

## Nuevos métodos de autoaprendizaje

### ¿Por qué?

## Análisis de reactivos de opción múltiple de gineco-obstetricia

Dr. Roberto Uribe Elías  
Secretaría de Educación Médica  
Facultad de Medicina

Este capítulo está destinado a la revisión de reactivos sobre un tema en particular, lo cual tiene la ventaja de ser un método de autoenseñanza y autoevaluación rápido y de gran utilidad para el alumno.

Esta sección se divide en cuatro partes:

- 1a. El reactivo, es decir, la pregunta que se va a analizar, y cinco distractores, o sean las cinco probables opciones. Este es el tipo de reactivos que más se utiliza en los exámenes de preguntas de opción múltiple.
- 2a. Las opciones que se consideran falsas, y se dá la explicación de ¿por qué? se consideran correctas.
- 3a. La revisión de la única opción que se considera correcta y su explicación ¿por qué sí?
- 4a. La bibliografía en la cual el alumno puede ampliar los conceptos anteriormente vertidos.

Las siguientes complicaciones están relacionadas directamente con el trastorno metabólico de la diabética embarazada, EXCEPTO:

- a) Preeclampsia
- b) Abruption placentae
- c) Polihidramnios
- d) Infección urinaria
- e) Hemorragia postparto.

### Porque sí

- b) Correcto. Esta es la única condición que no está relacionada directamente con el trastorno metabólico durante el embarazo; sin embargo, su relación con los traumatismos, la hipertensión crónica, la toxemia aguda, el polihidramnios, y todas aquellas condiciones que favorecen la distensión uterina y la descompresión rápida del útero, puede provocar esta entidad.

### Porque no

- a) En efecto, se considera que el riesgo de preeclampsia se incrementa cerca de cuatro veces en relación a la población en general, aun en ausencia de antecedentes o de condiciones colaterales. Como la etiología de la preeclampsia no es conocida, ni su relación con la diabetes, se ha tratado de relacionarla con las lesiones vasculares a todos los niveles y especialmente en riñón.
- c) En efecto, el polihidramnios se asocia frecuentemente a la diabetes mellitus, que incluso puede correlacionarse con macrosomía fetal y ser causa de trastornos mecánicos en la fisiología cardiorespiratoria de la madre. Aparentemente, las causas de polihidramnios tales como anencefalia, malformaciones del aparato urinario, defectos en la deglución, o embarazo gemelar, no se presentan en el trastorno metabólico, pero la incidencia del polihidramnios en la diabetes es elevada.
- d) En efecto, la existencia de infección

durante el embarazo de pacientes diabéticas es una condición frecuente probablemente ligada a una menor resistencia a las infecciones; de éstas, las urinarias y las vaginales ocupan lugares preferentes. Por lo tanto, deberá estarse alerta en este tipo de pacientes por sus posibilidades de infección.

- e) La hemorragia después del parto vaginal es definitivamente más frecuente en la paciente diabética, encontrándose que los factores mecánicos, tales como macrosomía, polihidramnios, trabajo de parto prolongado y cualquier otra condición que ocasione una sobredistensión uterina favorece la presentación de la hemorragia en el postparto inmediato por lo cual el clínico deberá emplear su conocimiento de esta condición para prevenirla o estar en condiciones de tratarla de inmediato.

En un embarazo normal, los niveles más altos de gonadotropina coriónica ocurren a las:

- a) 12 semanas
- b) 20 semanas
- c) 28 semanas
- d) 35 semanas
- e) 40 semanas

#### **Porque sí**

- a) Correcto. En efecto, se ha demostrado que la hormona de la gestación, que constituye la base de todas las pruebas de embarazo en su primera época, o inicialmente, alcanza su más alto nivel alrededor de las 12-14 semanas de gestación y, por lo tanto, sólo hasta esta época es útil desde el punto de vista clínico para juzgar la evolución o desarrollo de un embarazo.

#### **Porque no**

- b) La existencia de niveles elevados fuera de las 12 ó 14 semanas sólo se encuentra en embarazos patológicos del tipo de la

mola hidatidiforme o en el caso de embarazo múltiples, puesto que las células trofoblásticas productoras de gonadotropina coriónica, después de esa época, sólo mantienen niveles basales ya que su acción no es clave para la continuación del embarazo.

- c) Se ha demostrado, mediante estudios de radioinmunoanálisis, que la presencia de gonadotropina coriónica en esta época del embarazo se mantiene en niveles basales hasta cerca del final de éste, cuando presenta una discreta elevación mucho menor al punto máximo que se alcanzó entre las 12 y 14 semanas.
- d) El empleo de la gonadotropina coriónica en ésta época del embarazo no se justifica en el momento actual, ya que se conoce que el punto de máxima producción por las células trofoblásticas es alrededor de las 12-14 semanas y, a partir de entonces, su utilidad en los embarazos normales es nula. La valoración del estado de la gestación se realiza mediante otro tipo de pruebas, como el estriol.
- e) A pesar de que al final del embarazo existe una discreta elevación en la producción de gonadotropina coriónica, ésta no alcanza ni la cuarta parte del nivel máximo que se produce alrededor de las 12-14 semanas. La producción de gonadotropina coriónica es un dato básico para el diagnóstico de embarazo en la primera época, posteriormente no tiene razón su empleo o detección.

La episiotomía debe realizarse sistemáticamente cuando la presentación:

- a) Rebasa las espinas ciáticas
- b) Inicia apertura del introito
- c) Es visible en un diámetro de 2 a 3 cm
- d) Está coronada 5 ó 6 cm de diámetro
- e) Distiende completamente el periné

#### **Porque sí**

- c) Correcto. La episiotomía cumple su fun-

ción como operación ampliadora del canal del parto y evita la distensión innecesaria de las estructuras perineales realizando la mejor profilaxis de los trastornos de la estática pelvigenital. Puede ser media o mediolateral, siendo ésta última la más conveniente de realizar cuando se tiene poca experiencia, a pesar de que el sangrado en este tipo es ligeramente mayor. La realización de la episiotomía temprana favorece la infección de la misma.

#### Porque no

- a) La episiotomía es una operación ampliadora del canal del parto que consiste en la incisión de los genitales externos a nivel perineal y ésta puede ser media o medio lateral; sin embargo, las espinas ciáticas constituyen el segundo plano de Hodge, lo que quiere decir que el descenso de la presentación, y seguramente la dilatación, están muy lejos del periodo expulsivo y, por lo tanto, la extracción del feto tardará mucho tiempo. Esto contraindica la realización de la episiotomía en este momento.
- b) Si la episiotomía se efectúa muy tempranamente, cuando apenas la presentación inicia la distensión del introito, la hemorragia que se presenta será de mayor cuantía ya que la reparación (episiorrafia) se tiene que realizar después de extraído el feto y, por lo tanto, pasará más tiempo antes de que esto suceda. Las episiotomías medias tienen menor sangrado que las mediolaterales, a pesar de que estas últimas son más seguras, por evitar la lesión del esfínter del ano.
- d) La función de la episiotomía es ampliar el canal del parto y evitar la presión máxima sobre las estructuras perineales y, por lo tanto, si se realiza tardíamente, ya casi en el momento de expulsión de la presentación, no se obtiene el beneficio ni se cumple la función. Esta realización tardía favorece las laceracio-

nes y desgarros, ya que la presión es tan importante que el corte no puede ser nítido, recordando que, en la episiotomía media, existe mayor riesgo de lesión a esfínter del ano y recto.

- e) En este momento, prácticamente es inútil la episiotomía, ya que el momento de realizarla ha pasado y no se ha evitado la sobredistensión perineal. Esta, efectuada repetidamente por partos consecutivos o en mujeres con estructuras perineales débiles, favorece la presentación de trastornos de la estática pelvigenital.

#### Se llama aborto habitual cuando:

- a) No es posible la concepción
- b) Todos los embarazos terminan a las 20 semanas
- c) Se presentan tres o más abortos sucesivos
- d) Se presentan tres o más abortos no sucesivos
- e) Los últimos dos embarazos fueron abortos

#### Porque sí

- c) Correcto. En efecto, a través de los estudios estadísticos de Malpas-Eastman, se llegó a la conclusión de que la presentación de tres abortos consecutivos rebasaba las posibilidades del azar y de la incidencia normal de aborto en una población abierta. Las causas clínicas del aborto habitual son variadas y requieren de un estudio profundo de este problema de infertilidad.

#### Porque no

- a) En este caso, se está hablando de esterilidad, ya que la falta de concepción, es decir, la unión del óvulo con el espermatozoide no se lleva a cabo y, por lo tanto, no hay formación de huevo, con lo que se afirma la esterilidad. En los casos en que el huevo se desarrolla, pero no es posible obtener un producto de la con-

## ¿Por qué? (concluye)

- cepción viable, se habla de infertilidad.
- b) La terminación de los embarazos antes de las 20 semanas constituye un problema de infertilidad y, a pesar de que el antecedente es de que TODOS los embarazos previos han terminado por aborto, si no se expresa el número de éstos, la opción no es verdadera ya que se requieren tres abortos consecutivos para afirmar la existencia del aborto habitual.
  - d) La presentación de este tipo de problemas, pero en forma interrumpida, es frecuente en pacientes multíparas, ya que la etiología del aborto no se conoce fácilmente y, si se intercala con embarazos normales, a pesar de ser un problema de manejo clínico no debe considerarse como aborto habitual y no debe hablarse de problemas de infertilidad.
  - e) De acuerdo a los estudios de Malpas-Eastman reconocidos internacionalmente, sólo la presencia de tres abortos consecutivos, debe considerarse como patológica. La existencia de dos abortos, consecutivos, deberá poner en alerta al clínico para la búsqueda, en caso de ocurrir un tercero, de los problemas que originan el aborto habitual.

La existencia de moco cervical que cristaliza en forma de helecho completo nos indica:

- a) El inicio del ciclo sexual
- b) La fase premenstrual
- c) Acción estrogénica máxima
- d) Acción progestacional máxima
- e) Los últimos dos embarazos fueron abortos

### Porque sí

- c) Correcto. En efecto, la cristalización del cloruro de sodio influida por la mucina contenida en el moco cervical, y bajo el estímulo estrogénico, ha servido para descubrir de manera indirecta la producción de estrógenos, y aun dentro del ciclo sexual femenino se ha determina-

do un ciclo cervical, en donde, a medida que crece el estímulo estrogénico, la estructura de helecho se hace más completa, alcanzando su máxima expresión alrededor de la época previa a la ovulación, puesto que el efecto progestacional inhibe el proceso de cristalización.

### Porque no

- a) Desde que Papanicolaou señaló que el moco cervical colocado en un portaobjetos y seco forma cristales semejantes a las hojas de helechos, se ha empleado este hallazgo para evidenciar actividad estrogénica; la formación de helecho completo depende de la intensidad de la actividad estrogénica.
- b) En esta fase, la máxima acción hormonal pertenece a la progesterona; sin embargo, la formación de helecho es causada por la cristalización de cloruro de sodio bajo la acción de la mucina y por estímulo estrogénico máximo ya que la progesterona inhibe la cristalización.
- d) La formación del helecho por la cristalización del cloruro de sodio y la mucina contenidas en el moco cervical se debe a la acción estrogénica; la presencia de progesterona inhibe tal suceso por lo que, después de la ovulación, este fenómeno no puede ocurrir y mucho menos en el momento de mayor secreción de progesterona, es decir la fecha previa al despeño menstrual.
- e) Esta acción es observada en la segunda fase del ciclo femenino y muestra la acción conjunta de las dos hormonas ováricas sobre las estructuras meta de los órganos femeninos; a nivel del moco cervical, inhibe la cristalización de cloruro de sodio alrededor de la mucina que es la causa de la formación de las hojas de helecho que puede servir como prueba indirecta de acción estrogénica.

### Bibliografía

Obstetricia. J. Williams. 1a. Edición en español. Hellman L. M. Salvat Editorial, S.A. Barcelona 1973.