

Evolución del embarazo en las mujeres tratadas por infertilidad

POR G. DI PAOLA, M. LELIO E I. USUBIAGA

El primer embarazo trae siempre aparejadas una serie de incógnitas e interrogantes tanto para los padres como para el médico que debe vigilarlo. Esta preocupación es lógica si se considera la formidable prueba de esfuerzo que significa una gestación, no sólo para el útero que la alberga sino para todo el organismo materno. La expectativa ansiosa, aumenta notablemente si el matrimonio ha sido hasta entonces estéril, sobre todo si el embarazo ha sido logrado después de una prolongada espera y de engorroso tratamiento. La esterilidad causa una profunda pena y desazón a la mujer, pero si la fecundación es seguida de la pérdida del tan deseado fruto, pueden aparecer serias perturbaciones emocionales.

De acuerdo con ésto, resulta interesante la revisión periódica de las historias clínicas de mujeres examinadas y tratadas por esterilidad que posteriormente han sido fecundadas, con el fin de comprobar si efectivamente existe en ellas una mayor proporción de accidentes durante el curso de la gestación o en el parto.

Como bien lo hace notar Bender (1), existe una impresión clínica general tendiente a considerar que cuando una mujer estéril se embaraza, sobrevienen con mayor frecuencia accidentes tales como abortos, gestaciones ectópicas, distocias o malformaciones fetales. En su estadística de trescientos siete embarazos conseguidos en esas circunstancias, comprobó 19,3% de abortos espontáneos y 1,9% de ectópicos, es decir, doble número de abortos que en mujeres normalmente fértiles y un llamativo aumento de ectópicos. Swyer (2), después de analizar doscientasveinte gestaciones en las mismas condiciones, arriba a conclusiones semejantes y además halla un aumento de las distocias.

Hemos creído de interés presentar a esta Sociedad los datos obtenidos por nosotros, que juzgamos interesantes, pues se apartan en algunos puntos de los ya citados.

MATERIAL

Pertenece íntegramente a la consulta privada de uno de nosotros, dato importante, pues nos autoriza a decir que todas las observaciones clínicas han sido controladas personalmente en todos sus detalles. El grupo no ha sido seleccionado, pues abarca indistintamente casos de esterilidad primaria y secundaria con más de un año y medio de duración.

Hemos sido consultados por trescientos cincuenta y cuatro matrimonios estériles, de los cuales doscientos treinta y siete cumplieron los requisitos del examen rutinario habitual, en tanto que ciento diecisiete no alcanzaron a completarlo. De los doscientos treinta y siete, únicos que tomamos en cuenta, pues se pudo llegar en general a establecer la causa de la esterilidad, veintiseis no hicieron ningún tratamiento. La elevada proporción de matrimonios (33%) que no completaron el examen, débese a causas variadas, entre las que podemos citar: falta de firmeza en su propósito, falta de colaboración de uno de los cónyuges, dificultades económicas y falta de tiempo, ya que para muchos de ellos, que vienen del interior del país, resulta muy difícil la obligada permanencia de casi un mes en la capital.

En las *doscientas treinta y siete parejas* se lograron *sesenta y cinco gestaciones* (27,5%); en cuarenta y dos casos la esterilidad era primaria y en los veintitrés restantes secundaria.

RESULTADOS

Se consideran por separado los incidentes o accidentes ocurridos durante la gestación y los acaecidos en el parto. Los primeros son clasificados en la siguiente forma: amenaza de aborto, aborto, embarazo ectópico y gestosis.

La *amenaza de aborto*, caracterizada clínicamente por una discreta metrorragia, acompañada o no por sacralgia o dolor hipogástrico intermitente, significa un estado de hipertonia miometrial con esbozo de desprendimiento ovular. Este incidente se ha presentado en diez casos (15,50%), seis de esterilidad primaria y cuatro secundaria; ocho veces durante el segundo mes del embarazo, uno en el tercero y uno en el cuarto mes. La causa de la esterilidad previa en estas mujeres era variada: cuatro, factor cervical; cuatro, endocrina; uno, factor tubario, y uno, factor marido. La edad de las enfermas osciló entre veintidós y treinta y

siete años. El tratamiento consistió en el clásico reposo en cama y como hormonoterapia, progesterona o estilbestol, según los casos. Si reunimos estos diez casos a los cinco que veremos a continuación, iniciados como amenaza, pero terminados en aborto, vemos que la proporción de resultados favorables es sensiblemente elevada. La estadística revela también que la época de la gestación más propicia para que se presente este incidente es el segundo mes, razón por la cual deben adoptarse algunas medidas profilácticas de rutina durante este período. Igualmente hemos observado que la amenaza de aborto es más frecuente durante los días que corresponderían a las fechas menstruales.

El embarazo terminó en *aborto* a pesar del tratamiento efectuado en la forma ya enunciada en cinco mujeres, tres con esterilidad primaria y dos secundaria, es decir, en el 7,8%. En este punto, nuestra estadística señala una proporción mucho más baja que la de los autores que se han ocupado de este punto: Bunder, 21,8%; Raylan, 18,4%; Westman, 15,5%; Grant 15,6% (citados por Bender); Swyer, 19,3% (2). La causa de la esterilidad era en tres casos debida a la existencia de ciclos monofásicos, en un caso, a factor marido y en el restante todos los exámenes resultaron normales, no siendo posible establecerla como con rara frecuencia acontece. Cuando se presentó el cuadro de la amenaza, fue instituido tratamiento que consistió en reposo y progesterona en cuatro casos, reposo y estilbestol en un caso. El aborto produjo en cuatro casos, entre el segundo y tercer mes, en una durante el cuarto mes. En una de ellas se comprobó a posteriori la existencia de una incompatibilidad sanguínea marcada por iso-inmunización dentro del sistema A-B-O.

La determinación de la proporción de abortos espontáneos en las mujeres normalmente fértiles, es una empresa difícil de realizar por razones fácilmente comprensibles. Creemos que la estadística más importante es la realizada por el grupo de Indianápolis y publicada por Whelcon (3) en mil novecientas ochenta mujeres y tres mil setecientas noventa y cinco gestaciones: en ella la proporción total de abortos espontáneos es de 7,3%, aumentando la frecuencia con el número de embarazos.

Es interesante hacer notar que los autores antes citados, que han comprobado una mayor frecuencia de abortos en las mujeres previamente estériles, no hallan ninguna causa para justificarla, habiendo eliminado las generalmente consideradas, como alteraciones espermáticas o tipo de tratamiento empleado, por el análisis de sus importantes estadísticas.

La frecuencia normal de embarazo ectópico se calcula entre 0,3% y 0,5%, de modo que la proporción de tres casos sobre sesenta y cinco gestaciones en nuestra estadística demuestra un notable aumento, es decir, el 4,5%. Un caso era una esterilidad secundaria con terato y astenozoospermia acentuadas; en el segundo la esterilidad era primaria pero el examen no reveló ninguna anormalidad; finalmente en la tercera enferma existía una tuberculosis genital con trompas permeables que fue diagnosticada por biopsia endometrial y tratada exitosamente con antibióticos.

Además comprobamos una gestosis con manifestaciones neurológicas llamativas pero transitorias, continuando el embarazo hasta su normal terminación.

Entre los accidentes ocurridos durante el parto, anotamos dos cesáreas, un parto prematuro de siete meses con feto que murió a las dos horas y un parto con circular de cordón, cuyo feto murió al nacer. Esto indica que la proporción de accidentes es sensiblemente la que se observa en mujeres normalmente fértiles y primerizas.

Con respecto a la posible mayor incidencia de malformaciones fetales no ha sido confirmada por Swyer ni por Bender. El promedio en mujeres fértiles es de de 2% aproximadamente; en nuestros casos no hemos observado ninguno.

COMENTARIO

De acuerdo con las observaciones analizadas, creemos que no puede aceptarse al menos en una forma absoluta, la difundida creencia del mayor riesgo en la evolución de la gestación y del parto en las mujeres estériles. El especialista que conoce estos hechos puede utilizarlos para calmar la intranquilidad que lógicamente invade a sus pacientes, capaz de perturbar realmente el curso de la gestación y del parto. Es bien conocido por todos el importante papel que desempeñan los factores emocionales en la ginecotoblogía.

Dentro de los incidentes analizados, creemos necesario destacar la relativa frecuencia de la amenaza de aborto y los favorables resultados conseguidos con el tratamiento. Pero deseamos insistir en la necesidad de hacer la profilaxis y evitar así la aparición del cuadro, para los cuales aconsejamos casi sistemáticamente el reposo sexual durante el segundo y tercer mes, así como también toda otra causa de congestión pelviana, como hacer largos

viajes especialmente en automóvil, consumo de alcohol o cualquier fatiga excesiva. Estas precauciones serán redobladas si la paciente ha tenido anteriormente algún aborto.

Con respecto a la baja proporción de accidentes durante el parto, que hemos tenido oportunidad de comprobar en nuestras pacientes, la atribuimos al cuidado con que se ha asistido aquél tanto desde el punto de vista técnico como espiritual.

En resumen, podemos decir que la mujer estéril que consigue su ansiado embarazo, puede esperar confiadamente la terminación del mismo, sabiendo que en general corre un riesgo semejante al de toda mujer normalmente fértil. El papel del especialista que la ha ayudado a lograr su suprema aspiración de concebir no termina con esto, pues la fe en él depositada es ahora tan grande que lo obliga a continuar atendiéndola hasta bien adelantada la gestación. De este modo, y en base a la perfecta transferencia establecida, podrá conjurar cualquier proyección anormal de su ansiedad, factor capaz de perturba la evolución del embarazo y del parto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Bender S. Fertility and Sterility 4: 34, 1953.
- 2.—Swyer G. I. M. Fertility and Sterility 4: 416, 1953.
- 3.—Whelpon P. K. The abortion problem. Williams & Wilkins. Baltimore, 1944.