

1577
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

COMPLICACIONES QUIRURGICAS Y TRAUMATICAS DURANTE LA GESTACION EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE CONCENTRACION NACIONAL PEMEX

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. AQUILES RUIZ VELASCO IBARRA

ASESOR:

DR. VICTOR MANUEL VAZQUEZ ZARATE



MEXICO, D. F.

1988

V. Zarate

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAGINA.

INTRODUCCION.....	1
CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO IMPORTANTES EN LA MUJER EMBARAZADA QUE REQUIERE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO NO OBSTÉTRICO.....	3
APENDICITIS EN EL EMBARAZO.....	8
TUMORES OVÁRICOS EN EL EMBARAZO.....	19
COLECISTITIS Y EMBARAZO.....	22
OBSTRUCCION INTESTINAL EN EL EMBARAZO.....	26
RUPTURA HEPÁTICA.....	30
QUEMADURAS Y EMBARAZO.....	33
OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO.....	37
INCIDENCIA.....	39
RESULTADOS.....	44
DISCUSION.....	45
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	48

I N T R O D U C C I O N

Las dos últimas décadas han presenciado progre -
sos notables en la especialidad de gineco-obstetricia.
En efecto, se ha decidido y medido la labor con precision
matemática y la observación mediante el empleo de instru -
mentos precisos y complicados constituye la regla más que
la excepción.

Como consecuencia, se requiere en la actualidad
para la formación del gineco-obstetra adiestramiento en -
obstetricia, endocrinología, genética, perinatología y
fisiología de la reproducción. Quizá la preocupación -
creada por los nuevos conceptos ha dado origen a cierto
descuido en cuanto aspectos de nuestra especialidad me -
dico quirúrgica.

Ocasionando que todo lo referente a la cirugía
no obstétrica en la mujer embarazada sea en muchas oca -
siones tierra de todos o de nadie.

La información disponible sobre principios bá -
sicos de diagnóstico y tratamiento ante un problema qui -
rúrgico en la mujer embarazada es pobre, olvidando que
la mujer embarazada es objeto y sujeto de todas las pato -
logías quirúrgicas como la no gravida.

Y si bien al embarazo se le considera condición normal se trata en realidad de un estado sudofisiológico en el que muchos mecanismos normales deben alterarse para compensar los cambios observados en la gestación. Cuando se superpone un problema quirúrgico que hace peligrar este delicado ajuste, la fisiología de la madre se altera y el feto enfrenta posibles peligros.

Presentandose un problema, el cirujano medio - posee, por lo general limitada experiencia con mujeres embarazadas y a su vez el obstetra ha confrontado relativamente poco los problemas quirúrgicos que pueden presentarse.

En la actualidad a pesar del manejo interdisciplinario que se aplica a la embarazada con complicación quirúrgica no obstétrica, las pérdidas de fetos continúan siendo preocupante. Y la morbilidad materna es alta por el retraso en el diagnóstico y por consecuencia en el tratamiento.

**CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE EL EMBARAZO IMPORTANTES
EN LA MUJER EMBARAZADA QUE REQUIERE TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO NO OBSTETRICO**

Este capítulo intenta resumir los aspectos esenciales en los cambios fisiológicos de el embarazo que son importantes considerar en la evaluación de la embarazada que requiere tratamiento quirúrgico no obstetrico.

Sistema cardiovascular:

A las 6 semanas de gestación, el volumen plasmático empieza a aumentar, y con esto disminuye el valor del hematócrito, aunque no la masa de hematios. Este proceso continúa hasta las 24 semanas de gestación. La presión sistólica sanguínea permanece normal, pero la diastólica cae aproximadamente en 20% (1-2-3-). Alrededor de la 28 semana de gestación tiende a volver a la normalidad en el parto.

De forma similar, el ritmo cardiaco aumenta a lo largo del embarazo. El gasto cardiaco aumenta en un 30-50%, pero desde la mitad de la gestación en adelante, puede disminuir, de forma marcada, en posición supina, por la compresión de la vena cava inferior por el útero gestante. Los cambios en el ritmo incluyen la desviación del eje a la izquierda, secundariamente al desplazamiento del corazón y una marcada tendencia a la taquiarritmia (4-5-6).

Aproximadamente el 1% de las mujeres embarazadas son intervenidas quirúrgicamente en el embarazo (1) y en cada una se debe considerar lo anterior al valorar la posibilidad de utilizar el mejor método anestésico para prevenir la asfixia fetal intrauterina, como prevenir el parto prematuro y evitar el potencial teratogenicidad de la drogas usadas.

Sistema respiratorio:

Los cambios respiratorios precoces que tienen lugar en el embarazo, son debidos, probablemente a alteraciones hormales por la progesterona, los estrogénos y las protaglandinas, mientras que el útero, al ser una masa abdominal en expansión explica las alteraciones tardías en el fisiología respiratoria. la ganancia de peso, el aumento de las mamas y el ocasional edema de las vías aéreas superiores pueden dificultar al intubación (4-5).

El aumento vascular de la mucosa de las vías aéreas pueden producir serias hemorragias con daños mínimos o con pequeñas manipulaciones de las vías aéreas. El volumen minuto aumenta a un máximo de 150% de lo normal a término. El volumen periodico aumenta en un 40% y la tasa respiratoria en un 15% (7-8).

Los progresivos cambios que empiezan al final del primer trimestre dejan sin modificar la capacidad vital, pero reducen la capacidad residual funcional (CRF) y el volumen residual en un 20% cuando esto se combina con un progresivo aumento en el consumo del oxígeno en aproximadamente un 15%, la hipoventilación o la apnea en la paciente embarazada producen un comienzo más rápido en la hipoxia que en la mujer normal. Por lo tanto las atelectasias así como la hipoxia y complicaciones pulmonares pueden ser más frecuentes de lo normal en este grupo de pacientes.

Componentes sanguíneos:

Las proteínas totales disminuye con la hemodilución de embarazo de unas cifras normales de 7.1g/dl a aproximadamente entre 6g/dl. por lo tanto anestésicos que se fijan fuertemente a las proteínas tendrán una fracción libre mayor y un efecto mayor (9). Las pseudocolinesterasa sérica disminuye un 20% al final del embarazo, aunque se ha publicado raramente el aumento clínico en la duración del bloqueo neuromuscular por la succinilcolina. También es importante recordar la cifras normales de leucocitos en la mujer embarazada que puede ser de 12000 a 16600 que debe de considerarse en los problemas quirúrgicos (Apendicitis). El recuento plaquetario aumenta progresivamente durante el embarazo hasta casi dos veces lo normal.

También aumenta el fibrinógeno y otros factores de la coagulación; por tanto, la paciente quirúrgica embarazada es particularmente susceptible a los fenómenos trombóticos.

Sistema renal;

Al final del primer trimestre el flujo sanguíneo renal y la tasa de filtración glomerular aumenta en un 160% sobre lo normal. El dintel renal de la glucosa disminuye y la proteinuria es relativamente frecuente. La excreción de sodio tiende a permanecer normal porque el efecto que produce el aumento de la progesterona se equilibra con el efecto de la aldosterona.

El nitrógeno ureico sanguíneo y los niveles de creatinina disminuyen; por lo tanto, unos niveles normales significan que se ha reducido la función normal con las consecuentes implicaciones que tiene esto para las drogas que se eliminan por el riñón.

Sistema gastrointestinal:

el tono del esfínter esofágico inferior disminuye en el embarazo; una cuarta parte de las embarazadas tienen reflujo gastroesofágico sintomático; y asimismo,

el vaciamiento gástrico se retrasa después del octavo mes. Estos cambios pueden crear confusión en cuadros abdominales (Ostrucción intestinal, apendicitis, etc.,) y un mayor riesgo en la inducción o en la intubación en dotraqueal de broncoaspiración durante la anestesia.

Sistema nervioso:

Después del primer trimestre se reducen las - necesidades de agentes anestésicos; las necesidades de anestésicos generales alogenados se reducen hasta en un 40% al final del segundo trimestre. Las necesidades de anestésicos regionales están también disminuidos; las dosis necesarias de anestésicos para el bloque peridural se reducen en una tercera parte (10). Los vasos uterinos, y por lo tanto el aporte de oxígeno fetal son sensibles a la estimulación alfa-adrenérgica endógena o exógena.

Por lo tanto durante el tiempo quirúrgico el Shock. El miedo exagerado, o el uso de vasopresores, pueden producir hipoxemia fetal y acidosis.

APENDICITIS EN EL EMBARAZO

La apendicitis aguda es la complicación extrauterina más frecuente en el embarazo. Las alteraciones en la fisiología, anatomía materna durante la gestación hacen más complejo y incierto el diagnóstico. La mortalidad de la apendicitis en el embarazo sigue siendo la mortalidad por el retraso. La incidencia de esta asociación reportada por diferentes autores varía de un caso por 700 embarazos a un caso por 2000 embarazos. (2-16).

Fisiopatología:

La apendicitis es resultado de una forma especial de obstrucción intestinal. (8) A la cual le siguen las etapas siguientes. Dependen de la interacciones entre cuatro factores: Contenido de la luz, grado de obstrucción, secreción continuada por la mucosa apendicular y el carácter no elástico o rígido de la mucosa.

La etapa focal aguda de la apendicitis se manifiesta por una obstrucción con una lesión inicial de luz apendicular. A causa de los folículos submucosos hipertróficos después de infección viral (60% fecalito - (35%) cuerpo extraño (4%). estrechez (0.5%) o tumor - (0.5% (2-8).

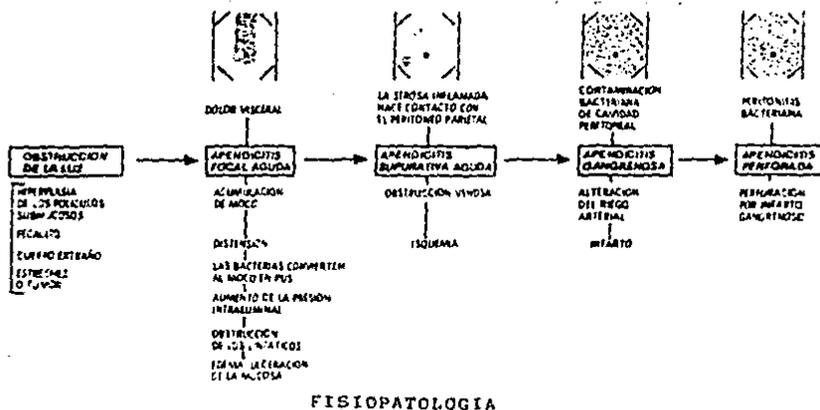
Después de la obstrucción, la víctima percibe dolor visceral que se refiere a las regiones periumbilical o epigástrica del abdomen. En este momento se acumula moco dentro de la luz, y éste se convierte a continuación en pus por acción de las bacterias. La luz se distiende con obstrucción subsecuente de los linfáticos, lo que produce edema y ulceración de la mucosa.

A continuación se desarrolla la apendicitis supurativa aguda, que se acompaña de dolor somático que suele localizarse en el cuadrante inferior derecho en las pacientes no gestante, resultante de obstrucción venosa, isquemia e invasión bacteriana de la pared apendicular que irrita al peritoneo parietal suprayacente y se percibe como hirsensibilidad local. Si no se trata por medios quirúrgicos, se desarrollará apendicitis gangrenosa por alteración arterial subsecuente seguida por infarto y perforación, con contaminación bacteriana de la cavidad peritoneal (8-2).

De la capacidad del epiplón para tabicar la infección depende el grado de peritonitis difusa. En la embarazada al final del segundo y tercer trimestre de la gestación el útero desplaza al epiplón hacia arriba, lo que le impide confinar la infección, por lo tanto

permite que se disemine el proceso infeccioso con más rapidez y el grado de peritonitis es mayor (1-2-3-9).

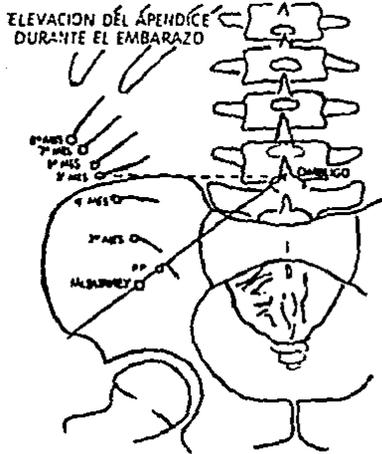
fig. No. 1.



En la paciente no embarazada el apéndice está localizado en el cuadrante inferior derecho (65%) o en la pelvis (30%), o en posición retrocecal (15%) (10).

A diferencia en el embarazo, se acompaña de desplazamiento del apéndice por aumento del tamaño uterino, después del tercer mes de gestación, el apéndice empieza a desplazarse por encima del punto de McBurney con rotación de su base en sentido horizontal (1-2-11).

Estos cambios prosiguen hasta el octavo mes de la gestación en cuyo momento el 93% de las pacientes tienen sus apéndices por encima de la cresta iliaca, y 80% manifiestan rotación hacia arriba de la base, desde un plano horizontal, estos cambios en la posición hacen que los síntomas y las complicaciones de la apendicitis en la paciente embarazada difieran de las pacientes no embarazadas. (12-13).



POSICION DEL APENDICE EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo después de la obstrucción de la luz apendicular se percibe dolor visceral en las áreas periumbilical o epigástrica sin tomar en cuenta la posición del apéndice. Sin embargo cuando se produce superación aguda el punto de sensibilidad máxima a la palpación abdominal refiere lugar de localización de apéndice inflamada en contacto con el peritoneo.

En un porcentaje pequeño de las pacientes no se percibe dolor somático porque el apéndice no está en contacto con el peritoneo parietal a causa de su posición alterada, y se retrasa el diagnóstico, esto explica la frecuencia mayor de apendicitis gangrenosa y perforada al final del segundo trimestre y tercero de la gestación (3-4-5-8-).

Sistemas clínicos y datos de laboratorio para el Diagnóstico:

La sucesión de síntomas en la apendicitis aguda suele iniciar con dolor abdominal difuso, que se percibe más a menudo en epigástrico o alrededor del ombligo. A continuación aparecen en seguida anorexia y náuseas los vomitos pueden aparecer después de cierto tiempo el dolor pasa hacia el lado derecho localizandose en el cuadrante inferior derecho.

La apendicitis se acompaña siempre de anorexia en cierto grado, que es tan constante que el diagnóstico debe dudarse si la paciente conserva el apetito (8-12-13).

Los signos físicos tradicionales de la apendicitis son sensibilidad local, sensibilidad de rebote, defensa muscular hiperestesia cutánea, sensibilidad pélvica sobre el lado derecho durante la exploración rectal, (1-2-8-15). Y existen signos basados en lo anterior. Psoas, obturador, Mcburney, Rovsing (17).

Las diferencias mayores en el embarazo son:

- 1- La anorexia condición indispensable en la paciente no embarazada, no se observa siempre en la paciente embarazada.
- 2- Las náuseas y vómitos son comunes durante el primer trimestre del embarazo normal.
- 3- Se observa leucocitosis fisiológica durante el embarazo normal (12500 a 16600), lo que no debe confundirse con la leucocitosis observada en pacientes no embarazadas que sufren apendicitis.
- 4- La distensión de la pared abdominal durante el embarazo da por resultado dificultades

para descubrir espasmo y rigidez del músculo recto abdominal.

5- La localización de la sensibilidad de punto doloroso difiere según el periodo de la gestación.

6- Con frecuencia se observa piuria sin bacteriuria en la paciente embarazada que sufre apendicitis aguda, pero rara en la mujer no embarazada. (13-12-14).

Un signo clínico útil descrito por Alder en 1951 (16-17) sirve para distinguir el dolor apendicular del dolor uterino, si el dolor está localizado en el cuadrante inferior derecho con la paciente en posición supina, y cambia cuando ésta se recuesta sobre su lado izquierdo, el dolor se origina más probablemente en el útero o anexos. Sin embargo, si persiste en el cuadrante inferior derecho debe sospecharse apendicitis.

Diagnóstico diferencial:

La patología que se confunde más a menudo con apendicitis es la pielonefritis (3-18). La emigración del apéndice hacia arriba y hacia afuera que se produce

durante la gestación, combinada con su posición reccsal, hace que el dolor se refiere comunmente hacia el flanco o el ángulo renal.

La afección del uretero derecho o de la pelvícula renal en casi de apendicitis suele acompañarse de leucocitosis en la muestra de orina obtenida por cateterismo, debe sospecharse pielonefritis, pero no se haga este diagnóstico basándose en la piuria nada más. (2-3).

Otras enfermedades que podrían presentar síntomas semejantes a los de la apendicitis aguda durante el embarazo son colecistitis, quiste ovarico torcido, - mioma en degeneración, cuerpo lúteo del embarazo roto, quiste dermoide roto, infarto de ovario normal, trabajo de parto prematuro, desprendimiento de placenta neumonia y endometriosis del apéndice con reacción decidual - (4-14).

Tratamiento:

La vieja máxima quirúrgica " Si no puedes descartarlo elimínalo " continua siendo vigente (1-2-3-7-10).

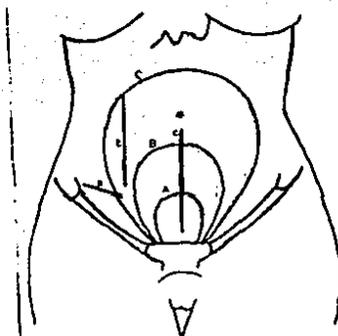
Ya que cuando mayor el retraso para el diagnóstico mas graves las complicaciones para la madre y el feto. (3-8-12).

Incisión:

Durante el primer trimestre del embarazo debe efectuarse una incisión vertical media entre obliquo y - la sínfisis de pubis (3) porque las alteraciones gineco-logicas pueden dar la impresión de apendicitis (2), cuando se tiene la seguridad en el diagnóstico se debe utilizar incisión en parrilla de Mcburnye (8-19-20).

En el segundo y tercero trimestres del embarazo debe resolverse mediante una incisión transversa con separación muscular sobre el punto de hipersensibilidad máxima (3-7-13) similar a la Davis Rockey (8-20-3).

Autores alemanes (2-17) prefieren para la in-tervención en los tres primeros meses una incisión - oblicua (Mcburney)., la cual recomienda no debe ser pequeña. En el segundo y tercer trimestre, una incisión pararectal derecha que puede prolongarse en sentido ce-falico o caudal garantiza la necesaria buena visión durante las ultimas semanas recomiendan una media infraumbilical para en caso de ser necesaria la cesárea.



INCISIONES

Muñon apendicular:

Se recomienda que no se ligue e inverta simultáneamente para prevenir el desarrollo de absceso intramural o mucocoele (3-7-17-19). El cirujano debe ligar doblemente el muñon y no sepultarlo. O sepultarlo y no ligarlo, no se recomienda aplicar alcohol o yodoformo (13).

RECOMENDACIONES DE LA CONDUCTA QUIRURGICA (1-20-6)

TECNICA QUIRURGICA	NO COMPLICADA	GANGRENADA	PERFORADA
Sepulte el muñon	X	-	-
Cierre todas las capas	X	X	X
Con puntos no absorbibles	X	X	X
No coloque puntos en la grasa subcutánea	X	X	X
Cierre piel	X	-	-
Deje la piel y los tejidos subcutáneos abiertos	-	X	X
Coloque dren intra-abdominal	-	-	X

No debe efectuarse operación cesárea en el mismo momento que la operación por apendicitis no complicada (3-4), a menos que exista además indicación obstétrica.

En los casos de apendicitis gangrenosa o perforada en los que es necesaria la operación cesárea simultánea debe realizarse primero la cesárea (2-17) para facilitar el campo operatoria y drenaje adecuado, debe valorarse la cesárea histerectomía en cada caso en particular (7-3-9).

Pronóstico:

La mortalidad materna por apendicitis durante el embarazo ha disminuido de 40% (1-3) a 10% en la A gangrenosa y 15% en la perforada (2-4-5)., esto se debe a el manejo en el soporte nutricional y en el manejo de líquidos, disponibilidad de antibióticos y mejores anestésicos y a la mejoría a las técnicas quirúrgicas.

Las pérdidas perinatales, generalmente se deben al parto prematuro pero ocasionalmente se puede ver muerte en útero asociada con peritonitis generalizada (7-11), por lo tanto la pérdida fetal está más en función de la enfermedad. Las tasas de mortalidad perinatal ha disminuido sin embargo continua siendo preocupante.

TUMORES OVARICOS EN EL EMBARAZO

Los tumores de ovario más comunes en el embarazo son en la mayoría de los casos quistes foliculares o del cuerpo luteo (1) y teratomas quísticos benignos. Se ha fijado el tamaño de 6 cm., para determinar si un agrandamiento ovario es significativo, globalmente todas las tumoraciones ováricas de 6-8 cm., o más pueden presentar alguna de estas tres complicaciones.

- a) Torsión, esta se presenta en los periodos en los cuales el útero se eleva con rapidez - 8-16 semanas (6) o cuando involucre rápidamente durante el puerperio. En el 60% de los casos se presenta al comienzo de la gestación.
- b) Interferencia mecánica, esta complicación se presenta cuando el diagnóstico se realiza hasta el tercer trimestre, presentando tres problemas, el producto no puede atravesar la pelvis verdadera, si la obstrucción no mejora durante el trabajo de parto el útero o la tumoración ovárica pueden romperse y producir una hemorragia o peritonitis. (11).

c) Malignidad, el carcinoma de óvario es raro y solo ocupa el 2% de todos los agrandamientos ováricos que se suceden durante el embarazo (3), siendo más frecuente en el grupo etario de mujeres entre los 30 a 40 años de edad con tumores sólidos y antecedentes de escasa paridad, sin embargo todo tumor persistente o inalterado después de las 14-16 semanas de gestación debe ser explorado sin importar dimensiones.

Cuadro clínico:

Este se manifiesta por cuadro agudo en la parte inferior del abdomen al producirse la torsión del pedículo de la tumoración ovárica caracterizado por dolor en el 70% de los casos, acompañado de náuseas y vómitos, datos de irritación peritoneal y en ocasiones Shock.

Diagnóstico diferencial:

Debe de descartarse la apendicitis aguda de tumoración ovárica es más frecuente en el lado derecho. (2), útero gravido retrovertido, carcinoma del recto sigmoides, mioma uterino pediculado, riñon pelvico. El estudio diagnóstico más util es el ultrasonido ya que es inocuo y elde mayor disponibilidad (8).

Tratamiento:

Es siempre quirúrgico, en las mujeres embarazadas la mayoría de las ocasiones es indicado por síndrome abdominal doloroso, peritonitis o Shock, el tratamiento quirúrgico temprano es necesario para prevenir la necrosis tisular, la incisión debe de ser amplia que permita la excresis de la tumoración sin manipular el útero, en lo que se refiere a cáncer y el proceso maligno por si mismo, no afecta el desarrollo normal del niño, los criterios pronosticos más importantes para la madre y la continuación de la gestación son el estadio y el tipo histológico del tumor (9-10).

COLECISTITIS Y EMBARAZO

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar que puede ser aguda ó crónica se asocia en un 90% de los casos con calculos de colesterol y el 10% restante sin ellos.

Frecuencia:

Varia entre 1 caso por cada 2000 ó 3000 embarazos (2-II).

Fisiopatología:

Los calculos biliares son de dos tipos de acuerdo a sus componentes primarios.

a) de colesterol. b) pigmentados.

Los mixtos se consideran de colesterol ya que en esta forma el 75% de su peso (5) los calculos pigmentados estan formados de bilirrubinato calcico y se asocian con enfermedades hemolíticas..

Los factores de riesgo para desarrollar calculos de colesterol son: Obesidad, diabetes mellitus, hiperliproteinemia familiar tipo IV, tratamientos con clofibrato, fibrosis quística con insuficiencia pancreática.

Durante la gestación (16) se presentan los siguientes cambios:

- a) existe un aumento en el volúmen de la vesícula biliar.
- b) se presenta un aumento en el volúmen residual después de vaciamiento.
- c) Hay un aumento en la saturación del colesterol en la bilis.
- d) disminución en el pool de sales biliares.

Estos cambios presumibles predisponen a la mujer gestante a una mayor incidencia de formación de calculos de colesterol ó aumentar el tamaño de los ya existentes (3-9).

Cuadro clínico:

No cambia durante la gestación, se manifiesta por inicio brusco, de un cuadro doloroso que puede ser referido como puñalada, colico ó fijo, de inicio en epigástrico que se irradia al cuadrante superior derecho y escapula del mismo lado, la excesiva flatulencia, la pirosis y la intolerencia a las grasas que se pensaban eran indicadores de enfermedad vesicular, en estos momentos no se consideran criterios de fiabilidad diagnóstica (11-13).

Se agrega al cuadro náuseas y vomito, el signo de murrphy se ve solo en el 5% de las embarazadas que presentan esta patología. La ictericia sugiere cálculos en conductos biliares.

Laboratorio:

Una leucocitosis leve, elevación de la amilasa serica y la fosfatasa alcalina, son los hallazgos más confiables (13), por otro lado estos parametros son tan confiables durante la gestación (17), la 5 -nucleotidasa y las esoenzimas de la fosfatasa alcalina nos pueden ayudar al diagnóstico, sin embargo la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es clínico (11).

Diagnóstico diferencial;

Incluye la pancreatitis aguda, la ulcera péptica, la hepatitis, la neumonia, el infarto al miocardio, la pielonefritis aguda. En el último trimestre el más importante es la apendicitis aguda, ya que el tratamiento de la colecistitis de inicio es médico y el de la apendicitis es siempre quirúrgico.

Gabinete:

El progreso en el diagnóstico ultrasonográfico ha hecho que este se convierta el el método diagnós-

tico de elección con un alto índice de confiabilidad durante la gestación y evitando la exposición a la radiación del feto. (9-17-18).

Tratamiento:

De un inicio es conservador, consiste en aspiración nasogástrica, líquidos y analgesia, los antibióticos se reservan cuando se agrega a el cuadro datos de sepsis.

Son indicaciones de cirugía (1-11-13) los ataques repetidos de colico biliar, fracaso del tratamiento médico en tres ó cuatro días de instituido, las sospecha de perforación y diabetes de difícil control.

Pronóstico:

En la colecistectomía por colecistitis no complicada no hay aumento en la mortalidad materna y las perdidas perinatales en tales circunstancias son de 5% aproximadamente (11-13) si la pancreatitis complica el cuadro, la tasa de mortalidad sube a 15% (11) y las fatales al 60%. Aunque han aparecido informes favorables respecto al uso del ácido quenodesoxicólico y sus congéneres para disolver los cálculos de vesícula biliar no se recomiendan durante la gestación ya que se han asociado con daño hepático y teratogenicidad (19-20).

OBSTRUCCION INTESTINAL EN EL EMBARAZO

La obstrucción intestinal es una complicación que cada día es más frecuente durante el embarazo, en la década de los años 40 su incidencia era de 1 caso - por cada 68000 embarazos, en la actualidad se reporta 1 caso por 25000 a 3000 embarazos. (1-2).

Etiología:

El 60% de los casos que se presentan durante la gestación son secundarios a cirugía previa (apendicetomía y cirugía ginecológica son las más frecuentes.) (6-7-8-9). un pequeño número son congénitas, el segundo lugar como factor etiológico lo ocupan el vólculo y la intususcepción (10). Las hernias tienen solo un pequeño porcentaje como causa de obstrucción intestinal durante la gestación.

Los periodos de mayor riesgo durante el embarazo de presentar obstrucción intestinal son (5-11).

- a) En el cuarto y quinto mes de la gestación cuando el útero de ser un organo pelvico - pasa a ser abdominal y puede ocasionar tracción sobre adherencias existentes.

- b) En el octavo y noveno mes, cuando la cabeza desciende en la pelvis.
- c) Durante el parto y el puerperio, momento en el que los cambios en el tamaño del útero pueden alterar la relación de adherencias que rodean al intestino.

Cuadro Clínico:

Se presenta dolor abdominal, vómitos y estreñimiento, estas circunstancias son comunes en algún grado durante el embarazo normal, la dificultad está en diferenciar los síntomas fisiológicos de los patológicos en el menor tiempo posible (3-5-8).

El dolor abdominal está presente en el 85% de los casos este puede ser desde difuso a constante o periódico (9-15). Por otro lado no hay una correlación entre la severidad del dolor y la gravedad del cuadro clínico. (9-14).

Diagnóstico diferencial:

Debe incluir cualquier patología abdominal aguda, las complicaciones peculiares del embarazo, y hasta el embarazo normal con síntomas exagerados. El error diagnóstico más frecuente es confundir el cuadro de obstrucción intestinal con el abruptio placentae, ya que

en la obstrucción intestinal se puede observa extrama sensibilidad uterina con Shock y ausencia de los tonos fetales cardiacos (14) otro diagnóstico erroneo puede ser el parto prematuro o hiperemesis gravidica (4-5-19).

Pronostico:

En la primera parte de este siglo la mortalidad materna debida a obstrucción intestinal era mayor del 50% según mejoraron las técnicas quirurgicas, los antibioticos y el manejo anestésico, ha disminuido al 10-20% (2-3-13). Causas inmediatas de muerte son la infección el Shock irreversible y la falla cardiaco.

Las perdidas fetales son generalmente algo más altas (1-15) por parto inmaduro y muerte fetal 33-55% tienen lugar la mayoría en el tercer trimestre las causas, la hipotensión arterial materna, la hipoxia son las causas más frecuentes.

Tratamiento:

Con pocas excepciones, el tratamiento adecuado, es el alivio quirúrgico de la mismas (8), como la obstrucción intestinal se puede acompañar de trastornos metabólicos graves, la decisión de cuando operar requiere juicio cuidadoso.

Las radiografías deben utilizar mostrará gases hasta la zona del colon sigmoide y un intestino delgado y grueso dilatados. La obstrucción intestinal durante el embarazo, como en cualquier momento, produce pérdida de un tercio del espacio del volumen vascular efectivo. El remplazo adecuado de líquidos debe realizarse antes de inducir la anestesia, para evitar hipotensión (2-4-6).

Para el tratamiento operatorio los cuatro accesos utilizados amenudo para tratar la obstrucción intestinal dependen de la naturaleza del problema (11-13-15).

- 1) En la obstrucción simple, por ejemplo, la hernia inguinal encarcerada, basta con la reducción.
- 2) Lisis de adherencias.
- 3) Crear una derivación intestinal ejemplo - anastomosis ileo transversa de colon.
- 4) Ejecución de una fistula enterocutánea como colostomía proximal a la obstrucción.
- 5) Extirpación de la lesión restableciendo la continuidad intestinal.

R U P T U R A H E P A T I C A

La ruptura hepática está asociada, generalmente, con trauma abdominal o torácico en la mujer no embarazada. Causas más raras son la ruptura de un absceso amebiano, y hemangioma, adenoma o de un carcinoma hepatocelular. Abercrombie (1) fué el primero en describir la ruptura hepática asociada con el embarazo en 1844.

La mayoría de los casos ocurren al término o cerca del término, o en el postparto inmediato, tal como cabría esperar debido a la asociación entre este hecho y la preeclampsia severa (2-3). Se han publicado algunos casos (4) en pacientes multiparas que no presentan signos o síntomas de preeclampsia (5) presentándose un caso similar en nuestro hospital.

De forma precoz en el curso de la enfermedad la paciente con ruptura hepática se queja de dolor en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho.

Esto se puede acompañar por náuseas y vómitos, o ambos según progresa el síndrome, a menudo y rápidamente aparecen la hipotensión, taquicardia y Shock. Los hallazgos de laboratorio son generalmente inespecíficos, pero ocasionalmente, se puede ver cambios peque -

ños en los tests de función hepática así como un cuadro de coagulación intravascular diseminada, no está claro si estos hallazgos son secundarios a los asociados con la preeclampsia o son propios a este proceso (6) generalmente estos signos y síntomas se achacan a una causa obstétrica (5) lo más frecuente el abruptio placentae o la ruptura uterina. Debido al deterioro de las condiciones tanto maternas como fetales se realiza generalmente cesárea. Los hallazgos varían desde hemorragias petequiales o formación de hematoma bajo la cápsula del glisson a desgarros francos y hemorragia. cuando los síntomas se desarrollan lentamente, algunos médicos han utilizado la paracentesis (7) el scannig con radionucléotidos, la ultrasonografía, o la arteriografía hepática (1-8) para ayudarse en el diagnóstico.

Lo más frecuente es que los síntomas sean agudos en su comienzo y que progresen después rápidamente en la paratoma cesárea, el lóbulo derecho del hígado, generalmente se encuentra afectado.

El obstetra debe aplicar presión directa en el sitio de la hemorragia mientras se realiza la cesárea y se pide la ayuda de un cirujano.

La cesárea dejará más libre el cuadrante superior derecho y ayudará a mejorar el estado cardiovascular facilitando el retorno venoso. Varios autores han sugerido que el parto por cesárea es fundamental para aumentar el porvenir tanto del feto como de la madre, aunque no exista preeclampsia (5-9-10). La reparación quirúrgica depende de la extensión del daño. Se han publicado diferentes técnicas, como simple presión sutura, ligadura de la arteria hepática y hepatectomía parcial.

Las complicaciones postoperatorias son frecuentes estas incluyen la hemorragia persistente (7), fallo hepático (1), fallo renal (5), edema pulmonar, la mortalidad tanto fetal como materna son altas superior al 50% en algunos estudios (10-7). El motivo de esto se desconoce, pero se ha atribuido a la coagulación intravascular diseminada (11). Especialmente cuando se asocia con preeclampsia o eclampsia.

QUEMADURAS Y EMBARAZO

En la mayoría de las mujeres embarazadas que sufren quemaduras, son producidas por el fuego en accidentes como incendios ó explosiones en el hogar (1-2).

La mayoría de las quemaduras durante la gestación son menores.

Una quemadura menor se define como aquella que es superficial ó que afecta parcialmente al espesor de la piel y afecta como máximo al 10% de la superficie corporal. La quemadura mayor durante el embarazo es rara, pero alarmante. Esta se define como una lesión que afecta a más del 10% de la superficie corporal total, pueden clasificarse, a su vez, en moderadas cuando afectan (10 al 19% SCT) graves (20 al 39% SCT) ó críticas (40% ó más de SCT) (5).

Efectos de las quemaduras en el embarazo:

La mortalidad materna es baja (3%, si las quemaduras afectan menos del 40% del cuerpo. La muerte en estas circunstancias, se asocia a las complicaciones acompañantes.

Un cuarto de mujeres mueren : si las quemaduras abarcan la mitad de la superficie corporal (5). El riesgo de la mortalidad aumenta significativamente si las quemaduras afectan al 60% ó más de la superficie corporal total y todas mueren si las quemaduras son del 80% ó más. La edad gestacional en el momento de las quemaduras, parece no tener ninguna importancia directa para el pronóstico (14).

La extensión de las quemaduras determina los efectos últimos sobre el feto, si las quemaduras abarcan menos del 40% de SCT de la madre la mortalidad fetal se encuentra sobre el 17 al 27%. Sin embargo, una quemadura que abarca la mitad de la superficie corporal produce una mortalidad perinatal del 53% por muerte intraútero ó por complicaciones asociadas al parto prematuro. (18-19). El parto prematuro ó parto con feto muerto ocurre en los cinco primeros días, esto se debe a que las quemaduras graves y la sepsis acompañante se asocian a altos niveles de prostaglandinas (18-19). La fosfolipasa A, una enzima necesaria para la síntesis de ácido araquidónico y prostaglandinas, pueden librarse de las bacterias ó amnios para provocar el comienzo de actividad uterina espontánea y dar lugar al aborto ó al parto

prematureo. Otros problemas fisiopatológicos agudos posteriores a quemaduras mayores, que predisponen a contracciones uterinas y a compromisos fetales son la hipolemia, la hipoxia, la intoxicación por el monóxido de carbono, la acidosis y el desequilibrio hidroelectrolítico.

Tratamiento:

Las quemaduras menores solo requieren lavados con agua y jabón suave y vendaje estéril se maneja externamente. (1-5-6).

En las quemaduras mayores cualquiera que sea el plan ó fórmula de resucitación escogido el paciente debe ser estrechamente controlado con los siguientes parámetros. (20)

Orina entre 25 y 50cc por hora

Pulso menor de 130 pulsaciones por minuto.

Presión arterial en límites normales.

Hematocrito entre 35 y 45 mm.

Presión venosa central no menor de 5 ó mayor de 12 cm de H₂O

Ausencia de confusión mental.

Monitoreo Fetal:

Debe realizarse con USG y monitoreo fetal con tocecardiógrafo, por estos métodos puede sospecharse -- una insuficiencia placentaria crónica ó malformaciones, ó seguir una curva de crecimiento y PSS seriadas. (21).

Manejo obstétrico:

La decisión de provocar u parto en el periodo de urgencia, debe estar basada en la edad gestacional y en las posibilidades de supervivencia de la madre, si las quemaduras abarcan el 30% ó menos de la SCT el pronóstico de la madre es generalmente bueno y se pueden realizar intentos para detener el parto (1-9) si las quemaduras ocupan el 50% de SCT, la supervivencia materna es menor y el feto corre el riesgo de morir a los pocos días de producirse las quemaduras (2-14).

La forma del parto debe ser el resultado de consideraciones obstétricas (22).

OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO

- 1.- Establecer bases de un estudio prospectivo que determine la incidencia y la mortalidad de las complicaciones quirúrgicas y traumatismos en la población obstétrica del Hospital Central Norte de Petroleos Mexicanos.
- 2.- Evaluar los procedimientos quirúrgicos no obstétricos que se realizaron en las embarazadas de nuestra población del 1° de Enero del 87 al 31 de Diciembre del 87, con el fin de desarrollar protocolos de manejo en este tipo de pacientes.
- 3.- Motivación personal por definir y adquirir los objetivos educacionales del área de cirugía general necesarios en la formación del ginecoobstetra.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en el presente trabajo las mujeres que reunieran unicamente dos requisitos.

- 1.- Que se encontraran embarazadas, cualquier edad gestacional.

- 2.- Que durante la gestación en cualquier periodo de está fueran sometidas a un acto quirúrgico no obstétrico ó antecedentes de traumatismo.
- 3.- Seguimiento sobre la resolución de la gestación y morbilidad materna...

INCIDENCIA DE PATOLOGIA QUIRURGICA NO OBSTETRICA
O TRAUMATISMO EN LA POBLACION DEL HOSPITAL CENTRAL
NORTE DE CONCENTRACION NACIONAL

PEMEX

PATOLOGIA	CASOS	EMBARAZOS
APENDICITIS	1	976
TORSION DE TUMORACION OVARICA	1	976
COLECISTITIS	1	1952
OBSTRUCCION INTESTINAL	1	1952
RUPTURA HEPATICA EXPONTANEA	1	1952
QUEMADURAS GRAVES	1	1952

INCIDENCIA DE PATOLOGIA QUIRURGICA Y TRAUMATICA
POR TRIMESTRE EN EL HOSPITAL DE CONCENTRACION
NACIONAL NORTE DE PEMEX

DEL 1er. DE ENERO DE 1987 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1987

PATOLOGIA QUIRURGICA	TRIMESTRE		
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
APENDICITIS	2 casos	-	-
TORSION DE PEDICULO DE TUMORACION OVARICA	2 casos	-	-
COLECISTITIS	-	1	-
OBSTRUCCION INTESTINAL	-	1	-
RUPTURA HEPATICA EXPONTANEA	-	-	1
QUEMADURAS GRAVES	-	-	1

DE 1952 EMBARAZOS.

LA EDAD Y LAS SEMANAS DE GESTACION EN LAS QUE SE
PRESENTO EL TRAUMATISMO O PATOLOGIA QUIRURGICA EN
NUESTRA POBLACION OBSTETRICA

PATOLOGIA QUIRURGICA	NO. CASOS	EDAD	SEMANAS DE GESTACION
APENDICITIS	2	19 años	10 semanas.
		24 años	11 semanas.
TORSION DE PEDICULO TUMORACION OVARICA	2	24 años	10 semanas.
		26 años	12 semanas.
COLECISTITIS	1	26 años	16 semanas.
OBSTRUCCION INTESTINAL	1	22 años	24 semanas.
RUPTURA HEPATICA EXPONTANEA	1	37 años	37 semanas.
QUEMADURAS GRAVES	1	26 años	35 semanas.
TOTAL	8	ENTRE 1952 EMBARAZOS	

LOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO DE NUESTRAS PACIENTES
Y EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO FUE EL SIGUIENTE

PATOLOGIA	ANT.GINECO-OBSTETRICOS	DX. PREOPERATORIO
APENDICITIS		
CASO No. 1	GI PO CO AO	ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.
CASo No. 2	GII PI CO AO	APENDICITIS AGUDA
TORSION DE PEDI- CULO. TUMORACION OVARICA		
CASO No. 1	GIII PII CO AO	APENDICITIS AGUDA
CASO No. 2	GIII PI CI AO	QUISTE DE OVARIO CON TORSION.
COLECISTITIS		
CASO No. 1	GIII PII CO AO	PIOCOLECISTO
OBSTRUCCION INTESTINAL		
CASO No. 1	GI PO CO AO	DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA
RUPTURA HEPATICA EXPONTANEA		
CASO NO. 1	GIII PO CI AI	SUPRIMIENTO FETAL CRONICO AGUDIZADO
QUEMADURAS GRAVES		
CASO No. 1	GIII PII CO AO	QUEMADURAS GRAVES DE MAS DEL 60% SC.

EN EL SIGUIENTE CUADRO SE SEÑALAN LAS INCISIONES
Y EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO

PATOLOGIA	INCISION	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
APENDICITIS		
CASO No. 1	MEDIA SUPRAUMBILICAL	EXTIRPACION Y DRENAJE
CASO No. 2	McBURNAY	EXTIRPACION
TORSION DE PEDICULO EN TUMORACION OVARICA		
CASO No. 1	MEDIA INFRAUMBILICAL	OOFORRECTOMIA DERECHA
CASO No. 2	MEDIA INFRAUMBILICAL	SALPINGO-OOFORRECTOMIA DERECHA+APENDICETOMIA (INCIDENTAL)
COLECISTITIS		
CASO No. 1	KOCHER	COLECISTECTOMIA
OBSTRUCCION INTESTINAL		
CASO No. 1	MEDIA INFRASUPRAUM- BILICAL.	CESAREA+ REDUCCION DE VOLVULO
RUPTURA HEPATICA EXPONTANEA		
CASO No.1	MEDIA INFRASUPRAUM- BILICAL .	CESAREA+PARCHE DE EPIPLON EN LOBULO DERECHO HEPATICO.
QUEMADURAS GRAVES		
CASO No. 1		LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDACION DE LAS LESIONES

PATOLOGIA QUIRURGICA, RESOLUCION DE LA GESTACION Y MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL
DE LOS OCHO CASOS ESTUDIADOS

PATOLOGIA	RESOLUCION DE LA GESTACION			CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO		MORBIMORTALIDAD MATERNA	MORBIMORTALIDAD PERINATAL
	ABORTO	PAUTO	CESAREA	PESO	APGAR	%	
APENDICITIS:							
CASO No. 1	17 sem	-	-	400 grs.	-	-	Muerte
CASO No. 2	-	38 sem	-	2800 grs.	8-9	-	-
TORSION DE T. OVARICA.							
CASO No. 1	16 sem	-	-	450 grs.	-	50% HEPATITIS POST- TRANFUSION.	Muerte
CASO No. 2	-	-	38 sem	3100 grs.	7-9	-	-
OBSTRUCCION INTESTINAL							
CASO No. 1	-	-	24 sem	850 grs.	2-5	-	Muerte
RUPTURA HEPATICA							
CASO No. 1	-	-	37 sem	2800 grs.	5-5	-	Muerte
QUEMADURAS GRAVES							
	-	-	35 sem	2890 grs.	5-8	Muerte	-

D I S C U S I O N

En el presente trabajo a pesar de nuestra pequeña casuística encontramos que la incidencia de las complicaciones quirúrgicas abdominales que se presentaron en nuestra población complicando la gestación es comparable a la reportada en la literatura (apendicitis (2-16) torsión de ovario (1), colecistitis (2-11), obstrucción intestinal (1-2).).

La edad de nuestras pacientes se encontro entre la segunda y la tercera decada de la vida, lo cual esta de acuerdo con lo publicado ya que los padecimientos son propios de la edad entre 20 y 30 años.

Sobre la ruptura hepática solo se encuentran en la literatura casos aislados como el que presenta - mos en nuestra casuística, la evolución y la resolución obstetrica fué similar a la reportada. (1-5).

Sobre quemaduras no existe por el momento publicaciones con grandes series que determinen su frecuencia complicando el embarazo. En nuestro caso reportado la mortalidad materna es igual ala reportada por - otros autores y el desenlace obstetrico se puede considerar como un buen resultado.

CONCLUSIONES

En global la mortalidad materna en nuestra población obstétrica producida por complicaciones quirúrgicas y traumáticas fué de 0% corregida ya que el único caso de muerte fué el presentado por quemaduras graves de más del 60% de SCT.

Nuestra morbilidad materna fué de 12.5% producida por una hepatitis post-hemotransfusión.

Las pérdidas perinatales en global fué el 50% que es alta y preocupante.

Al valorar una paciente embarazada con una complicación quirúrgica ó traumática debemos recordar estos conceptos generales.

Los cambios en la fisiología y la anatomía materna tienden a hacer más difíciles el diagnóstico de las complicaciones quirúrgicas.

El retraso en la indicación quirúrgica (apendicitis aguda, patología de anexos, obstrucción intestinal, etc) es el principal responsable en el aumento de la morbimortalidad materna y de las pérdidas perinatales.

La morbilidad y la mortalidad maternas y perinatales están más en relación con los errores y el retraso en el diagnóstico.

Por lo reducido en tiempo y casos este trabajo no es significativo estadísticamente sin embargo esperamos cumpla un objetivo.

Motivar una participación más activa del obstetra en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones quirúrgicas y traumáticas durante la gestación en beneficio del feto y la madre, en el Hospital Central Norte de Concentración Nacional.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

- 1.- Schider SM, Webster GM. Maternal and fetal hazards of surgery during pregnancy, *Am J obstet gynecol* 1965;92;891.
- 2.- Pederson H, Finster M. Anesthetic risk in the pregnant surgical patient. *Anesthesiology* 1979;51;439.
- 3.- Buchsbaum JH, ed. trauma en pregnancy. Philadelphia; W.B. Saunders, 1979.
- 4.- Bergstein NAM. Liver and pregnancy. Amsterdam. *Excerpta medica*, 1973.
- 5.- Bonica JJ. Anesthetic management in pregnancy. In: Barber HRX, Gruber FA. eds. *Surgical disease in -- pregnancy*. Philadelphia W.B. Saunders, 1978.
- 6.- Schnider SM, Levison G. Anesthesia for obstetrics. Baltimore; Williams and Wilkins, 1979.
- 7.- Bruce DL *Functional toxicity of anesthesia*. New York: Grune and Stratton, 1980.
- 8.- Duncan P.G, Greer N. Fetal risk of anesthesia and surgery during pregnancy. *Anesthesiology* 1986 64/6
- 9.- Liu P.L, Warren T.M. Monitorin in surgery durin pregnancy. *Can. Anaesth soc J.* 1985 32/5.
- 10.- William M. Barron; *Evaluación Médica de la embarazada que requiere tratamiento quirúrgico no obstétrico: clinicas de perinatología vol. 3/1985.*

APENDICITIS

- 1.- Barber-Graber; Disease in pregnancy W.S. Saunders company Philadelphia-London 1978. P 410.
- 2.- Lutwing Beck. Complicaciones intra-postoperatoria en ginecología ed. Salvat 1983. P 145.
- 3.- Babaknia A. Parsa H. Appendicitis during pregnancy. Obstet-Ginecol 1977. 50;40.
- 4.- Frisenda R. Roty Ar. Kilway M. Acute Appendicitis during pregnancy. Am Surg 1979 16:503.
- 5.- Gomez A. Wood M. Acute appendicitis during pregnancy Am J Surg 1979 137:180.
- 6.- Cunnigham FG. McCubbin: Appendicitis Complicating pregnancy Obstet-Gynecol 1975;45:415.
- 7.- Condon R.E Appendicitis In Sabiston DC. Textbooh of Surgery Philadelphia B.B Saunders 1986 1110.
- 8.- Brant. HA. Acute appendicitis during pregnancy Obstet-ginecol 29-130 1967.
- 9.- John E. S. Kandalakis Anatomical complications in general surgery 1983 Mc Graw-Hill Inc. U.S.A.
- 10.- Punnonen R. Appendicitisectomy during pregnancy Act Chir Scand 1979:145;555.
- 11.- Mc. Cumb P. Appendicitis complicating Pregnancy J. Surg 1980: 23;92.
- 12.- Saunders P. Milton: Laparotomy during pregnancy Br Med. J. 1973;3;165.

- 13.- C.C. Mc Corrison: Nonobstetrical abdominal surgery during pregnancy Am J Obstet-Gynecol July 1 1963.
- 14.- Gelin L.E. Nyhus: Lm Condon: Abdominal Pain: A Guide to Rapid Diagnosis: Philadelphia J.B. Lippincott company 1979.
- 15.- Brostein, E.S: Friedmann M: Acute Appendicitis and pregnancy Amer J. Obstet-Gynecol 86 1977:514.
- 16.- Jutting G.H: Die Gravitation In Der Chirurgia. Chirurg 42 1971 529-534.
- 17.- Waltzer Wc: The urinary Tract In Pregnancy. J Urol 1981: 125;271.
- 18.- Shackelford R.T: Surgery Of the Alimentary Tract. Philadelphia W.B. Saunders company 1986.
- 19.- Anson Mc Vay. Surgical Anatomy 5a Ed Philadelphia. W.B Saunders company 1971.
- 20.- Kenner Ws. Non-Obstetric surgery during pregnancy Med. clin north. Am 1979:63;6

TUMORES OVARICOS EN EL EMBARAZO

- 1.- McGowan L. Torsion of the uterine adnexa am J surg
1964:108;811.
- 2.- Mhra U, Oconnor T, ost. Bowitc. F., Pregnancy with
bilateral ruptures benign cystic teratoma. Am J.
obstet-gynecol 1976:124;361.
- 3.- Hallat Jg: primary ovarian pregnancy: a report of
twenty-five cases Am J obstet-gynecol 1982:143;55.
- 4.- Williams PC; Malver TC: Term ovarian pregnancy with
delivery of a live female infant: am obstet-
gynecol 1982:142;589.
- 5.- McGowan: Cancer in pregnancy: Springfield, III.
Charles Thomas 1967:84;97.
- 6.- Novak ER: Ovarian tumors in pregnancy. Obstet-gyne
col 1975:46;401.
- 7.- Weed JC; Roh RA: Recurrent endodermal sinus tumor
during pregnancy: obstet-gynecol 1979:54;653.
- 8.- Petrucha RA, Ruffolo. E: Endodermal sinus tumor re
port of case associated with pregnancy obstet-gyne-
col 1 1980 : 55;905.
- 9.- Karlen JR: dysgerminoma associated with pregnancy
obstet-gynecol 1980:53;330.
- 10.- Schwartz PE: Pregnancy following combination chemo--
therapy for a mixed germ cell tumor of the ovary.
gynecol oncol 1981 12 373.

OBSTRUCCION INTESTINAL

- 1.- Kammer WS. NON- Obstetric surgery during pregnancy
Med clin north. am. 1979. 63 (6).
- 2.- Barber- Graber Surgical disease in pregnancy W. B.
Saunders company philadelphia 1978 P. 96
- 3.- Lewis G. Intestinal Obstruction complicating preg -
nancy JAMA 1974; 74.
- 4.- Barber HRK. The intestinal tract in relation to obs -
tetrics and gynecology:clin obstet gynecol 1972 15
(3): 650.
- 5.- Anderson GV, Ball A. Acute abdominal problems in
pregnancy Contemp Ob-Gyn 1981 18: 27.
- 6.- Hill Lm, Symmonds RE. Small bowel obstruction in -
pregnancy. A. Review and report of 4 cases. Obs -
tet-gynecol 1977:49 (2): 170.
- 7.- Milne B. Johnstone MS. Intestinal obstruction in -
pregnancy. scott med J. 1979:24:80.
- 8.- Raf Le. Causes of abdominal adhesions in case of -
intestinal obstruction in pregnancy. Scott med J.
1979:30:85.
- 9.- Mc Corrison CC. Nonobstetric abdominal surgery -
during pregnancy AM J. obstet-gynecol 1963:86:(5)
593.

- 10.- Gliner KP. Intestinal obstruction complicating pregnancy jama 1973:72.979.
- 11.- Beck WW. INtestinal obstruction In pregnancy. obstet-gynecol 1974: 43 (3): 374.
- 12.- Bourque MR, Gibbons JM, Intussusception causing intestinal obstruction in pregnancy, conn med 1979: 43 (3): 130.
- 13.- Choo YC. Ileus of colon with cecal dilatation causing intestinal obstruction in pregnancy and perforation. Obstet- Gynecol 1979:54 (2): 241.
- 14.- Morris ED. Intestinal obstruction in pregnancy J. obstet-gynecol Br Comm 1965: 72:36.
- 15.- O'Neill JP. Surgical conditions complicating pregnancy J. Intestinal obstruction and miscellaneous conditions. Aust NZ obstet-gynecol 1970:(10):10.
- 16.- Lutwing beck: Intra-Und postoperative Komplikatione in der Gynakologie, p. Gorg thieme verlag stuttgart. 1983: P235-243.
- 17.- Sargent CW, Adams FM. Westfall CHP. Post partum intestinal. Obstruction: Report of a case. obstet-gynecol 1977:9 (6): 735.
- 18.- Halin E, barylett MR. Acute surgical emergencia of abdomen in pregnancy Br Med J. 1973:3: 165.
- 19.- Saunders P. Milton PD. Laparotomy during pregnancy Br Med J. 1973: 3: 165.

- 20.- De Vore Gr. Acute Abdominal pain In the pregnant -
patient clin perinatol 1980: 7: 349.

C O L E C I S T I T I S

- 1.- Hill LM. Johnson CE: Cholecystectomy In pregnancy ob-
stet-gynecol 1975: 46: 291.
- 2.- Mc Corriston: Nonobstetrical abdominal surgery du -
ring pregnancy Am obstet-gynecol july 1963:593:598.
- 3.- De vore Gr: Acute abdominal pain In the pregnant pa-
tient. Clin perinatol 1980:7:349.
- 4.- Tan EGC: Warren KW: Disease of the gallbladder an -
bile ducts. In Shiff er. eds diseases of liver 5 ed
philadelphia.JB. Lippicott. 1982:154.
- 5.- Report of the boston collaborative drug surveillace
program. surgicclly confirmed gallbladder disease N.
engla: 1974:290:15.
- 6.- Lynn. J. Williams L. Effects of estrogen on bile. -
Implications with respecto to gallstone formation.
Ann surg 1973:178:514.
- 7.- Braverman Dz Johnson ML. Effects of pregnancy and -
contraceptives steroids on gallbladder function N.
engl J. med 1980:302:363.

- 8.- Pritchard JA: Macdonald; PC Williams Obstetrics 16Th
ed ner york: Appleton century appleton: 1980:759.
- 9.- L. Madden In Barber- graber surgical disease in preg
nancy W.B. saunders company pag. 90.
- 10.-Thistle JL: Gallstones in women. Med clin Not Am -
1974:58:811.
- 11.-Printen KJ: Cholecystectomy during pregnancy am surg
1978:44:432.
- 12.-Marshal J. Orloff: IN sabiston DC TExtbook de surge-
ry Philadelphia W.B. Saunders company 1986: pag.
1012.
- 13.-Gonzalez Fj:López C: Cirugia biliar en el embarazo
Revista chilena de obstetricia-ginecología 1983:4: -
123.
- 14.-Bainton D. DAVies GT: Gallbladder disease prevalence
in a south wales industrial Town. N. engl J. med -
1976:249:1147.
- 15.-O' neill JP: Surical conditions complicating preg -
nancy aust NZJ obstot-gynecol 1969:9:249.
- 16.-Haemmerli UP: Jaundice during pregnancy with special
reference to recurrent jaundice pregnancy and its -
differential diagnosis act med sacand. 1966:44: -
Suppl 1.

- 17.-Steven MM pregnancy and liver disease gut 1981:22: 592.
- 18.-Junji Machi: Operative ultrasonography in the biliary tract durin pregnancy: Surgery: obstet-gynecol - vol 160:119: 1985.
- 19.-Sigel B. Comparative accuracy of operative ultrasound and Surgery: 1983:94:715:720.
- 20.-Palmer AK: Pathological changes in the rhesus fetus associate with oral administration of chenodeoxychilic acid. Toxicology 1974:2: 239.

RUPTURA HEPATICA

- 1.- Eric H. Loevinger: hepatic rupture associated with pregnancy: treatment with transcatheter embolotherapy obstet gynecol 65:281:1985.
- 2.- O'neill Jp surgical conditions complicating pregnancy Aut NZ J obstet gynecol 1969.
- 3.- Steven MM. pregnancy and liver disease gut 1981:22:592.
- 4.- Lavery DW bowers RM. subcapsular hematoma of the liver pregnancy report on four cases. a. afr. med. J 1971 45: 603.
- 5.- Portnuff j. ballon a. hepatic rupture in pregnancy. am J. Obstet- Gynecol 1972:114:1102
- 6.- Bis Ka, waxman B: rupture of liver associated with pregnancy; a review of the literature and report of 2 cases. Obstetcy syrv 31:763:76.
- 7.- Brown ch. hanson gc. de jode lr. roberts; rupture of subcapsular hematoma of liver in a case of eclampsia br j. surg 1975: 62: 237.
- 8.- Sommer dg. greenway gd, bookstein jj, orloff mj. hepatic rupture with toxemia of pregnancy angiographic diagnosis. am j. roentgenol 1979:132:455.

- 9.- Yip Rl, pine DK; spontaneous rupture of the liver,
a rare complication of toxemia of pregnancy: report
a case. Obstet-Gynecol 1966:28:70.
- 10.-Baumwol M. Park W. An acute abdomen: Spontaneous rup
ture of liver durin pregnancy Br J. surg 1976:63:718
- 11.-Killam AP in surgical disease in pregnancy saunders
copany 1978 pag. 87.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA
BIBLIOTECA

QUEMADURAS Y ENBARAZO

- 1.- Rayburn. W. Smith. B. Feller L. Et. Al. Extreme - burns during pregnancy: Effects on fetal Well Being. Unpublished data 1983.
- 2.- Taylor J. Thermal Burns in buschsbaumh. eD. Trauman in pregnancy Philadelphia W.S. saunders company - 1979; PP 174.
- 3.- Marleschki V. Lightning stroke during pregnancy in tralbl. Gynaekol 87: 1521.1965.
- 4.- Feller, I. and CraneK. planning and designing a - burn care facility. ann arbor. national institute for burn medicine 1971.
5. Feller I. and Archambeault C. nusing. The burned - patient. national institute for burn medicine, ann arbor michigan 1973.
- 6.- Berkowitz R.L. and rafferty TP. Invasive hemodyna - mic monitoring in critically III pregnant patients role of Swan-ganz catherization. Am. J. Obstet-gynecol 137:127:1980.
- 7.- Benadetti JJ. maternal complications of Bsymphathomj mectic Therapy for prematura labor AMJ obstet-Gyne - col 145.1983.
- 8.- Mossman. K1: Hill LT: radiation Risks in pregnancy Obstet-Gynecol 60:237: 1982.

- 9.- Matthews RN: obstetrics implications of burns in pregnancy Br J. obstet-Gynecol 89:603:1982.
- 10.-Dilts: Uterine and systemic hemodynamic interrelationships and their response to hypoxia. Am J. Obstet-Gynecol 127:45:1977.
- 11.-Gutsche. B: Maternal physiologic alterations during pregnancy in Schnider, and Levinson. G. Ed: Anesthesia for obstetrics: Baltimore Williams and Wilkins 1979.
- 12.-Martinc: Physiologic changes during pregnancy in Quilligan E; and Kretchin: eds The mother in fetal and maternal medicine New-York:John Wiley sons:1980 PP 167.
- 13.-Pritchard J: Changes in blood volume during pregnancy and delivery anesthesiology 26:393:1975.
- 14.-BuschsbaumH: Traumatic injury in pregnancy, surgical disease in pregnancy Edited By HR barber-graber Philadelphia W.B. Saunders 1978: PP 194-195.
- 15.-Longo. L.d. The biological effects of carbon monoxide on the pregnant woman, fetus and newborn infant.
- 16.-Alexander JW: Neutrophil dysfunctional sepsis in Burn injury Surg: Gyneco: Obstet: 130:431:1970

- 17.-Awe R; Nicotra M: Arterial oxygenation and alveolar arterial gradients in term pregnancy. *Obstet-Gyne - col* 53:182:1979.
- 18.-Bejar R; Curbelo V: Premature labor II. Bacterial sources of Phospholipase: *Obstet-Gynecol* 57:479:1981.
- 19.-Stage AM: Severe burns in the pregnant patient: *Obstet-Gynecol* 42:259:1973.
- 20.-José García Velasco: Quemaduras en Principios Fundamentales de la cirugía tomo II Edt Vicente garner - 1981 UNAM.
- 21.-Manning F; Morrison Et al Antepartum determination - of fetal health composite biophysical profile scoring *clin perinatol* 9:285: 1982.
- 22.-Matthews RH: Old Burns and pregnancy *BrjObstet- Gyne col* 89:610:1982.