía venosa y la metilergonovina, quinina asociada a antiespasmódicos por vía oral. Fueron enfáticos en resaltar la importancia del urocitograma como método de diagnóstico de madurez de embarazo o de senilidad placentaria. Declararon como método ideal de inducción del parto el siguiente: la víspera, despegamiento de las membranas y administración de acepromazina y meprobamato; ruptura de las membranas al comenzar la inducción y administración por vía venosa de ocitocina en solución al 1: 1.000 junto con acepromazina intramuscular y demerol-e copolamina por la vía venosa.

Respecto a la conducción del parto deben tenerse como bases fundamentales dos circunstancias: a) La inercia uterina, y b) La aceleración del parto espontáneo, para las cuales deben ser condiciones indispensables: cuello uterino blando, borrado y dilatado. Tanto la inducción como la conducción del parto tienen indicaciones y contraindicaciones precisas y por lo tanto deben someterse a un juicio clínico severo. Su conocimiento y aplicación deben estimularse y fomentarse con un amplio concepto del arte obstétrico.

Comentario aparte merece el relato a cargo de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay. Bajo la dirección de los maestros Roberto Caldeiro Barcia y Hermógenes Alvarez, un grupo de científicos uruguayos ha llevado a cabo una serie de experiencias que constituyen una verdadera revolución de la ciencia obstétrica en el momento actual. Partiendo de las bases fisiológicas en que asienta la dinámica uterina descrita por ellos, y estudiando detenidamente el efecto de los distintos fármacos sobre la contractilidad uterina, se ha llegado a conclusiones que el obstetra debe

conocer para que su especialidad deje el empirismo reinante y una nueva práctica con bases científicas se abra paso y se difunda con claridad meridiana.

Tres objetivos deben buscarse al intentar la inducción o la conducción del parto: 1o. Que la contractilidad uterina adquiera y conserve las características del parto normal (triple gradiente descendente). 2o. Que las contracciones uterinas se aprovechen al máximo para el progreso del parto, lo que se logra con la ruptura artificial de las membranas cuando la dilatación ha alcanzado 2 centímetros. 3o. Que la parturienta vea reducido al mínimo el dolor y la ansiedad, con la menor depresión del centro respiratorio y de la oxigenación fetal, de la circulación sanguínea materna, y sin supresión del esfuerzo del pujo. Todo ello se logra con la administración de analgésicos (Demerol) y atarácicos (Promazina).

Vale la pena mencionar aquí el concepto de actividad uterina a que se ha llegado mediante el estudio de la contractilidad. Dicha actividad es el producto de la intensidad de las contracciones medida en milímetros de Hg por la frecuencia de las mismas. Quienes así pensaron propusieron en el congreso que dicha actividad se expresara en adelante en Unidades Montevideo (U. M.). Si la intensidad promedio de las contracciones uterinas es de 30 milímetros y la frecuencia es de 3 en 10 minutos, la actividad uterina será: $30 \times 3 = 90$ U. M.

Con estas bases, y conociendo la actividad uterina en un parto normal, el ideal sería poder inducir o conducir el parto artificialmente en determinadas circunstancias. A tal objeto se han encaminado las experiencias de la escuela uruguaya, tratando de reproducir mediante los distintos fármacos los diferentes tiempos del parto. Para que sus experiencias fuesen más exactas emplearon la ocitocina sintética (Syntocinon Sandoz) libre de los factores antidiurético y vasopresor del producto natural e inyectada en solución por vía venosa por medio de un aparato accionado eléctricamente por un motor capaz de administrar el medicamento en miliunidades (m. u.) por minuto, al mismo tiempo que se registraron gráficamente las respuestas uterinas mediante el sistema preconizado por ellos de los microbalones intramiométriales y el cateter intra-amniótico.

Trabajando en esta forma, llegaron a las siguientes conclusiones: en la 20ª semana del embarazo, infusiones menores de 8 m. u. por minuto no tienen efecto sobre el útero, pero a medida

que la velocidad se aumenta, la actividad uterina se hace similar a la del parto avanzado. Los incrementos de actividad uterina causados por la infusión de ocitocina aumentan con la edad del embarazo. Cuando se intente inducir o conducir un parto, el objetivo ha de ser el de alcanzar una actividad uterina entre 100 y 250 u. m. actividades por debajo de 100 u. m. son insuficientes y por encima de 250 pueden ser peligrosas para el feto. Como lógicamente estos datos son experimentales, el obstetra que vigila a su paciente debe mantener las contracciones entre 3 y 4 en 10 minutos y no permitir que sobrepase el límite de seguridad fetal de 5 contracciones en 10 minutos. En los casos de toxemia gravídica la respuesta a la administración de ocitocina es mayor que en el embarazo normal. La respuesta es sensiblemente igual cuando el feto está muerto que cuando vive. En el embarazo prolongado la respuesta es similar a la obtenida en la 40ª semana. En los hidramnios la respuesta puede ser igual o menor que en embarazos normales de la misma edad. En un caso de desprendimiento prematuro de placenta la ocitocina no modificó la contractilidad uterina.

De acuerdo con sus estudios se ha llegado a pensar que las membranas ovulares constituyen un obstáculo para la dilatación cervical y en ese orden de ideas preconizan su ruptura precoz. Sustentan su teoría en los siguientes hechos: la presentación fetal apoya sobre el cuello y su efecto de cuña es mejor, la contractilidad uterina aumenta. Experimentalmente se han encontrado propiedades ocitócicas a los siguientes elementos: la esparteína, los cuerpos ergonovínicos, la oxigenoterapia y la levoarterenal sintética (Levofed).

Respecto a los analgésicos y a los llamados antiespasmódicos o espasmolíticos, se ha llegado a conceptos que deben modificar nuestro criterio al respecto. Las drogas espasmolíticas en el sentido de que su efecto disminuya la contractilidad uterina, no existen. El Demerol, la morfina, la atropina, la papaverina, la spasmalgine, el beta-glicerofosfato de sodio (Edhanol) y la relaxina, carecen de efecto útero-inhibidor. No disminuyen la intensidad ni la frecuencia de las contracciones. Tampoco bajan el tono normal ni el de las hipertonías. El Demerol puede emplearse con éxito en los casos de hipertensión por incoordinación uterina, pero su efecto se explica como una consecuencia de la sedación del dolor, no como espasmolítico, ya que en otros tipos de hipertensión no tiene efecto ninguno. Al contrario, este medicamento, junto con la morfina, actúan indirectamente como ocitócicos, ya que bajo sus efec-

tos hay un aumento en la liberación de ocitocina por parte de la hipófisis. Son drogas útero-inhibidoras: la adrenalina, la levoepinefrina sintética pura (Suprarenin), el éter y el cloroformo a dosis anestésicas. El sulfato de magnesia, para que tenga algún efecto inhibitor sobre la contracción uterina, debe administrarse a dosis muy altas y con rapidez, lo cual entraña un grave peligro por sus efectos sobre el centro respiratorio.

Creemos que las admirables exposiciones de los maestros uruguayos constituyeron, sin duda, el acontecimiento más interesante del certamen.

Fueron relatores del III tema: la Sociedad Brasileira de Ginecología y la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Después de estudiar las indicaciones de la cirugía extensa en los grados III y IV del cáncer cervical y en los casos de invasión a vejiga, invasión al recto o invasión a ambos órganos, a anexos, etc., así como también en los cánceres avanzados de vulva y vagina, los brasileños llegan a la conclusión de que está indicada la cirugía ultraradical en casos seleccionados de cáncer genital avanzado con la posibilidad de sobrevida más allá de 18 meses para la mitad de las pacientes. El **radium** y la roentgenterapia deben intentarse en los casos inoperables. Los radioisótopos son un gran avance, la hormonoterapia es un gran coadyuvante, no así la quimioterapia.

Respecto al IV tema fueron sus relatores: la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires y la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología.

La escuela argentina, representada en este trabajo por el profesor Di Paola, hizo un resumen de la aplicación de estrógenos, progesterona, andrógenos, gonadotrofinas, cortisona, tiroides y roentgenterapia en diferentes cuadros patológicos: amenorreas orgánicas y funcionales, metrorragias, menalgias, tensión premensual, etc. La seriedad del relato, el orden y utilidad de sus conclusiones merecen destacarse de manera especial.

El relato de la Sociedad panameña fue más didáctico que clínico, pues se orientó a ordenar y concretar las distintas clasificaciones y terminologías de los trastornos menstruales de acuerdo con sus fundamentos fisiopatológicos.

Junto con los correlatos correspondientes a cada tema presentados por la mayoría de las Sociedades y países representados, las contribuciones a los temas, etc., es preciso mencionar las mesas de discusión coordinada, verdaderas cátedras en donde los

más representativos colegas de América dieron a conocer sus experiencias: Complicaciones urológicas de la cirugía ginecológica, Valorización de las pruebas de laboratorio en la conducta clínico-terapéutica del aborto, Fisiopatología, Clínica y conducta en las distocias de contracción, Problema clínico-terapéuticos de los padecimientos inflamatorios de la pelvis. Tales fueron los temas de las discusiones que dieron agilidad y aumentaron el interés por el congreso.

La delegación colombiana no presentó ninguna contribución de conjunto, y solamente el doctor Acosta Bendeck, de Barranquilla, aportó su trabajo sobre pmneumoamniografía.

Junto con estas labores, someramente descritas, se presentaron numerosos trabajos de aporte al III Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología, así como también numerosas películas científicas y exposiciones de arte relacionadas con los temas del congreso. Fue en resumen un certamen de la inteligencia rodeado por la hidalguía y generosidad de los ginecólogos y obstetras de América.

Doctor J. A. Gómez-Palacino