

Un bajo porcentaje de pacientes con insuficiencia renal crónica (0.03-0.12%) se embaraza y, cuando así sucede, el embarazo es de alto riesgo porque se incrementan las complicaciones perinatales. En las pacientes con esta enfermedad, el embarazo puede deteriorar la función renal residual y la insuficiencia renal crónica puede tener efectos adversos en la evolución del embarazo. Se conocen varios factores de riesgo independientes: nefropatía, hipertensión arterial sistémica, preeclampsia-eclampsia y proteinuria severa. La experiencia nos demuestra que el grado de severidad de la insuficiencia renal crónica al inicio de la gestación es la principal determinante de su evolución.

La potencial repercusión de la insuficiencia renal crónica en el embarazo y, viceversa, puede estimarse con mayor precisión desde la primera consulta prenatal e, incluso, antes de la concepción, si se determina cuál es el estado de la función renal. Para esto, los autores del primer artículo original recomiendan utilizar la clasificación de Davison-Lindheimer, que agrupa a las pacientes en tres categorías con base en la creatinina sérica inicial.

El VIH-1 es un retrovirus no oncogénico con marcado poder citolítico que infecta y destruye la población de linfocitos TCD4 y llega a la placenta mediante la transmisión materno-fetal desde un útero infectado, durante el embarazo o en el parto. En la transmisión vertical participan muchos mecanismos complejos y el tejido placentario parece resistir el ataque viral. En este artículo se describen y cuantifican, mediante técnicas de microscopía de luz y estadística aplicada, los casos clínicos de embarazadas de bajos recursos económicos, con lesiones de nódulos sincitiales, cambios fibrinoides, edema, fibrosis, calcificación e inmadurez vellosa que pudieran afectar el desarrollo fetal subyacente y observar los cambios morfológicos bajo el

efecto de las dos variables que afectan el desarrollo de la vellosidad: el VIH -1 y el agente antirretroviral. En esta investigación se evalúan los cambios en la vellosidad bajo la influencia de estos dos factores.

El artículo de revisión de este número versa sobre el papel del ácido úrico en la preeclampsia-eclampsia. Los autores señalan que la hiperuricemia ( $> 4.5$  mg/dL) es el primer biomarcador de la química clínica cotidiana que tempranamente evidencia la enfermedad. La medición de sus concentraciones se ha utilizado no sólo como un criterio para determinar el diagnóstico correcto y diferenciar el padecimiento de otros estados hipertensivos, sino también para indicar la interrupción del embarazo. También ha probado su utilidad como un factor predictor de las complicaciones materno-fetales y de las secuelas maternas del posparto tardío.

Hace 55 años, el doctor Ramiro Ornelas Ponce publicó, en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, su experiencia en la analgesia obstétrica. Ahí señalaba que: “En nuestra era médica, el apasionante tema del alivio del dolor en el trabajo de parto ha adquirido una importancia singular. Se ha dicho que el éxito del obstetra es proporcional a su entrenamiento en la obstetricia fundamental, y a su pericia en el manejo de los procedimientos analgésicos. Consideramos necesario identificar lo que entendemos por analgesia obstétrica: Un estado de narcosis producida por una medicación preliminar durante el trabajo de parto, de profundidad tal que reduce considerablemente la cantidad de anestésicos necesarios para producir planos quirúrgicos. Su empleo es durante el primero y segundo períodos del trabajo de parto, utilizándose la anestesia únicamente durante el parto, cuando para ello es necesaria, y en los procedimientos toco-quirúrgicos del post-parto.”