

Emergencias gineco-obstétricas de resolución multidisciplinaria



Dr. Mario Pesaresi

Dr. Mario Pesaresi

Dr. José Palacios Jaraquemada

Sería interesante antes de comenzar este Relato, hacer algunas definiciones de las características de esta especialidad.

Son estas características las que sostienen conceptos que redondearemos al promediar este Relato.

- 1) Por de pronto debemos aceptar que en la evolución de la Medicina, Obstetricia la última en ser incorporada como rama de la Medicina, la Clínica fue la primera y la única en ser aceptada durante muchos siglos, después de los cuales, se suma la Cirugía que durante muchos siglos estuvo relegada a ser ejercida por barberos y juglares y la Obstetricia fue reciente ayer en la historia médica, que tuvo lugar en las disciplinas médicas.
- 2) Por eso debemos aceptar que es un arte muy antiguo, y una ciencia muy joven. Ciencia que si prestamos atención, se encuentra en la frontera de los más importantes avances; y, no cabe duda, que en este siglo todo lo relacionado a la reproducción es y será uno de los terrenos más importantes de investigación.
- 3) El primer concepto que emana de esta realidad es que esta ciencia joven debe aceptar para poder seguir creciendo es que el embarazo significa el nacimiento

de una nueva entidad fisiológica, y así como la pediatría comenzó a crecer a partir de aceptar que un niño no era un adulto más chiquito, la embarazada no es la suma de una mujer más un embarazo, sino una entidad biológica y fisiológica de la cual hoy todavía no conocemos lo suficiente.

- 4) Es por ello que una embarazada enferma nos crea interrogantes no solo por el Ser que sé esta desarrollando en su interior sino también en que medida esta nueva unidad biológica responde ante la enfermedad y de que manera modifica la historia natural de la misma.
- 5) Todos estos factores, más 40 años de ejercer la especialidad, me permiten afirmar que en esta disciplina, hoy, es muy bajo el valor pronóstico, más bien éste es reemplazado por el de diagnósticos sucesivos, convirtiendo a esta especialidad en una emergencia permanente.

Soy consciente de las diferencias que existen entre emergencia y urgencia, pero por todo lo aportado si nos ceñimos estrictamente a lo semántico creo cometeríamos un error, el no incluir patologías que aparentemente son urgencias y no emer-

Dr. Mario Pesaresi

Médico Tocoginecólogo

Jefe de División de Tocoginecología del Hospital General de Agudos Carlos Durand (G.C.B.A.) – Buenos Aires

Prof. Adjunto de Obstetricia de la U.B.A.

Dr. José Palacios Jaraquemada

Médico Cirujano

Prof. Adjunto de la U.B.A.

gencias podrían llevarnos, a la altura de nuestros conocimientos, a cometer graves errores; por lo que no enfocaremos esta charla desde las definiciones de emergencia-urgencia sino con el criterio de diagnósticos sucesivos.

Si bien la mortalidad materna tuvo un descenso impresionante, en los siglos XVIII y XIX era cercana a un 12%; en la actualidad es de 4,5 cada 100.000 nacidos vivos ⁽¹⁾ y éste es un índice tan importante como la mortalidad perinatal, tan es así, que sus causas están en constante observación, y se clasifican en muertes evitables o inevitables.

En nuestro país el índice es de 40/100.000 pero existe un subregistro y se demuestra analizando las muertes de mujeres en edad fértil.

El 30% de estas muertes son causadas por las complicaciones del aborto criminal, y no hay duda de que este índice esta en franco aumento, si bien la causa más importante es la hemorragia, la infección está en segundo lugar y en constante progresión.

Existen dos clases de emergencias en Toco-Ginecología, aquellas inherentes a la Ginecología o la Obstetricia y aquellas otras independientes de la especialidad que complican a estas pacientes, pero como veremos, en casi todas las circunstancias de emergencias, en el diagnóstico diferencial debemos recurrir a un equipo multidisciplinario emergentológico.

Hablaremos de emergencias ginecológicas, emergencias obstétricas y emergencias quirúrgicas extra-toco ginecológicas.

Emergencias ginecológicas

Abdomen agudo ginecológico:

- 1) *cuadro clínico agudo o súbito*
- 2) *en plena salud o agravando un estado previo*
- 3) *evolución progresiva y rápida*

Definición

- 1) Dolor abdominal y compromiso del estado general.
- 2) Si su duración es mayor de 6 horas es, probablemente, quirúrgico
- 3) La patología asienta en los órganos genitales
- 4) Urgente en la necesidad de tratamiento
- 5) Prevalente en la edad reproductiva

Diagnóstico

Debemos precisar:

- 1) es un cuadro agudo
- 2) si es un Abdomen Agudo médico o quirúrgico
- 3) si es de origen ginecológico
- 4) cual es su etiología.

Para ello es importante

- 1) anamnesis
- 2) examen clínico general
- 3) examen ginecológico

Nos apoyamos en:

- 1) laboratorio general
- 2) subunidad beta
- 3) RX
- 4) Ecografía
- 5) Laparoscopia

Etiología

- 1) *causas ginecológicas*
- 2) *causas médicas*
- 3) *causas extraginecológicas*

Causas ginecológicas:

- 1) **Infección:** Enfermedad Inflamatoria Pelviana (EPI) - necrobiosis de mioma
- 2) **Hemorrágico:** Hemoperitoneo: Embarazo ectópico-folículo sangrante-salpingitis hemorrágica.
- 3) **Mecánico:** Torsión anexial o uterina. Ginatresia
- 4) **Hormonal:** Reacción inusitada del ovario. Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG)
- 5) **Traumático:** Postaborto evacuador o biopsico, hemorragia, perforación, infección
- 6) **Endometriosis**

Causas médicas:

- 1) metabólicas
- 2) tóxicas
- 3) porfirias
- 4) uremia
- 5) diabetes
- 6) hemofilia
- 7) púrpura
- 8) pielonefritis
- 9) neumonía
- 10) insuficiencia suprarrenal

Causas extraginecológicas:

- 1) apendicitis aguda
- 2) diverticulitis
- 3) cólico renal
- 4) aneurisma de la arteria ilíaca
- 5) colecistitis
- 6) raras: sacroileítis, osteítis

En orden de frecuencia:

- 1) Embarazo ectópico
- 2) E.P.I.
- 3) Apendicitis
- 4) Torsión anexial
- 5) Colecistitis

Enfermedad inflamatoria pélvica (E.P.I.)

Concepto

Inflamación aguda o crónica del tracto genital superior debida al ascenso de microorganismos provenientes del tracto genital inferior.

Epidemiología

- 1) Edad = 19 a 24 años
- 2) Nº de parejas sexuales
- 3) Uso de DIU (Dispositivo Intrauterino)
- 4) FIRS (fecha de iniciación de relaciones sexuales)
- 5) FRS (frecuencia de relaciones sexuales)
- 6) Antecedentes de otras Enf. de Transmisión Sexual
- 7) Duchas vaginales

Etiopatogenia

Agentes etiológicos más comunes: Gonococo, Chlamydia, Anaerobios, otros. Monoetiologías: Estreptococos, Estafilococos, Gram negativos⁽²⁻³⁾

El Gonococo con la Chlamydia modifican el medio (Ph, consumo de O₂) creando anaerobiosis, facilitando la infección polimicrobiana y el desarrollo de anaerobios.⁽⁴⁾

Clasificación

- 1) salpingitis sin peritonitis
- 2) salpingitis con peritonitis
- 3) absceso tubo-ovárico
- 4) ruptura del absceso tubo-ovárico
- 5) abdomen agudo ginecológico (fases 2, 3, 4)

Tratamiento

Fase 1 Ambulatoria

- a) ceftriaxona + doxicilina
- b) ciprofloxacina + metronidazol
- c) ofloxacina + metronidazol

Fase 2 a) ciprofloxacina + metronidazol

Fase 3 Internación

- b) ofloxacina + metronidazol
vía intravenosa
- c) clindamicina + gentamicina

Fase 4 Quirúrgica

Consecuencias: Embarazos Ectópicos. Esterilidad

Prevención: Anticoncepción de barrera. Tratamiento de infecciones del Tracto Ginecológico Inferior (TGI)

Emergencias obstétricas

Pueden producirse:

- 1) **en el embarazo**
- 2) **en el parto**
- 3) **en el puerperio**

En el embarazo:

- 1) Primera mitad del embarazo
Aborto
Embarazo ectópico
Mola hidatiforme
Placenta Previa
- 2) Segunda mitad del embarazo
Desprendimiento de placenta
Rotura uterina
Vasculitis

En el parto:

- 1) Rotura uterina
- 2) Desgarro de partes blandas
- 3) Trastornos adherenciales de la placenta
- 4) Atonía uterina
- 5) Complicaciones quirúrgicas del parto operatorio.

En el puerperio:

- 1) Hemorragia
- 2) Infección
- 3) Complicaciones postoperatorias
- 4) Vasculitis

Aborto

Si nos remitimos a hablar del tipo de aborto (espontáneo-provocado, terapéutico-eugénico) o la forma de presentarse (amenaza de-en curso-incompleto-completo-diferido-infectado-séptico-complicado), veremos que esos diagnósticos, en general, son presuntivos; y el verdadero diagnóstico es posterior a su resolución.

Debemos tomarlo como el diagnóstico presuntivo más frecuente en mujeres en edad fértil que acuden a la consulta por dolores hipogástricos y pérdidas sanguíneas por genitales externos.

Esto es verdad y funciona de maravillas en aquellas pacientes conscientes de su embarazo y deseosas de llevarlo a término, esta minoría de casos son las que van directamente a la consulta especializada para tratar de salvar su embarazo.

Allí es donde vemos la amenaza de aborto, el aborto en curso, el aborto incompleto; pero, en general, no vemos en estas pacientes el aborto complicado, y esto tiene una razón muy simple, el aborto espontáneo rara vez se complica.

Otro es el panorama que se presenta en la Guardia General. Pacientes que vienen con esos síntomas más los agregados por las complicaciones, en donde la presencia del embarazo es negada o, cuando mucho, toda una sorpresa; y los problemas comenzaron, como siempre, levantando un balde lleno de agua.

Estas pacientes que a veces son abandonadas en la Guardia General en coma, o con abdomen agudo, o ictericas, o víctimas de un traumatismo, son las que exigen del equipo multidisciplinario el mayor esfuerzo en conocimientos, experiencia y, sobre todo, el olfato que da el trabajar en emergencias permanentes.

La búsqueda y reconocimiento de síntomas y signos en pacientes que mienten y se niegan a colaborar en la anamnesis es un verdadero arte, que se aprende muy lentamente y no en los libros. El hallazgo de lesiones vaginales por las pastillas de permanganato, lesiones en el cuello dejadas por la pinza erina o por agujas de tejer, el encontrar tallos de perejil o sondas, son una muestra de todo el folklore que acompaña a estas pacientes; aunque hoy, todo eso ha sido desplazado por la utilización clandestina de las prostaglandinas, que son provistas ilegalmente por las farmacias.

Las complicaciones del aborto son:

- 1- *La infección*
- 2- *La hemorragia*
- 3- *La perforación*

El aborto infectado es un cuadro potencialmente grave y debe ser monitorizado con el internista, para ver su evolución.

La aparición de cualquier compromiso de otro parénquima o sistema significa que estamos ante un aborto séptico, una de las causas más frecuentes de mortalidad materna en nuestro País, de allí que, la paciente con aborto complicado por infección debe ser seguida por un equipo multidisciplinario (infectólogo, terapeuta, nefrólogo, toco-ginecólogo, cirujano general, hematólogo y el apoyo importante de laboratorio, rayos, ecografía y diálisis).

La toma de decisiones en estas pacientes exige seguridad y rapidez dado que esta patología quema etapas con mucha rapidez.

El tratamiento de estas pacientes esta basado en un trípode:

- 1) *Antibioticoterapia (generalmente se efectúa sin tener el germen causante identificado)*
- 2) *Medidas de sostén (mantener la perfusión adecuada, evitar la acidosis, diálisis precoz)*
- 3) *Remoción del foco (exploración instrumental del útero, descartar perforación, evacuar restos ovulares, mandar material a bacteriología, y observar la capacidad contráctil del útero una vez limpio.*

Cuándo está indicada la histerectomía:

- 1) Cuando en un lapso de tiempo (12-24 horas) de tratamiento la paciente no mejora
- 2) Cuando hay una perforación uterina

- 3) Cuando se trata de una gangrena uterina.

Con estas medidas hemos logrado bajar la mortalidad materna de un 80% a un 16%, aunque el Síndrome de Mondor ya instalado mantiene una altísima mortalidad.

Debimos efectuar diagnóstico diferencial con

- 1) Síndrome coledociano
- 2) Intoxicación por órganos clorados
- 3) Colecistitis
- 4) Peritonitis
- 5) Apendicitis
- 6) Pancreatitis

Embarazo ectópico

Su importancia reside en su frecuencia: 1/300 embarazos, y se encuentra en aumento por causas como el aumento de (E.P.I., D.I.U., abortos inducidos, reproducción asistida, etc.)⁽⁵⁾

En el 98% de los casos su localización es tubaria, y es una de las primeras causas de mortalidad en embarazos del primer trimestre.

El 85% de las muertes es por hemorragia, aunque las muertes han disminuído en un 90% por la utilización sistemática de la sub-unidad beta, la ecografía y la laparoscopia.

El cuadro clínico del embarazo ectópico complicado es:

- 1) amenorrea
- 2) abdomen agudo (hemoperitoneo)
- 3) shock
- 4) hipovolemia

El diagnóstico diferencial es por orden de frecuencia:

- 1) salpingitis
- 2) apendicitis
- 3) torsión de masa anexial
- 4) cuerpo lúteo sangrante
- 5) divertículo perforado
- 6) pancreatitis hemorrágica

Cuando el embarazo ectópico no esta complicado, su cuadro clínico es:

- 1) atraso menstrual
- 2) metrorragia escasa (borra de café)
- 3) dolor en fosa ilíaca
- 4) signos vagales
- 5) turgencia mamaria

El diagnóstico diferencial es:

- 1) amenaza de aborto
- 2) embarazo ortotópico + patología ovárica
- 3) mioma complicado
- 4) anexitis
- 5) blastoma ovárico complicado
- 6) apendicitis
- 7) diverticulitis

La base del diagnóstico esta basado en:

- 1) cronología clínica
- 2) curva de subunidad beta de Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana
- 3) ecografía, ecografía transvaginal
- 4) laparoscopia
- 5) culdocentesis

Tratamiento:

Quirúrgico

| | | |
|--------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <i>Conservador</i> | salpingostomía | laparoscopia ⁽⁶⁾ |
| <i>Radical</i> | salpinguectomía anexectomía | cirugía a cielo abierto |

El **Tratamiento Expectante** se puede intentar cuando:

- 1) sub-unidad beta < 10.000 unidades
- 2) embarazo ectópico que mide < 3 mm.

Se resuelven favorablemente en un 73% de los casos.

El **Tratamiento Médico** se puede intentar cuando:

- 1) embarazo < 6 semanas
- 2) masa < de 3 mm.
- 3) sub-unidad beta < 4.000 unidades
- 4) función hepática, renal y hemática normal

Metotrexate 50 mg/m² dosis única intramuscular (I.M.) o dosis bajas durante 4 o 5 días (7)

Embarazo molar

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un espectro de Enfermedades interrelacionadas procedentes de la placenta.

La E.T.G. es, entre las enfermedades malignas humanas, aquella que puede ser curada en presencia de metástasis diseminadas.

Las distintas entidades Histológicas que comprende esta terminología general, incluye Mola Hidatiforme, completa y parcial; Mola Invasora; Tumor del sitio placentario y el Corioncarcinoma.

Antes del advenimiento del sensible marcador, la gonadotrofina coriónica humana sub β (H.C.G. sub β) y la quimioterapia, la morbimortalidad de todas las formas de E.T.G. ocurría a menudo, sin embargo actualmente, con el adecuado seguimiento por medio de la H.C.G. sub β cuantitativa y la quimioterapia la mayoría de las pacientes con E.T.G. pueden ser curadas sin afectar su capacidad reproductiva.

Se ha hecho un esfuerzo muy importante para individualizar el tratamiento mediante el sistema de clasificación de

estadío, lo que mejora las proporciones de remisión en caso de enfermedad extendida. Por otra parte, ha sido posible desarrollar regímenes menos tóxicos que conservan proporciones elevadas de remisión, con menor producción de efectos colaterales y logrando la curación con medidas más enérgicas. Se han aclarado y ampliado, también, las funciones de coadyuvancia de las operaciones quirúrgicas y la radioterapia. Se están utilizando nuevas técnicas diagnósticas, entre ellas: la Tomografía Axial Computada y la Resonancia Nuclear Magnética.

La estimación sobre la incidencia de las diferentes formas de E.T.G. varía; en los EE.UU., las molas son observadas en 1/1200 embarazos de término, la incidencia de enfermedad molar en los países Asiáticos es entre 7 y 10 veces mayor que en Norte América y Europa. En Taiwan se reportan 1/125 recién nacidos (R.N.) vivos, con una media de 1/800 R.N. vivos. En la década del '60 se reportaban 90 casos nuevos por año en el Hospital de Singapur, con más de 40.000 partos al año. Controlando los factores epidemiológicos de riesgo, consiguieron en 1987, no presentar nuevos casos.

Factores Epidemiológicos de Riesgo⁽⁸⁾:

- 1) Natalidad en Adolescentes (< 15 años aumenta de 6 a 7 veces el riesgo)
- 2) Natalidad > 40 años (aumenta de 5 a 10 veces el riesgo)
- 3) Dietas pobres en caroteno y proteínas y altas en grasas.

Control de factores epidemiológicos:

- 1) Control de natalidad adolescente y > 40 años.
- 2) Control de grupos socioeconómicos bajos.
- 3) Asesoramiento higiénico dietético.
- 4) Norma de asistencia prenatal oportuna.
- 5) Ecografía precoz de pesquisa.

Hoy día, el tratamiento de estas pacientes está a cargo de grupos especializados, pero su detección y conocimiento debe formar parte del bagaje de conocimientos del médico general. Se han visto pacientes con diagnósticos de:

- 1) tumor de pulmón (metástasis de corioncarcinoma)
- 3) tumor de cerebro (metástasis de corioncarcinoma)
- 4) blastoma de ovario complicado (reacción inusitada del ovario ante el estímulo de las gonadotrofinas)

Además, su tratamiento evacuador expone a la paciente a la perforación, hemorragia e infección. Su control y seguimiento es efectuado por un equipo multidisciplinario.

Las emergencias de la segunda mitad del embarazo son específicas de la especialidad, pero existen situaciones que debemos conocer y que generan situaciones que sobrepasan el límite de la especialidad.

Placenta Previa

Esta patología se caracteriza por una ubicación de la placenta que dificulta y, muchas veces, impide el parto vaginal. Su ca-

racterística es la de hemorragias vaginales frecuentes y recidivantes, y la conducta, en general, es esperar mientras la hemorragia no ponga en peligro la vida del bebé o la madre.⁽⁹⁾

El diagnóstico diferencial debe hacerse con las otras patologías que aparecen en esta etapa del embarazo.

Desprendimiento de placenta

Este cuadro es una emergencia obstétrica que tiene su origen, en la mayoría de los casos, en un cuadro de hipertensión arterial. Tiene importancia ser conocido por el emergentólogo, pues aparece como complicación de los traumatismos abdominales de la embarazada.

Sus síntomas capitales son: hemorragia interna-externa, útero contraído de consistencia leñosa, alteraciones dependientes del daño fetal.⁽¹⁰⁾

Otro elemento que aumenta la dramaticidad del cuadro es que, con frecuencia, se acompaña de una coagulación intravascular diseminada.⁽¹¹⁾

Rotura uterina

Estas pacientes tienen como antecedentes ser portadoras de un útero cicatrizal (miomectomías, cesáreas, perforaciones uterinas) y de un aumento de la actividad uterina, espontánea o provocada (prostaglandinas).

Es un cuadro que comienza con el dolor de las contracciones que se va haciendo cada vez más intenso porque se va acortando entre contracción y contracción el período de reposo del útero hasta que, de repente, luego de un gran dolor sobreviene la calma y la paciente comienza a entrar en shock.⁽¹²⁾

El dolor agudo corresponde al momento de la rotura, la calma aparece cuando el feto ya pasó a la cavidad uterina y las contracciones cedieron totalmente.

Esta paciente puede ingresar en estado de shock a la Guardia General, y obliga a un diagnóstico rápido y certero. La presencia de dos tumores en el abdomen son patognomónicos, uno pequeño y duro corresponde al útero retraído y el segundo, más grande y blando, que pertenece al feto y se lo palpa bajo la piel.

El tratamiento es compensar rápidamente y operar la paciente inmediatamente, nos encontraremos con un feto libre en la cavidad generalmente muerto; la placenta, si está libre, se puede extraer; pero si se encuentra adherida, es mejor dejarla, y el útero en general debe ser removido mediante una histerectomía.

Vasculitis

Con este nombre identificamos muchas patologías que hoy sabemos son de origen inmunológico: hipertensión inducida, eclampsia, síndrome HELLP, pérdidas de embarazos, retardo de crecimiento intrauterino, muerte fetal intrauterina. En todos estos cuadros están presentes fenómenos vasculíticos.⁽¹³⁾

El Síndrome HELLP se caracteriza por participar a veces, no siempre, en cuadros de hipertensión y eclampsia. Este cuadro puede aparecer en el embarazo o en el puerperio inmediato y se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Una de las complicaciones más severa es el hematoma o rotura hepática, que es un cuadro que necesita de un diagnóstico y decisiones terapéuticas de un equipo multidisciplinario.⁽¹⁴⁾

Estas patologías pueden ir acompañadas de la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos, lo que significa que estos cuadros pueden ir precedidos o complicados por fenómenos de trombosis tanto venosas como arteriales; algunas de estas complicaciones son:

Síndrome de Budd Chiari, Trombosis de la arteria mesentérica, Trombosis de la vena central de la retina, Trombosis de vasos pulmonares, etc.; el cuadro dependerá del territorio o sistema afectado, pero generalmente es de resolución multidisciplinaria.

Descripción Anátomo-clínica de las hemorragias obstétricas graves

Definición

Se define hemorragia obstétrica grave, como aquella que lleva a la pérdida de sangre mayor a 500 ml luego de un parto o superior a 1000 ml luego de una cesárea. Sin embargo, la apreciación de la pérdida sanguínea en esas condiciones suele ser muy difícil. Por ello, se extiende esta definición a aquellos casos que desarrollen una rápida descompensación hemodinámica, consecutiva al parto o a la cesárea.⁽¹⁵⁾

Etiología

Las hemorragias obstétricas posparto pueden producirse por las siguientes causas: 1) falta de contracción del útero gestante; 2) desgarros vasculares; 3) dificultades al extraer la placenta y, 4) trastornos de la coagulación.

A continuación, se describirán los desórdenes que producen las hemorragias obstétricas posparto en más del 90 % de los casos.

Atonía uterina

La atonía uterina o inercia, consiste en la falta de contracción del útero gestante luego del alumbramiento. Este fenómeno ocurre en el 2 al 5 % de los partos por vía baja.

La atonía uterina es favorecida por numerosas situaciones como: la multiparidad, la sobredistensión uterina, la macrosomía, el hidramnios, los intentos de versión, los antece-

dentes de hemorragia pre y posparto, la corioamnionitis y la interrupción en la administración de oxitócicos, entre otros.

No ha sido demostrada una relación directa entre las atonías y el uso de los anestésicos administrados por vía peridural. Por el contrario, hay una asociación demostrada con el uso de Halotano como anestésico general.

El tratamiento clásico de la atonía uterina está constituido por la reposición volumétrica (sangre, coloides y cristaloides), la utilización de masajes y por la administración de drogas que promueven la contracción del músculo uterino. Cuando estas medidas no son eficientes, se procede casi invariablemente a la histerectomía de hemostasia.

Es de notar, que la atonía uterina puede aparecer en el primer embarazo y sin ningún antecedente previo. La atonía uterina constituye, en casi todas las series mundiales, más del 50% de las hemorragias graves del posparto.

Trastornos adherenciales de la placenta

En este grupo se incluyen, aquellos trastornos que se caracterizan por una adherencia anormal entre el útero y la placenta. Desde el punto de vista quirúrgico, pueden dividirse en placenta ácreta y placenta pércreta.

La placenta ácreta es el menor grado de los trastornos adherenciales de la placenta, su aumento casi epidémico guarda relación lineal con el aumento de la operación cesárea. En el acretismo placentario, la placenta y el útero se encuentran firmemente adheridos, impidiendo el desprendimiento normal luego de un parto o una cesárea. En esa circunstancia, y cuando el Obstetra intenta separar la placenta, se desencadena una hemorragia rápida y severa.⁽¹⁶⁾

La pérdida sanguínea esperada puede ser mayor a 600 ml por minuto, por ello, si no se puede cohibir el sangrado rápidamente por puntos sobre el útero, debe considerarse su rápida remoción quirúrgica. Sin embargo, a veces aún así, la dificultad técnica y el tiempo inherente del procedimiento, hacen, que la hemorragia sea tan severa que pone en peligro inminente la vida de la madre.

La placenta pércreta corresponde al mayor trastorno adherencial placentario sobre el útero. En ella, la adherencia se produce de tal manera, que la placenta penetra y excede el continente uterino e involucra a los órganos y tejidos vecinos, en especial a la vejiga urinaria.

Uno de los principales inconvenientes para el abordaje quirúrgico de este trastorno, está constituido por la inexactitud diagnóstica y el exuberante flujo arterial placentario al útero. Por otro lado, los vasos pelvianos pelvisubperitoneales que participan en su irrigación discurren por caminos poco habituales para el Obstetra y, en general, a través de colaterales arteriales anastomóticas de tamaño aumentado.

Hasta la fecha se han propuesto dos tratamientos para el percretismo placentario: uno, lo constituye la remoción qui-

rúrgica del útero, placenta y parte de la vejiga urinaria; y el otro, consiste en dejar la placenta *in situ* e iniciar una terapia con Metotrexate y ácido fólico.

La remoción quirúrgica del útero, suele implicar una cirugía de varias horas, a veces más de 6, y conduce siempre, a una pérdida irreversible de la función reproductora.

La cirugía de la placenta pércreta implica una pérdida hemática considerable. La misma requiere transfusiones en más del 95% de los casos y pueden ser necesarias hasta 80 unidades de sangre o más para su compensación primaria. Durante el procedimiento quirúrgico, el anestesista debe mantener el frágil equilibrio entre la presión arterial, las transfusiones y la coagulopatía por consumo.

El otro tratamiento propuesto, consiste por dejar la placenta *in situ*, y realizar un tratamiento con ciertas drogas utilizadas en el tratamiento del cáncer, estas son el Metotrexate y el ácido fólico. Este procedimiento evita casi por completo la pérdida hemática, ya que no se procede a la remoción placentaria. Sin embargo, el Metotrexate tiene complicaciones mediatas de importancia; por ser un tratamiento citostático, deprime la función hematopoyética e inmunológica y, aunque no es frecuente, puede llevar a la neutropenia severa con riesgo de vida. Por otra parte, el tratamiento con Metotrexate implica una internación entre 6 semanas y meses mientras se espera la reabsorción placentaria, a pesar de ello, ésta no siempre ocurre. La duda en la reabsorción, sumado a que la persistencia de tejido placentario es predisponente a la coagulación intravascular diseminada (CID), a la hemorragia y a la infección, indicaría que este método no es del todo seguro, ya que todas estas dificultades se tratan con histerectomía, y sus complicaciones con terapia específica. Se suma a esta inseguridad, el hecho de que la experiencia mundial publicada con este procedimiento no es mayor a 9 casos.

Mioma cervical gigante y embarazo

Esta entidad es muy poco frecuente, sin embargo, la coexistencia de ambos estados puede traducirse en inconvenientes durante el parto o la cesárea.

De acuerdo a su tamaño y a su ubicación, el mioma cervical, puede producir una alteración de la contractilidad uterina y causar sangrado. Asimismo, puede interponerse en la incisión de la cesárea y producir un sangrado incoercible por sección directa de sus vasos nutricios.

Otra eventualidad suele ser la degeneración del mioma, que puede ocurrir luego del parto o de la cesárea. Esta afección es, en general, de evolución lenta y puede conducir a un dolor abdominal solapado junto con el desarrollo subclínico de una CID.

Si estas alternativas ocurren, es habitual que exista un sangrado difícilmente de cohibir por un taponaje endouterino, en esta condición se hace imprescindible la resección quirúrgica del útero.

Tratamiento conservador uterino

El tratamiento conservador uterino, se basa en una serie de medidas tendientes a evitar la pérdida hemática masiva, por un lado, y a reducir selectivamente el aporte circulatorio al útero, por el otro.⁽¹⁷⁾

El primer paso del procedimiento está constituido por la identificación correcta de las pacientes de riesgo; esto se realiza mediante el análisis de los antecedentes obstétricos, la Ecografía, el Doppler y la Resonancia Magnética Nuclear. Estos métodos permiten estudiar el patrón de distribución vascular, así como el grado de compromiso de la invasión placentaria.

En segundo lugar, deben identificarse con detalle todas las alteraciones, mínimas y no esperadas, del sistema de la coagulación.

Por último, para la aplicación de la técnica quirúrgica, se seleccionan los métodos de control vascular proximal basándose en el diagnóstico preoperatorio; estos pueden ser, el clampeo elástico reversible de la Aorta Infrarrenal para la placenta *pércreta* y miomas cervicales gigantes, o el clampeo elástico parametrial bilateral con control selectivo de los pedículos uterinos y cervicales para las atonías y la placenta *ácreta*.

Una vez realizado el control vascular proximal se procede, para la atonía uterina, a la ligadura bilateral y selectiva de las arterias uterinas, sea en la base del parametrio o en sus variedades de posición, retrouterina u ovárica alta (en cesárea). En

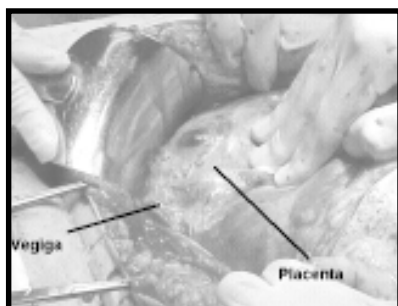
el posparto vaginal o en aquellas atonías que sean refractarias al tratamiento médico, se prefiere la desfibrilación eléctrica o la colocación de un balón intrauterino.

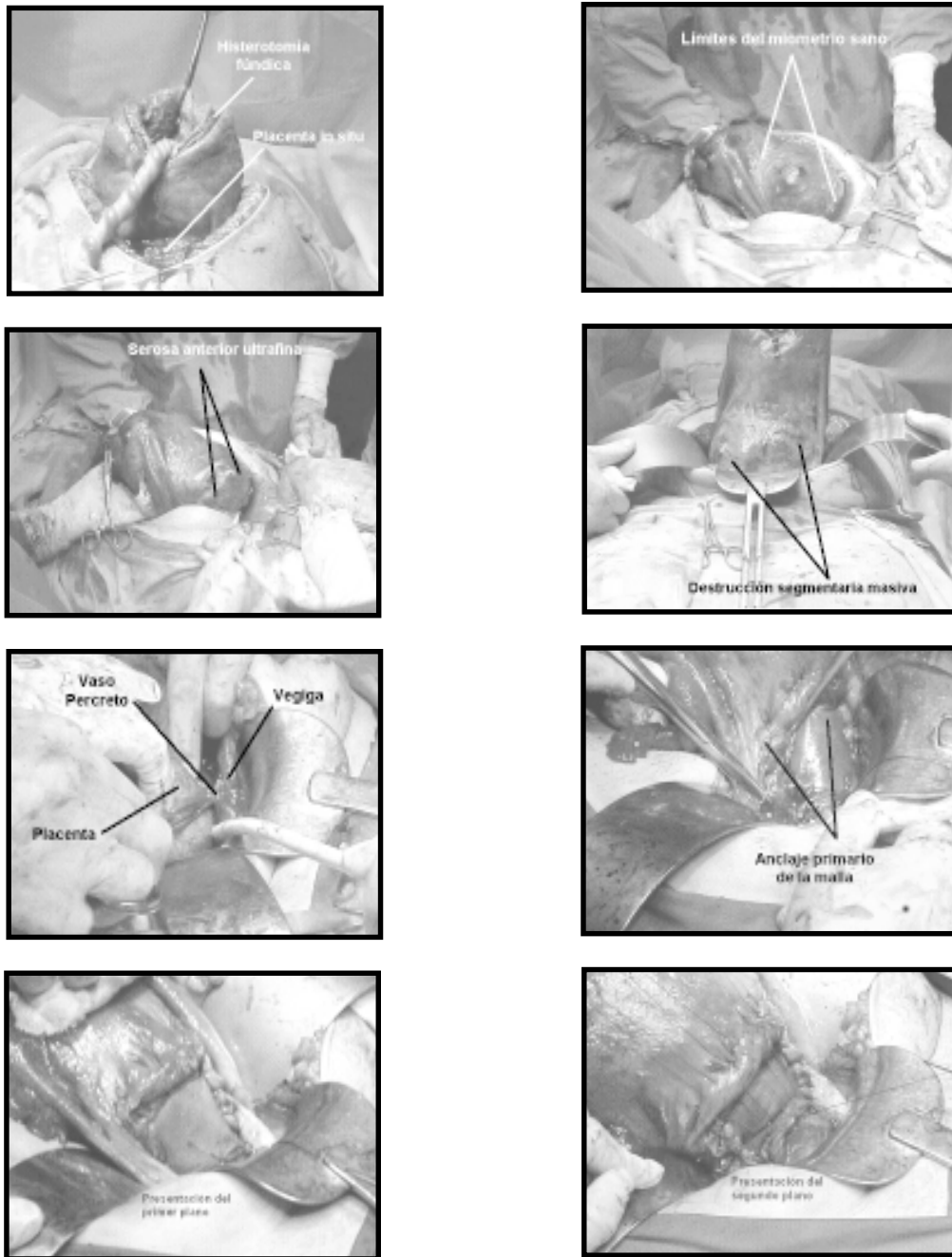
Para la placenta *ácreta* y la placenta *pércreta*, se procede a la desvascularización selectiva de los pedículos infracervicales dominantes, es decir, aquellos que permiten la nutrición placentaria a través de vasos no habituales, tales como las arterias cervicales, vaginales (variedad uterina, ilíaca interna o pudenda interna), vesicales o hemorroidales superiores. Este procedimiento se constituye, luego del control vascular proximal eficaz (aórtico o parametrial), en la llave para el tratamiento conservador uterino. Su ejecución requiere un amplio conocimiento del componente anatómico genital y pelviano.

Para evitar el exceso de desvascularización, no es aconsejable la ligadura de más de cuatro pedículos principales simultáneamente. En caso de ser necesario, para cohibir un sangrado adicional o cuando se requiera la reparación tisular vesical o uterina (placenta *pércreta*), se utilizará colágeno liofilizado en planchas y adhesivo biológico en base de fibrina.

La bibliografía específica de este procedimiento, está constituida por la experiencia recogida en la Argentina por más de 10 años de investigación ininterrumpida en el tema.

Con este diseño quirúrgico totalmente novedoso para la placenta *pércreta*, han podido llevarse con éxito en Argentina, 52 *resecciones de placenta pércreta* con reconstrucción vesical y uterina en un solo tiempo quirúrgico, todas ellas con conservación uterina y una pérdida hemática mínima.





En 98 mujeres con placenta ácreta, se ha registrado una tasa de éxito del 97% (conservación uterina positiva) con una media transfusional de 800 ml de sangre.

En la atonía uterina se ha aplicado con éxito el balón hemostático intrauterino y la desfibrilación selectiva; ambos, junto a la desvascularización selectiva han evitado, al presente, más de 10 histerectomías.

Con el mismo procedimiento, se han realizado 4 cirugías conservadoras de útero en pacientes con mioma cervical gigan-

te y embarazo; utilizando en ellas, en promedio, una unidad de sangre.

Desde el punto de vista costo-beneficio, la técnica permite evitar los costos inherentes a la politransfusión (\$ 300/600 por bolsa) así como a las complicaciones asociadas, CID, infección, estadía en terapia intensiva, infecciones vírales no detectadas, etc.

Asimismo, protege a la Institución y al Médico de Juicios por ablación de órganos del aparato reproductor (Ley del Ej-

cicio Profesional, 17.132, Capítulo 1, Inciso 18) óbitos maternos y responsabilidad civil por menores sin madre.

Trauma

Estadísticamente 7/100 embarazos sufren algún tipo de trauma durante el curso del mismo, pero en general, muy pocos son los graves. En centros especializados de trauma la estadística revela que 3 a 4 muertes cada 1.000 partos necesitan interacción por trauma ⁽¹⁸⁾.

Las causas son:

- 1) traumatismo de tránsito
- 2) heridas por arma de fuego
- 3) heridas por arma blanca
- 4) quemaduras

Los cambios anatómicos y fisiológicos de la embarazada pueden alterar los patrones de la lesión, el diagnóstico y el tratamiento del trauma, en comparación con mujeres no embarazadas.

Cambios hemodinámicos: la capacidad cardíaca aumenta en el primer trimestre y alcanza el punto máximo (aumento del 40%) al final del 2º trimestre; esta capacidad puede alterarse en un embarazo avanzado por la posición que asume la mujer, en situación supina la lateralización hacia la derecha obstaculiza el retorno venoso por compresión de la vena cava dando lugar al síndrome supino hipotensivo.

La frecuencia cardíaca aumenta en 15 latidos/minuto, la TA disminuye entre 5 y 15 mm Hg, el volumen plasmático aumenta de 40 a 70 ml/kg y la masa eritrocitaria aumenta de 25 a 35 ml/kg. Estos cambios producen una volemia incrementada en 35 a 40% o unos 1.000 ml. En el volumen total, con hemodilución, lleva a una presión venosa ligeramente más alta y la periférica puede llegar a 200 ml de agua.

Estos cambios dificultan una evaluación correcta de una pérdida de sangre aguda, el diagnóstico de shock y la reposición adecuada. El aumento de la frecuencia del pulso y el descenso de la TA, que son signos cardinales en el diagnóstico de shock, pueden ser, en la mujer embarazada, simplemente cambios fisiológicos o posicionales.

La embarazada puede tolerar una pérdida de sangre de 1.500 cc antes de sufrir hipotensión, sin embargo los mecanismos compensatorios pueden llevar a una hipoxia fetal, es por ello que es conveniente controlar estas pacientes con presión venosa central o con un Swan-Ganz, sabiendo que el tratamiento del shock exige mayores cantidades de cristaloides y sangre para restaurar el volumen intravascular.

Durante el embarazo la ventilación por minuto aumenta en un 50%, como resultado de este incremento la pCO₂ disminuye a 32 torr, lo que es una disminución compensadora de 4 mEq/l en el bicarbonato sérico; aumenta el consumo de O₂, pero la pCO₂ no se altera, esto induce a que la embarazada, por el aumento de consumo de O₂ y una disminución del volu-

men residual, presente una más rápida inducción y una disminución de su tolerancia a los anestésicos generales; y que, cuando la oxigenación disminuye, desarrollen más rápidamente hipoxemia.

El aumento de tamaño del útero, que se hace abdominal a partir del final del primer trimestre, y su gran aumento de la circulación, lo hacen particularmente expuesto a traumatismos y hemorragias intra y retroperitoneales. La rotura del útero y/o el desprendimiento de la placenta son causas de hemorragias graves que con marcada frecuencia desarrollan una CID. La vejiga es hiperhémica, y los uréteres y pelvis renales están más dilatados, factores éstos que deben ser tenidos en cuenta al examinar una radiografía de abdomen y pelvis en mujeres embarazadas traumatizadas.

El flujo renal plasmático y la tasa de filtración glomerular están aumentados por el embarazo con valores de nitrógeno ureico y creatinina plasmáticos más bajos, los cuales deben ser tenidos en cuenta cuando se estudia la función renal. En el aparato digestivo está disminuída la motilidad gástrica y se prolonga el tiempo de vaciado gástrico, lo que significa que, en pacientes inconscientes, existe mayor posibilidad de aspiración, y mucho más, si necesitan anestesia general.

El útero por tamaño y posición actúa como escudo de otras vísceras, la distensión de la pared abdominal disminuye la expresión de defensa y el dolor reflejo debido a hemorragia intraperitoneal.

El estado hemodilucional se traduce equivocadamente como anemia, por eso el elemento control es la Hemoglobina (Hb); los factores de coagulación están aumentados, el fibrinogeno de 80 – 150 mg/ml alcanza en la embarazada niveles de 350 a 400 mg/ml, los leucocitos aumentan a valores de 15.000 y la eritrosedimentación no sirve como elemento diagnóstico, todos estos factores entorpecen el diagnóstico y control de la paciente.

Tratamiento Agudo

Debe ser encarado por un equipo multidisciplinario: emergentólogos y toco-ginecólogo, debiéndose disponer de ecografía, monitoreo electrónico y equipo de recuperación neonatal.

Vías respiratorias: deben mantenerse permeables y por los medios adecuados, bolsa, máscara o intubación endotraqueal, conseguir funcionamiento cardíaco, masaje externo o lo necesario, colocar dos catéteres intravenosos de gran calibre y muestras de sangre. Gases sanguíneos arteriales si la respiración es inadecuada, si hay lesiones en el pecho o si hay alteración del sensorio.

Si la pérdida de sangre es importante, debe colocarse catéter venoso central o Swan-Ganz, reposición de líquidos y cristaloides, la solución de Ringer lactato es una de la más efectiva para la restauración de la oxigenación fetal.

La posición de la paciente debe ser supina lateralizada hacia la izquierda para evitar el síndrome supino hipotensivo.

Debe evitarse la pérdida de calor y el uso de vasopresores dado que se disminuye el riego uterino y aumenta la hipoxia fetal.

Colocar sonda vesical para descartar hematuria y sonda nasogástrica.

Una vez estabilizada la paciente, una cuidadosa anamnesis y examen para determinar lesiones neurológicas, tóraco-abdominales y fracturas, el examen ginecológico: descartar hemorragia y su origen, pérdida de líquido amniótico, estado del cuello uterino, tono uterino (desprendimiento de placenta), búsqueda de latidos fetales, ecografía y monitoreo electrónico fetal.

Traumatismos que afectan el abdomen de la embarazada

Aún los traumatismos mínimos deben ser observados por la posibilidad del desprendimiento placentario y/o de un parto prematuro.

La causa más importantes son los accidentes de tránsito; una estadística muestra una mortalidad materna del 7,2 /oo. Las lesiones craneales son la primera causa de mortalidad y en segundo lugar, el desprendimiento de la placenta, siendo ésta y la muerte materna, la causa más importante de muerte fetal.

Las lesiones de bazo, hígado, intestino suman entre el 15 y 26% de las lesiones abdominales. La lesión del útero es más importante cuanto más grande sea el embarazo siendo rara su lesión por debajo del primer trimestre. Crosby y cols. han demostrado que luego del impacto, la presión intrauterina aumenta 10 veces en relación a la presión intraparto, siendo causa de rotura, hemorragia o desprendimiento. Las fracturas de pelvis se complican en un 15% con lesiones urinarias y pueden producir extensas e importantes hemorragias retroperitoneales.

La muerte fetal rara vez se produce por acción directa del impacto, el líquido amniótico tiene una acción protectora; mayor importancia tiene el desprendimiento placentario asociado al traumatismo como causa de muerte fetal. En una colisión el aplastamiento del útero y su aumento de presión hace por diferencias de elasticidad con la placenta que se rompan los vasos útero placentarios con la consiguiente formación de un hematoma retroplacentario, que ha medida que va creciendo va desprendiendo la placenta. El aborto no es una complicación frecuente, pero sí lo es, la rotura prematura de membranas.

La aparición de shock, silencio abdominal, reacción peritoneal, estado de desasosiego, dolor a la palpación, puede sugerir hemorragia o rotura de víscera, la Rx, la ecografía, la presencia de sangre por la sonda nasogástrica o por la sonda

vesical, llevan a la sospechas de una lesión intraabdominal que exige laparotomía. Uno de los problemas es que el útero puede dificultar la exploración, siendo válido la evacuación del mismo y, a veces, de completarse con una histerectomía. En caso de que sea reparada la lesión y el útero siga ocupado con feto vivo, y estando estabilizada la paciente, deberá tratar de evitarse un parto prematuro. Esta decisión no es fácil porque los agentes tocolíticos pueden traer graves consecuencias y no deben usarse en casos de inestabilidad vasomotora, enfermedad pulmonar o desprendimiento de placenta, también debemos estar preparados para la CID dado que el desprendimiento placentario es una de las causas frecuentes de esta patología.

Traumatismos penetrantes en el abdomen

Los más frecuentes son las heridas por armas de fuego; el pronóstico depende del tipo de proyectil y el número de órganos afectados.

En embarazos grandes el útero actúa como escudo y las lesiones concomitantes de otros órganos alcanza a un 19%; por otro lado, el útero, las membranas, la placenta y también el mismo feto, amortiguan la penetración del proyectil; y como el útero no es un órgano vital son raras las muertes por esta causa.

Sí son importantes las lesiones del feto, que van del 60 al 90% con una mortalidad del 40 al 70%.

Las heridas de arma blanca, al tener un recorrido limitado, son menos mortales que las de armas de fuego. Todas ellas requieren una exploración quirúrgica, no existe una sistemática, pero la exploración debe ser exhaustiva y ante la posibilidad de una herida fetal deberá recurrirse a la cesárea y extracción del feto para ver si es posible su tratamiento

Traumatismos vaginales

Estos cuadros tienen diversos orígenes, algunos causados o espontáneos en la atención del parto, otros como accidentes (empalamiento), o como consecuencia de agresiones sexuales (violaciones, introducción de elementos en la vagina).

La mayoría de los que adquieren gravedad significan la destrucción del piso perineal, la lesión del tabique rectovaginal con la comunicación de la vagina y el recto, la lesión de los esfínteres y algunas veces, con la perforación del fondo vaginal y el compromiso de vísceras intraperitoneales.

Estos casos son de resolución multidisciplinaria, pueden ser muy difíciles y en general necesitan de más de una intervención, dado que, en general, las secuelas son importantes.

En la atención del parto, tanto el espontáneo como aquel de finalización forcipal, pueden existir complicaciones, manifes-

tadas como desgarros de partes blandas, siendo el sistema esfinteriano del recto el ms comprometido.

En estos casos, no son pacientes que llegan a la Guardia, sino consultas que el Obstetra solicita al Cirujano de Guardia y, juntos, se decide la conducta.

En general, lo ideal es la reconstrucción simple, pero existen casos donde se debe desfuncionalizar el recto; no es una decisión simple, por lo que generalmente surge de una Junta Médica (esto significa que la decisión es tomada por varios médicos y avalan al mismo tiempo lo que se va a realizar).

En realidad, lo que decide la desfuncionalización, es la extensión de la lesión, el compromiso esfinteriano y la contaminación de la herida. De la evaluación de estos elementos surgirá la conducta.

Cesárea postmortem

En algunos casos el traumatismo puede provocar la muerte materna y seguir el feto con vida, una rápida cesárea postmortem puede salvar la vida del feto. Hay estadísticas que sobre 200 casos se han salvado 153 fetos.

Las posibilidades de éxito dependen de varios factores, los más importantes son:

- 1) *edad gestacional*
- 2) *peso fetal*
- 3) *el intervalo de tiempo transcurrido entre la muerte y la cesárea*

Con respecto a la edad gestacional, por debajo de 28 semanas o con un peso inferior de 1.000 gramos, es improbable que pueda sobrevivir.

Weber estableció los resultados de acuerdo al tiempo transcurrido entre la muerte materna y la cesárea postmortem:

- 1) menos de 5 minutos: excelente
- 2) de 5 a 10 minutos: bueno
- 3) de 10 a 15 minutos: regular
- 4) de 15 a 20 minutos: pobre
- 5) más de 20 minutos: improbable

En caso de muerte cerebral con función respiratoria y cardiovascular mantenida, puede estar indicada una cesárea en interés del feto.

Debe saberse que estos recién nacidos van a necesitar una reanimación intensa y, aunque aparentemente la situación de emergencia avala el procedimiento, es importante tratar de conseguir el consentimiento del pariente más próximo de la fallecida.

Emergencias extratocoginecológicas

- 1) **Apendicitis**
- 2) **Colecistitis**
- 3) **Pancreatitis**
- 4) **Obstrucción intestinal**
- 5) **Reparación del tracto de salida genital e intestinal**

Apendicitis

Es la patología agregada más común dentro de las emergencias tocoginecológicas, su incidencia es 1/600 a 1/3000 embarazos.

Luego del Parto, esta incidencia no es diferente a la de la mujer no embarazada 0,03 al 0,2%.

La mortalidad es mayor que en la no gestante, su frecuencia con relación a los diferentes trimestres del embarazo no esta aclarada aunque existen algunas estadísticas que hablan de una mayor frecuencia en el primer trimestre y en el puerperio inmediato.

En 1848 se publicó el primer caso, su fisiopatología es la consecuencia de la obstrucción de la luz y la secuela de infección, éstasis, pus, trastornos circulatorios de la pared, necrosis, gangrena, perforación, peritonitis.

La clínica no varía, salvo la posición del apéndice que se va elevando con el embarazo, el dolor y su cronología (Murphy), anorexia, vómitos, hiperestesia, fiebre, cambio de signos iniciales, leucocitosis y reacción peritoneal.

Debemos efectuar diagnóstico diferencial con:

| | |
|----------------------------------|--|
| Causas Obstétricas | Embarazo ectópico Aborto complicado Desprendimiento de placenta Pre-eclampsia |
| Causas Ginecológicas | Salpingitis (EPI) Torsión anexial Tumor anexial Infarto anexial Mioma en necrobiosis |
| Causas Extraginecológicas | Pielonefritis Obstrucción intestinal Colecistitis Pancreatitis |

El tratamiento tiene tres pasos:

- 1) Preparación de la paciente
- 2) Laparotomía exploradora
- 3) Profilaxis del aborto

Preparación de la paciente:

- 1.1) rehidratación
- 1.2) sonda nasogástrica
- 1.3) antibioticoterapia preoperatoria

Laparotomía exploradora:

- 2.1) incisión
- 2.2) mínima manipulación
- 2.3) lavado
- 2.4) cierre por planos
- 2.5) drenaje
- 2.6) cesárea

Profilaxis del aborto:

- 3.1) reposo
- 3.2) útero-inhibición
- 3.3) progestágenos

La mortalidad materna es menor del 1%.

Las pérdidas fetales son mayores, cuando hay perforación alcanzan al 35%.

Pancreatitis

Son síntomas comunes en el primer trimestre del embarazo los vómitos, náuseas y dolor epigástrico. La pancreatitis aguda es rara, pero es una enfermedad importante y debemos pensar en ella cuando esos síntomas aparecen en forma súbita y fuera del primer trimestre.

Su incidencia varía de 1 cada 1.066 partos a 1 por cada 11.467 partos.(20)

El primer caso fue publicado en 1818 y, desde entonces, regularmente se publican nuevos casos. La incidencia no se incrementa con la paridad pero sí con la edad del embarazo, del 36 al 50% de los casos se dan en el tercer trimestre y en un 18 al 51% en las seis semanas siguientes al parto, es decir que en total el 87% de las pancreatitis se producen en el tercer trimestre. En la paciente no embarazada el 80% se asocia a antecedentes de consumo de alcohol y colelitiasis; hay otros factores como el trauma, la hipertrigliceridemia, el hiperparatiroidismo, drogas como azatioprina, sulfamidas, diuréticos tiazídicos, furosemida, estrógenos, tetraciclinas, infecciones como parotiditis, hepatitis por citomegalovirus y vasculitis. De estos factores, algunos son más comunes en el embarazo.

Wilkinson recopiló las etiologías de 98 pancreatitis y embarazo:

| | |
|---|----|
| Cálculos biliares ----- | 17 |
| Preeclampsia ----- | 9 |
| Degeneración grasa aguda del hígado ----- | 22 |

Drogas:

| | |
|-------------------------------|----|
| * Tetraciclinas ----- | 9 |
| * Diuréticos ----- | 8 |
| Hiperlipidemia ----- | 3 |
| Hiperparatiroidismo ----- | 1 |
| Alcoholismo ----- | 1 |
| Afecciones no asociadas ----- | 28 |

El embarazo predispone, por sus cambios fisiológicos, a la formación de cálculos biliares, éstos son debidos a la acción de relajación sobre el músculo liso que produce la progesterona, también a ello, se debe la disminución del vaciado vesicular e hipotonía del conducto biliar.

Aumento del colesterol en sangre e incremento de la saturación del colesterol en la bilis, reducción del pool de sales biliares, aumento del tono del esfínter de Oddi y aumento de la presión intraabdominal, son elementos que predisponen a la formación de cálculos y agravamiento de los preexistentes, favoreciendo la aparición de pancreatitis.

La presentación clínica es similar a las no embarazadas, náuseas, vómitos y dolor.

El dolor epigástrico se irradia hacia la espalda y empeora en el decúbito lateral, también puede irradiarse hacia la zona escapular.

En las hemorrágicas puede haber una coloración peri-umbilical azul pálido (signo de Cullen) o en los flancos (signo de Grey-Turner); puede acompañarse de íleo y, en un 10%, hay ictericia; un 13% de casos se acompaña de shock. La fiebre aparecerá si hay infección y pueden instalarse signos del SNC.

La sintomatología aguda puede durar entre 6 a 7 días, hay recidiva en un 52% y recurrencia en el mismo embarazo en un 20%.

Las complicaciones pulmonares se dan entre un 10% y un 20% (Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto –SDRA-); las complicaciones metabólicas son la hiperglucemia, la hipertrigliceridemia, la hipocalcemia y la acidosis. La mortalidad materna llega al 20% y es a través de Insuficiencia Renal Aguda (IRA), Shock y Encefalopatía pancreática. Con respecto al feto, el parto prematuro puede llegar a un 60%.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con:

- 1) Colecistitis aguda
- 2) Viscera hueca perforada
- 3) Hepatitis alcohólica
- 4) Obstrucción intestinal aguda
- 5) Oclusión vascular mesentérica
- 6) Vasculitis
- 7) Cetoacidosis diabética
- 8) Cólico renal
- 9) Embarazo ectópico complicado
- 10) Aneurisma aórtico disecante (Marfan y embarazo)
- 11) Neumonía
- 12) Infarto de miocardio

Apendicitis aguda

El diagnóstico se basa en los antecedentes, la sintomatología, la ultrasonografía y el laboratorio donde el aumento de la amilasa sérica es de carácter diagnóstico. Debemos saber que en los embarazos ectópicos complicados, también puede existir ese aumento de amilasa, motivo por el cual deben solicitarse dosajes de lipasa sérica y la isoamilasa pancreática que hacen más específico el Laboratorio.

El tratamiento se basa en:

- 1) diagnóstico precoz
- 2) medidas de sostén
- 3) no alimentación oral
- 4) alivio del dolor
- 5) monitoreo de la evolución
- 6) la interrupción del embarazo no mejora el pronóstico
- 7) si se desencadena el trabajo de parto, no frenarlo
- 8) evaluación quirúrgica

La indicación quirúrgica se plantea en:

- 1) pancreatitis hemorrágica
- 2) inseguridad diagnóstica
- 3) absceso pancreático
- 4) colelitiasis

Todas las decisiones tienen muchos factores de condicionamiento por lo que cada paciente presenta un desafío para el equipo emergentológico.

Colecistitis

La litiasis vesicular es más frecuente en las mujeres que en los hombres y aumenta su frecuencia con relación al número de embarazos.⁽²¹⁾

Los cambios gestacionales favorecen la producción de cálculos biliares: el 2,5% al 3,5%

de las embarazadas presentan, en forma asintomática, colelitiasis.

El cuadro de colecistitis se acompaña de un incremento de abortos: 12,5%; y la mortalidad asociada a la colecistectomía es del 1%.

Sintomatología:

- 1) náuseas
- 2) vómitos
- 3) dolor

Como vemos, estos síntomas pueden estar presentes en cualquier embarazo, por eso lo importante es la edad del embarazo (donde ellos son poco frecuentes), los antecedentes y las caracte-

terísticas del dolor. De las afecciones obstétricas con las cuales debemos efectuar un diagnóstico diferencial son:

- 1) en el primer trimestre: hiperémesis gravídica
- 2) en el embarazo avanzado o puerperio inmediato: Síndrome HELLP.

Fuera de la clínica y el laboratorio, hoy día tenemos la ecografía que sirve para un mejor diagnóstico y una orientación terapéutica.

La ausencia de cálculos (alitiásica) nos orienta hacia un tratamiento médico, como así la presencia de cálculos nos pone ante la posibilidad quirúrgica.

No solamente la presencia de cálculos sino el grosor de la pared, el compromiso de las vías biliares, diámetro del colédoco y la presencia de una enfermedad papilar (odditis, cálculo enclavado, panlitiasis).

El tratamiento médico está basado en:

- 1) medidas de sostén
- 2) antibioticoterapia
- 3) monitorización permanente del cuadro

Las complicaciones son:

- 1) infección
- 2) perforación
- 3) pancreatitis

Esto se manifiesta por:

- 1) aumento de glóbulos blancos
- 2) alteración del cuadro general
- 3) reacción peritoneal
- 4) defensa abdominal

La estrategia quirúrgica de hoy, en general, es más profiláctica de estos cuadros graves; y la laparoscopia (papilotomía) mejoró los resultados, de todas maneras, la cirugía en la embarazada tiene algunas características con relación a esta patología:

- 1) preparación de la paciente (hidratación)
- 2) incisión (vertical)
- 3) drenaje

Esta patología, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento, necesita de la presencia y la efectividad de un buen equipo multidisciplinario.

Obstrucción intestinal

La incidencia de este cuadro es de 1/4.000 a 50.000 partos, su mayor frecuencia se observa en el puerperio inmediato y en segundo lugar en el tercer trimestre.

El 60% es por adherencias y, cuando aparece durante el embarazo, el 50% termina en un parto pretérmino.⁽²²⁾

Etiología:

Vólvulos
 Invaginación
 Enfermedad de Crohn
 Neoplasias
 Síndrome de Ogilvie

Sintomatología:

Dolor
 Distensión Abdominal
 Vómitos
 Ausencia de eliminación de gases

Tratamiento:

El Obstetra debe estar familiarizado con el íleo post parto operatorio, el efecto progestacional del embarazo hace que la constipación sea un síntoma normal de la embarazada; pero, por eso mismo, todo íleo debe tener su consulta con el Cirujano de Guardia. El tratamiento cuando es quirúrgico implica obstáculos, no es fácil explorar un abdomen con un útero ocupado por un embarazo de, o casi de, término. En muchas oportunidades es lícito evacuar ese útero mediante una cesárea para poder llegar al tratamiento y diagnóstico. Esta es una de las causas de la prematuridad que acompaña a estos cuadros; por ello, cuando se está en una etapa de observación, es conveniente pensar en una maduración fetal y disponer de un equipo de resucitación del recién nacido.

El tratamiento de la patología de base está dirigido por el Cirujano, y el Obstetra será un colaborador importante durante la cirugía y el postoperatorio para tratar una paciente posquirúrgica y puerpera.

Conclusiones

Esta presentación no es más que una enumeración parcial de las múltiples circunstancias que necesitan para su solución de un Equipo Multidisciplinario.

Así como al comienzo de esta charla, podemos decir que, tanto la Obstetricia como la Ginecología, presentan tantos imponderables que hacen de ellas Especialidades de emergencias permanentes; y por lo que debemos afirmar que, ninguna Maternidad puede funcionar correctamente sino lo hace inmersa en un Hospital Polivalente, y el Tocoginecólogo debe trabajar codo a codo con todo el Equipo de Emergencia.

Bibliografía:

- 1- National Center for Health Statistics. Gleicher, pág. 28
- 2- Handsfield et.al.: "Disseminated gonococcal infection". Clin Obstet Gynecol 1975; 18: 131-142
- 3- Wiesner PJ: "Sexually transmitted diseases." Meeting the 1990 objectives- a challenge for the 1980s-. Public Health Ref. 1982; 97: 409-416
- 4- Mertin DH et al.: "Premature and perinatal mortality in pregnancies complicated by, Chlamydia Trachomatis infections". JAMA 1982; 247 1585-88
- 5- Nordens Kjøld: "Factores de riesgo en el embarazo ectópico". Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70: 575-579
- 6- Wolf G.C.: "Tratamiento laparoscópico ambulatorio del embarazo ectópico". J Reprod.Mes 1991; 36:489-491
- 7- Bengtsson G et.al.: "Metrotexaco a bajas dosis como tratamiento conservador del embarazo ectópico". Obstet Gynecol 1992; 79: 589-591
- 8- Parazzini F. Et al.: "Factores de riesgo para la enfermedad trofoblástica". Obstet Ginecol 1991; 78: 1039-45
- 9- Macf A: "Placenta Previa a study of 174 cases". J Obstet Gynecol Br Emp 1945; 52: 313
- 10- Petersen EL: "The etiology and outcome of abruptio placentae". Act Obstet Gynecol Scand 1979; 58:31
- 11- Pritchard JA: "Hematological problem associated with delivery, placental abruption". Clin Haematol 1973; 2: 563
- 12- Schrimsky DC: "Rupture of the pregnant uterus. A review". Obstet Gynecol Survey 1978; 33: 217
- 13- Gleicher N: "Immune complex in pregnancy". Lancet 1978; 2:1108
- 14- Weiontein L: "Discussion of the HELLP syndrome". 51th Annual Meeting of the Central Association of Obstetrician and Gynecologist. Colorado, Springs. October 14, 1983
- 15- Mahute et al.: "Obstetric admissions to the intensive care unit". Obstet Gynecol 1999; 94: 233-36
- 16- Palacios Jaraquemada J, Pesaresi Mario: "Value of enhanced MRI in the diagnosis of placenta percreta". FIGO World Congress, Reference P 4 11 23 page 252, Final program. Washington DC, September 2000
- 17- Palacios Jaraquemada J, Pesaresi M: "Uterine conservation techniques in the management of placenta accreta and percreta". FIGO World Congress, Reference P 4 11 23 page 252, Final program. Washington DC, September 2000.
- 18- Bushbaum HJ: "How serious is accidental injury during pregnancy". Med Times 1976; 104: 136
- 19- Priddle HD et al : "Acute appendicitis in the obstetric patient". Am J Obstet Gynecol 1951; 62: 150-155
- 20- McKay AJ et al: "Pancreatitis, pregnancy and gallstone". Br J Obstet Gynecol 1980; 87: 47-50
- 21- Maddrey WC et al.: "Extra-hepatic obstruction...". Surg Gynecol 1968; 127: 989-998
- 22- Fuller RK et al.: "Sigmoid volvulus in the young, following cesarean section". Arch Surg 1978; 113: 116