Resumen de revistas.

RADIOGRAFIA TORACICA SISTEMATICA EN EL EMBARAZO

Drs. Charles R. Bonebrake, Kenneth L. Noller, Paul Loehnen, Jhon Muhm y Charles R. Fish de Mayo Clinic, Rochester Minesota. J. Am. Med. Ass. Feb. 79 Vol. I No. 2.

Con el objeto de dilucidar si la radiografía torácica sistemática en embarazadas, para despistar posibles alteraciones que contribuyan a detectar pacientes de alto riesgo, los autores revisaron retrospectivamente 12.109 historias de la Clínica Mayo.

Tales exámenes radiológicos se efectuaron en el primero o segundo control pre-natal, repitiéndose en visitas posteriores al hallar signos o síntomas sospechosos que lo indicarían. En cuarenta y ocho casos con imágenes radiológicas anormales y en ellas solamente se encontró al hacer un estudio comparativo, que los hallazgos físicos obtenidos en el examen clínico hubieran podido ser suficientes para detectar dichas anomalías. En todos estos casos tanto los antecedentes positivos como los hallazgos anormales de la exploración física hubieran sugerido la necesidad de practicar un examen radiográfico complementario. Lo anterior demostró que si bien las radiografías aclararon el diagnóstico en los casos dudosos, de acuerdo con el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de (EE.UU.) los estudios radiográficos sistemáticos en la población general, además de su alto costo en especial en instituciones o centros en que se atienden pacientes indigentes, dan resultados extraordinariamente bajos, haciendo notar, que Stanton después de revisar 20 manuales de Obstetricia, 12 recomendaban la radiografía torácica sistemática en el primero o segundo control pre-natal, tres la aconsejaban únicamente si estaba indicada y cinco no la mencionaban. Por último recalcan sobre el peligro de exposiciones acumulativas de bajos niveles de radiación diagnóstica, como aumento del riesgo de leucemia en los hijos de las madres expuestas.

EL NUEVO COMPUESTO ANTIFERTIL MASCULINO — GOSSYPOL

Chinese Medical Journal. Nov. 1978 No. 6. Pekin. China.

El producto llamado Gossypol es un compuesto fenólico amarillo aislado de la semilla el tallo y la raíz del algodón. En el año 1950 investigadores chinos descubrieron después de estudiar un gran número de casos que utilizando para la cocina el aceite crudo de algodón se obtenía notable disminución en la fertilidad en especial según otros hallazgos efectuados en 1960, sobre la fertilidad masculina. Posteriormente experimentos efectuados en animales demostraron que el compuesto en estudio altamente purificado con efecto marcado sobre la fertilidad al que se le llamó Gossypol podía ser aplicado en el humano (1971)

En el presente tres tipos de producto se están utilizando en los estudios clínicos, Gossypol en tabletas, Gossypol en ácido acético y Gossypol en ácido fórmico. Amplios estudios bioquímicos y farmacodinámicos han sido llevados a cabo obteniéndose las siguientes conclusiones: Después de utilizar el compuesto en 4.000 hombres saludables durante seis meses y de obtener un seguimiento de ellos durante dos años con una dosis diaria de 20 mgrs, al cabo de dos meses de tratamiento, se pudo observar cambios notables en el examen seminal tales como: disminución del porcentaje de motilidad del espermatozoide, aumento en el porcentaje de espermatozoides atípicos con notable reducción del recuento por mm^3 . Por último se anota, que al suspender el tratamiento, el número y la morfología espermática gradualmente se recupera, logrando su recuperación total en un plazo de tres meses.

EL CUIDADO DE PACIENTES FARMA-

DEPENDIENTES Y DEL HIJO

Drs. Enrique Ostrea, C.J. Chavez y Jean C. Striken. Wayne State Univ. Detroit
publish. Michigan Dep. of Public. Health.

La división de este estudio en cuatro capítulos, busca facilitar un manual de conductas para aquellos casos de mujeres drogadictas que requieren no solo una vigilancia especial por su condición tóxica sino un apropiado control prenatal en función de las complicaciones maternales fetales y más tarde del recién nacido.

El primer capítulo trata del control prenatal e intraparto; considerando, desde el diagnóstico de embarazo, que se dificulta en los primeros meses por la frecuente amenorrea de origen tóxico, la falsa positividad de las reacciones biológicas y sobre todo, la dificultad de un examen clínico ginecológico en un tipo de pacientes con fuerte rechazo al embarazo mismo. Pero el punto más importante tratado en este primer capítulo es el referente al mantenimiento durante el embarazo del tratamiento ya iniciado con anterioridad de detoxificación con Methadona. Para lo cual divide los casos en a) embarazos de menos de cinco meses, b) embarazos de cinco meses o más; c) embarazos en la última semana o iniciando el primer periodo del parto. En el primer caso planteado, lo ideal será lograr convencer a la mujer de suspender la administración de heroína o de cualquier otra droga hasta llegar al momento del parto, pero esto en antiguas viciosas, es casi imposible; lo común será lograr colocarlas bajo control de detoxificación gradual con methadona, asegurándose que dicha mujer no se autoadministre más droga clandestinamente y cause la muerte fetal in utero. La detoxificación se lleva a cabo con un sustituto de menor toxicidad y que crea menos hábito que la heroína cuyo nombre es Methadona. La dosis de este fármaco depende mucho del grado de drogadicción y sobre todo del tiempo que lleva en ello y también el costo de dicha droga. La fórmula empleada será:

Dosis diaria de Methadonon = $\frac{6}{2} - 2$

(10-d) miligramos día.

Lo que equivale a: C=costo en dólares

de hábito
d=duración de hábito
en años (menos de 10)

Tendríamos como ejemplo: Una mujer gasta U.S.\$ 70.00 por día y la usa desde hace 5 años, tenemos:

$$\text{dosis de Methadonon día} = \frac{\$ 70.00}{2} -$$

$$2(10-5) = 35 - 10 = 25 \text{ mlgr día}$$

El apoyo psicológico es imprescindible, incluyendo en él al esposo, padres e hijos y demás personas de la familia.

Durante el parto, una de las mayores complicaciones es la hemorragia. La frecuencia de parto por cesárea, no se encontró aumentado en la drogadicción. Otra frecuente complicación, es la infección, observada en pacientes en control ambulatorio, con casos de ruptura prematura de membranas de antigua data (ocurrida horas o días antes de la admisión). La analgesia es un punto de importancia, pues deberá evitarse aumentar el riesgo de intoxicación fetal y en aquellos casos que se logró un entrenamiento psicoprofiláctico la ausencia de analgesia fue una garantía. La anestesia ideal en tales casos es la epidural o peridural y en las multiparas con un periodo expulsivo rápido, la anestesia por bloqueo pudiendo es la recomendable. El uso de anestesia endovenosa estaría contraindicado.

Para completar la serie de recomendaciones referentes a la madre drogadicta, los autores recalcan lo relativo a la alimentación al seno orientada como motivación en función del hijo para regeneración. El apoyo psicológico activo de parte del personal médico y paramédico a la madre en los primeros días del puerperio y por último la información suficiente y convincente de planeación familiar y responsabilidad del papel de madre.

NOTA: Todo lo referente a la condición y cuidado del hijo, lo resumiremos en el próximo número.