

127

11217

HOSPITAL DE LA MUJER

SECRETARIA DE SALUD

“DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO”



HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

AUTOR DE LA TESIS: DRA. MARISELA QUINTERO LUZANILLA.
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
ASESOR: DR. ANTONIO PEREZ ALVARADO.
SUBJEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

MEXICO, D.F. FEBRERO DEL 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

	PAGINAS
SUMARIO	3
AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCION	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
HIPOTESIS	18
OBJETIVOS	18
JUSTIFICACION	19
DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION	19
VARIABLES	20
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	20
RESULTADOS	22
ANALISIS DE RESULTADOS	28
RESUMEN Y COMENTARIOS	35
CONCLUSIONES	37
ANEXOS	38
BIBLIOGRAFIA	53

SUMARIO

DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.

DRA.QUINTERO L.M.
DR.PEREZ A.A.

HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUD

El propósito del estudio fue revisar la presentación del dolor abdominal agudo durante el embarazo, en el período de Enero de 1996 a Diciembre de 1998. Estudio observacional, descriptivo, de 60 pacientes embarazadas. La pielonefritis, la preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, los tumores de ovario con compromiso vascular, las alteraciones hepatobiliares y la apéndiceitis fueron las condicionantes de dolor abdominal durante el embarazo.

En la evaluación de la paciente embarazada que cursa con dolor abdominal, los cambios físicos y anatómicos, aumentan las posibilidades diagnósticas, incluyendo desordenes que ocurren en la mujer no embarazada, como los exclusivos de la mujer embarazada. Los estudios de laboratorio y gabinete son únicamente un apoyo en la integración del diagnóstico. La valoración adecuada y oportuna, reflejara la disminución de complicaciones materno-fetales.

MEXICO, D.F. FEBRERO DEL 2000

AGRADECIMIENTOS

A Dios Nuestro Señor, por iluminar cada paso en mi vida, permitir que hoy culminen mis estudios de posgrado, y pedirle que continúe guiando mis manos, mi mente y mi corazón para poder brindar siempre lo mejor de mí.

A mis padres Aurelio y Cristina quienes con amor y gran esfuerzo construyeron una linda y sólida familia, y nos alentaron siempre a alcanzar nuestros sueños.

A mis hermanos Marco A., Isabel C., Ma. Del Rocío, Angélica y Berenice, abuelos, tíos y sobrinos, por formar parte de mí, gracias por sus oraciones y apoyo en los momentos difíciles.

Un agradecimiento especial a mis dos seres más queridos con quienes comparto el amanecer y el anochecer de cada día y con quienes disfruto con solo estar junto a ellos, mi esposo Oliverio quién ha sabido ser mi amigo y compañero, el complemento de mi vida tanto en lo profesional como en lo personal, mi pequeño Diego Oliverio por sus sonrisas y momentos de sacrificio que le hemos hecho vivir en el cumplimiento de mi formación. Gracias por crear mi nuevo horizonte.

A mis maestros personal médico y paramédico del Hospital de la Mujer, por transmitir sus enseñanzas y experiencias sin más interés que el de crear una nueva generación de gran calidad de Gineco-obstetras.

A mis compañeros residentes por compartir todo una aventura de cuatro años de desvelos, alegría y satisfacciones.

A mis queridas pacientes por la confianza depositada en mí, en la restauración de su salud, ser instrumento de aprendizaje y la mayoría de ellas mis amigas, Dios las Bendiga.

No estaría completa esta sección sin darle las gracias a mi nueva familia señora Matea, Angelina y Marisol, por participar de mis alegrías y conquistas, y apoyarme día a día ante las nuevas metas.

INTRODUCCION

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL EMBARAZO

Para la embarazada, el inicio del dolor abdominal agudo durante la gestación engendra principalmente temores de lesión fetal. Requiere inmediata atención, aunque muchos de esos problemas no sean graves, otros requerirán estudio y tratamiento hospitalario.

En la mujer embarazada pueden ocurrir urgencias abdominales exclusivas del embarazo y además, todas aquellas que ocurren en la mujer no embarazada. (1)

Los cambios anatomofisiológicos del embarazo confunden e inclusive enmascaran trastornos graves intraabdominales, pudiendo originar retraso en el tratamiento definitivo y en consecuencia una mayor morbi-mortalidad materno fetal.

La historia clínica y el examen físico, son muy importantes en la ayuda diagnóstica.

El uso de la ultrasonografía (U.S.G) es de valor considerable en la comprensión del dolor abdominal pélvico.

La U.S.G. vaginal proporciona datos de importancia en los casos de embarazos tempranos. La laparoscopia es otro método diagnóstico, cuando se asocia a embarazo temprano y bajo anestesia apropiada puede ser diagnóstico y al mismo tiempo terapéutico. (2)

DOLOR

El dolor es la experiencia sensorial más importante por la cual el ser humano expresa la existencia de alguna enfermedad. La mayor parte de las enfermedades de las vísceras abdominales, se acompaña de dolor en algún momento de su evolución. Estímulos adecuados inician impulsos en la piel, músculos o vísceras, estos impulsos se transmiten al asta posterior de la médula espinal, en la neurona sensitiva primaria que tiene su cuerpo celular en el ganglio de la raíz posterior. La segunda neurona sensitiva se localiza en el asta posterior y transmite los impulsos por el haz espinotalámico contralateral hasta el núcleo posterolateral del tálamo.

La neurona sensitiva terciaria transmite los impulsos desde el tálamo hasta la circunvolución postcentral de la corteza cerebral. (3)

Se conocen tres tipos de dolor, el dolor superficial o cutáneo, profundo de músculos, tendones, articulaciones y aponeurosis y el dolor visceral. Se reconoce a los dos primeros como dolor somático.

Dolor Abdominal.- Es el complejo sintomático general del dolor abdominal, en el cual participan los tres diferentes tipos de dolor.

Dolor Visceral.- El dolor visceral verdadero o esplácnico se origina en los órganos abdominales revestidos de peritoneo visceral, por impulsos conducidos hacia la médula espinal por las fibras nerviosas aferentes viscerales. Los estímulos adecuados para el dolor visceral son los originados en su propio ambiente, es decir, los procesos patológicos de las vísceras. Los estímulos que producen dolor incluyen el aumento de la tensión de las paredes de las vísceras huecas, por distensión o contracción espástica, el estiramiento de las cápsulas de vísceras sólidas, la isquemia y algunas sustancias químicas. El umbral al dolor disminuye por la inflamación y la isquemia de manera que las contracciones musculares normales, que habitualmente no producen dolor, ahora se perciben dolorosas.

En el momento actual no está claro el papel de las sustancias químicas en el dolor visceral. El potasio, que se libera por las células lesionadas o isquémicas se considera desde hace mucho tiempo, como agente productor de dolor y se ha sugerido que la liberación de iones potasio intracelular, pudiera ser el estímulo fisiológico real del dolor. (3) Lim, atribuye el dolor de la isquemia a la concentración de iones hidrógeno y el dolor de la inflamación, a la acumulación de péptidos algésicos tipo bradicinina, su acción se ve facilitada por la presencia de prostaglandinas. (3) El dolor visceral tiende a ser difuso, mal localizado, con umbral alto y muestra un ritmo de adaptación lento.

El dolor es sentido por el paciente, como profundo en las áreas cutáneas que corresponden aproximadamente a la distribución segmentaria de las fibras sensoriales somáticas, que tienen su origen en los mismos segmentos medulares que las fibras aferentes viscerales de la víscera en cuestión.

Cuando hay dolor visceral o somático profundo intenso, pueden manifestarse algunas respuestas debidas a reflejos autonómicos, entre ellas están la diaforesis, las nauseas, a veces acompañadas de vómitos, taqui ó bradicardia, hipotensión arterial, hiperalgesia, hiperestesia o hipersensibilidad cutánea y contracciones espásticas voluntarias.

Dolor somático: El dolor originado en fibras aferentes somáticas del peritoneo parietal, la raíz de los mesenterios y el diafragma, es agudo y definido, se localiza cerca del sitio estimulado.

Dolor referido: Las vísceras enfermas pueden producir dolor localizado en zonas más superficiales del organismo y muchas veces a distancia considerable, la referencia del dolor puede ser dermatómica, aceptada por al teoría de convergencia y proyección. (3)

CAMBIOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS

El cambio anatómico más significativo ocurre en el útero, que aumenta de 70gr de peso y capacidad 10ml o menos, a uno de 1100gr con capacidad de 5 litros o más. A las doce semanas de gestación el fondo uterino sale de la pelvis. Conforme evoluciona el segundo trimestre, las estructuras anexiales también se convierten en órganos abdominales. Al continuar creciendo el útero desplaza hacia arriba y afuera intestinos y epiplón. Esta compactación del intestino hace más vulnerable al tubo digestivo a lesiones penetrantes en tales regiones. El epiplón es menos capaz de contener zonas de peritonitis en etapas avanzadas del embarazo. El apéndice tiene más probabilidades de estar cerca de la vesícula biliar que del punto de McBurney. El ascenso del útero aumenta el trabajo requerido para la excursión diafragmática plena. La pared abdominal anterior también esta elevada de modo que es menos probable que cualquier inflamación produzca los síntomas usuales por irritación peritoneal parietal directa. (1)

Cerca del término, la masa uterina en aumento hace que en el 90% de las mujeres en decúbito supino se ocluya la vena cava inferior al comprimirla contra la columna lumbar. Aunque solo 10% de ellas manifestarán síntomas y signos del bien conocido síndrome de hipotensión supina, el riego sanguíneo uterino pudiera ser afectado gravemente.

Por ello no debe permitirse a las mujeres el decúbito supino en el tercer trimestre excepto por periodos muy breves, la exploración física, los estudios ultrasonográficos, las valoraciones fetales por monitores y la posición de la mesa de operaciones deben modificarse con respecto a este cambio importante. (1)

Conforme el útero se expande aumenta la tensión de sus ligamentos, los ligamentos redondos, que se extienden desde la porción lateral del fondo uterino hasta su inserción en la ingle, comúnmente producen molestias en los cuadrantes inferiores. El músculo liso en estos ligamentos puede contraerse y producir parte del dolor, por lo general leve, que es más frecuente en multigestas que en primigestas.

El estado de hiperadrenocorticismismo del embarazo puede enmascarar la inflamación, de manera que trastornos como la apendicitis pueden no producir la respuesta clínica esperada. La cifra normal de leucocitos durante el embarazo se eleva a 12000 a 16000/ \times l, por lo que se superpone con las esperadas para trastornos inflamatorios intraabdominales. (4)

Hígado:

No existe aumento en el tamaño hepático

Las pruebas de laboratorio usadas en general para valorar la función hepática proporcionan resultados diferentes por cambios inducidos en el embarazo. La actividad total de la fosfatasa alcalina duplica el valor del embarazo normal, atribuido en gran parte su aumento a la isoenzima de la fosfatasa alcalina de la placenta. Aumentando al quinto mes de 2 a 4 veces lo normal.

Las concentraciones séricas de albúmina disminuyen de una totalidad de 4.2gr/dl en la mujer no embarazada a 3.1gr/dl en el embarazo debido a un incremento del volumen plasmático.

Excreción de bromosulfaleina retrasada.

Valores séricos de 5 nucleotidasa gama glutamil transpeptidasa, alanina aminotransferasa y bilirrubinas son normales por lo tanto un incremento de estas reflejan daño hepatobiliar. (5)

La exploración física es difícil por la presencia de útero grávido. Pueden existir telangectasias, particularmente en el tórax, espalda y cara. Además de eritema palmar desapareciendo todo esto después del parto.

Vesícula biliar:

En el embarazo existe una secreción irregular de bilis, además de que se vuelve más espesa, se admite en general que el embarazo predispone la formación de cálculos biliares. (6)

Sistema urinario:

Se hace ostensible en el embarazo un ligero aumento del volumen renal. La filtración glomerular (FG) y el flujo plásmatico renal (FRP) aumentan al principio del embarazo, la FG hasta un 50% en el segundo trimestre y el FRP en menor medida. En las pruebas de funcionamiento renal, las concentraciones plásmaticas de urea y creatinina suelen disminuir como consecuencia del aumento de la FG. El aclaramiento de creatinina es la prueba del funcionamiento renal más satisfactoria, hasta 120ml/min. (6) Durante el día las embarazadas tienden a acumular agua en forma de edema declive, por las noches mientras permanecen acostadas tienden a movilizar el líquido y lo excretan por los riñones. En el Análisis de orina puede haber glucosuria debido al aumento de la FG y a la alteración en la resorción tubular. (7)

No debe haber albuminuria.

La presencia de eritrocitos en la orina significa lesión en algún punto del sistema urinario. (6)

Hidronefrosis e hidroureter:

En el embarazo a medida que el útero y su contenido aumenta de volumen, este descansa sobre los ureteros comprimiéndolos a nivel de la cresta ilíaca. Siendo más notable la dilatación del uréter derecho en el 86% de los casos. Quizá explicada por el soporte proporcionado por el colon sigmoides al uréter izquierdo, y el aumento de la compresión del uréter derecho por la dextrorrotación del útero, además del efecto de la progesterona. (7)

En la evaluación de las causas de dolor abdominal es útil establecer la relación del dolor con las actividades físicas y funciones fisiológicas, particularmente con la exacerbación del dolor. Estas actividades y funciones incluyen el cenar, dormir, hábitos intestinales, micción y ciclo menstrual, además de la asociación de otros síntomas como náuseas, vómito, fiebre, mareo, diaforesis, sangrado rectal, melena, hematemesis ó hematuria. La localización del dolor abdominal nos ayuda en el diagnóstico diferencial.

ALTERACIONES OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS

Dentro de las alteraciones del aparato ginecológico que pudieran causar dolor abdominal durante el embarazo se encuentra el embarazo ectópico y el aborto en todas sus modalidades, durante el primer trimestre del embarazo, así también el desprendimiento prematuro de placenta, con frecuencia de 1 en 80 nacimientos, apareciendo en el tercer trimestre con máxima frecuencia.

El trabajo de parto pretermino se presenta con actividad uterina y modificaciones cervicales, el dolor es referido a la región lumbar o suprapúbica.

Los leiomiomas uterinos en ocasiones coexisten con el embarazo y causan dolor. (8)

La patología ovarica es una de las principales complicaciones ginecológicas que pueden cursar con dolor en el embarazo.

La patología ocurre aproximadamente 1 en 600 nacimientos, es una causa muy frecuente de cirugía de urgencia por abdomen agudo secundario a torsión anexial o ruptura quística o de masas anexiales asintomáticas detectadas a la exploración física o por U.S.G. (8)

MASAS ANEXIALES Y TORSION DE MASAS ANEXIALES.

La torsión anexial puede involucrar al ovario, trompa de falopio o ligamento ancho, aunque el 15% ocurre durante el embarazo más comúnmente entre la semana sexta a catorceava de la gestación. La torsión es más comúnmente asociada con quistes ováricos, aunque puede ocurrir la torsión de un ovario y trompa de falopio.

Las masas anexiales ocurren 1 en 81 a 1 en 2500 nacimientos. (4) Estos rangos son en relación con el uso del ultrasonido como método de seguimiento rutinario, con el incremento de la detección de masas anexiales pequeñas no detectadas por exploración física. Masas pequeñas menores de 5cm en un 50%, 5 a 10cm en 25%, y mayores de 10cm en 25%. 95% son unilaterales. (4) La mayoría de las masas anexiales en el embarazo son benignas. (1,4,8) En largas series de reportes histológicos los más comunes son el teratoma y cistoadenoma con 23% cada uno, leiomioma 17%, cuerpos lúteos 12% y quistes foliculares 10%. Los reportes de malignidad son hasta de 4% en el embarazo. (4,8,9)

Correlacionado con una incidencia de 1 en 10,000 nacidos vivos aproximadamente; en el primer trimestre son de bajo grado de malignidad, un tercio son cáncer epitelial invasor en tanto que otro tercio es del estroma gonadal o tumor de células germinales.

El 65% de las masas anexiales benignas son asintomáticas al diagnóstico, (4,7,8) el resto son asociadas con dolor abdominal o malestar abdominal secundario a torsión.

Se recomienda que las masas anexiales detectadas en el primer trimestre y que no presenten emergencia quirúrgica, se observen hasta la semana 16 de gestación, es recomendable la exceresis electiva para evitar el riesgo de torsión, hemorragia, infarto o el retraso de diagnóstico de malignidad. (4,8,9)

En las masas descubiertas en el tercer trimestre y que no constituyen urgencia quirúrgica se recomienda observación hasta que el feto este maduro, y en el mismo tiempo quirúrgico practicar cesárea con exceresis de la tumoración. La resección electiva durante el segundo trimestre esta asociada a mínima morbi-mortalidad materno fetal, siendo mayor el riesgo de aborto espontáneo cuando la cirugía se realiza durante el primer trimestre. (4) La persistencia de cuerpo lúteo en el primer trimestre puede causar dolor pélvico, a veces ocurre hemorragia dentro del cuerpo lúteo y distensión de la cápsula con la presencia de dolor. (1)

El quiste dermoide debido a su consistencia lipídica y por lo tanto baja densidad tiende a flotar, siendo candidato importante a infarto y torsión. (1) Cuando el cuadro clínico señala períodos recurrentes de dolor agudo a veces acompañado de diaforesis, náusea y postración sugerentes todos de torsión e isquemia, cuando ocurre infarto el dolor es continuo. La indicación de cirugía es inmediata, ya que de lo contrario puede romperse y el derrame del contenido sebáceo a la cavidad peritoneal ocasiona peritonitis química. No se debe corregir la torsión para evitar fenómenos embólicos de vasos anexiales trombosados. (1)

En el tratamiento del cáncer ovárico durante el embarazo es igual que en la no embarazada, el pronóstico dependerá del grado histológico y el estadio del tumor en el momento del diagnóstico. (4)

APARATO URINARIO

La cistitis aguda con una incidencia de 1 a 2% de las embarazadas puede producir dolor abdominal.

La urolitiasis ocurre solo en 0.03 a 0.5 % de los embarazos. (1,4,8)

Pielonefritis: Es una de las complicaciones médicas más graves y frecuentes en el embarazo, con una incidencia del 1 al 2 %. (1,2,4,8) Factores condicionantes por el embarazo como uropatía obstructiva o estasis urinaria, suceden en su mayoría en el segundo y tercer trimestre. La mayor parte de los casos son bacteriuria asintomática. (1,8,9)

El cuadro más frecuente presenta fiebre, escalofríos, náuseas, vómito y dolor lumbar irradiado en no pocas ocasiones a los flancos y cuadrantes superiores del abdomen. (1,2,4,7,8,9)

TUBO DIGESTIVO

Las alteraciones del aparato digestivo son una gran diversidad de entidades clínicas como la pancreatitis, la úlcera péptica, la obstrucción intestinal, la enfermedad de Crohn, la apendicitis, la colecistitis aguda y colelitiasis las que pueden complicar un embarazo manifestandose como dolor abdominal agudo, las tres últimas son las más frecuentes en nuestra población, por lo cual se desarrollan en éste apartado bibliográfico.

Apendicitis Aguda: Es la causa no obstétrica más común de indicación quirúrgica durante el embarazo. Con una incidencia de 1/1500 nacimientos. (2,8)

La distribución de ocurrencia por trimestre es el siguiente: 30% en el primero, 45% en el segundo, 25% en el tercero y puerperio. La fisiopatología es iniciada por una obstrucción de su lumen, seguida por distensión del apéndice, la paciente refiere inicialmente dolor visceral periumbilical o epigástrico, mal localizado y acompañado de náuseas y vómito. La persistencia de la distensión y el edema aumentan la inflamación con invasión bacteriana, causante del dolor somático localizado al cuadrante inferior derecho en pacientes no embarazadas, con la progresión del cuadro se involucra el peritoneo parietal con aparición del signo del rebote. (2,3,4)

En pacientes complicadas ocurre perforación con peritonitis difusa, el grado de ésta, dependerá de la habilidad del peritoneo para limitar el proceso inflamatorio. La anatomía y fisiología normal cambia durante el embarazo, alterando los signos y síntomas de apendicitis aguda. El crecimiento uterino progresivo causa un desplazamiento progresivo del apéndice hacia arriba del punto de McBurney. (4)

En el primer trimestre se encuentra por arriba del citado punto, en el segundo y tercer trimestre en el flanco derecho y cuadrante superior derecho. Con los cambios de posición y rotación del apéndice se pierde contacto con el peritoneo parietal por lo que puede no existir imitación peritoneal, lo que puede retrasar el diagnóstico.

Las náuseas y vómitos, son comunes en el primer trimestre enmascarando el cuadro clínico.

Al examen físico 90% de las pacientes presenta malestar abdominal, 60% rebote positivo más comúnmente en el embarazo temprano, sin embargo es menos confiable que en pacientes no embarazadas, fiebre en el 25% de las pacientes, taquicardia en 15%, signos como el psoas, obturador o Rovsing se presentan en una de cada tres pacientes, los laboratorios no son de ayuda. (2,3)

Leucocitosis hasta de 16000 puede existir en embarazos normales y existen más de 15000 en solo 30% de pacientes embarazadas con apendicitis aguda.

El predominio neutrofilo arriba del 80% en la fórmula blanca diferencial puede ser significativo. El diagnóstico puede ser apoyado por ultrasonografía, (4) está justificada la laparotomía y la laporoscopia diagnóstica, en caso de ausencia de apéndice se puede realizar la apendicectomía electiva. (4)

Colecistitis aguda y colelitiasis: Se reporta una incidencia de colecistitis alitiásica en un 3.5%. (1) de las embarazadas y es causa de más del 90% de la colecistitis durante el embarazo.

La colecistitis aguda suele ocurrir con obstrucción del conducto cístico, manifestandose con dolor súbito en cuadrante superior derecho o epigástrico, descrito en ocasiones como cólico punzante que se acompaña de náuseas, vómito, fiebre e hipersensibilidad abdominal. La ictericia ocurre cuando se obstruye la vía común ductal por un lito.

Los reportes de laboratorio no son específicos, hay leucocitosis, elevación de amilasa y bilirubinas sericas. (3,4,7)

El apoyo U.S.G. con precisión y confiabilidad en más del 90% de los casos. (10) En lo que se refiere al tratamiento se recomienda el de tipo médico en el ataque agudo durante el primero y tercer trimestre, y el tratamiento quirúrgico en aquéllas pacientes con ataque recurrente de cólico biliar sospechosos de perforación, septicemia o peritonitis. (2)

La colecistectomía por laparoscopia no ha demostrado su inocuidad en el embarazo. (1) La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica puede ser de utilidad, realizada por médicos expertos y con mínima exposición a la radiación.

Enfermedad colestásica del embarazo:

Colestasis intrahepática: En esta patología la ictericia y el prurito son síntomas característicos, no así el dolor abdominal. (11)

Otras enfermedades hepáticas que pueden ocurrir durante el embarazo son la hepatitis viral, con diferentes grados de lesión hepatocelular, (5) en el hígado graso agudo, la preeclampsia-eclampsia y síndrome de Hellp, este último se explica más adelante.

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

Aún es alta la incidencia de preeclampsia de 5 a 10% de todos los embarazos con afección hepática en el 10% de las pacientes con preeclampsia severa. (1,4,12,13)

Este síndrome este caracterizado por la triada clásica de hipertensión, proteinuria y edema. (8,9,11,12) La hipertensión está definida como el aumento de más de 30mm Hg en la TA sistólica por arriba de la basal y de 15 mm Hg de la diastólica o mayor o igual a 140-90mm Hg. Ocurre mayormente en el tercer trimestre. La preeclampsia severa es definida como el aumento de la presión arterial mayor o igual de 160-110mm Hg en dos determinaciones separadas durante un período de seis horas, y proteinuria de más de un gramo en orina de 24 horas. Estas pacientes también cursan con oliguria y trastornos visuales o cerebrales. La eclampsia está caracterizada por la adición de convulsiones o coma al cuadro de preeclampsia. (8,12)

Los factores de riesgo para desarrollar esta complicación muestran a los extremos de la edad, siendo menores de 20 años y mayores de 35 las que más lo presentan, hipertensión arterial persistente previa, nuliparidad, gestación múltiple, diabetes mellitus, mola hidatidiforme e hidrops fetal. La etiología aún es desconocida. Se cree que la preeclampsia es resultado de reactividad anormal en el endotelio vascular, con vasoespasmo generalizado, depósitos intravasculares de fibrina que dan como resultado la lesión del endotelio. (12)

Dolor en epigastrio o en el cuadrante superior derecho es el síntoma más común de alteración hepática en la preeclampsia.

Los niveles de aminotransferasa se encuentran elevados 5 a 100 veces de lo normal, las bilirrubinas usualmente muestran elevación de sus cifras pero sin sobrepasar 5 mg/dl de bilirrubinas totales, en caso de anemia hemolítica microangiopática se observa trombocitopenia. Histológicamente se ha observado hemorragia periportal y depósitos de fibrina sinusoidal, y ocasionalmente necrosis hepatocelular. (12)

El diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado deben instalarse a fin de prevenir las complicaciones como hemorragia o ruptura hepática o eclampsia. Se habla de una mortalidad perinatal alrededor de 13.5%. La mortalidad materna varía según el centro hospitalario reportándose 1% y siendo en 80% de ellos secundarias a trastornos vasculares del sistema nervioso central y 15% a alteraciones hepáticas agudas como ruptura hepática. Los procedimientos quirúrgicos que se recomiendan para esta complicación son la ligadura de la arteria hepática, resección parcial del hígado, reparación de la laceración y empaquetamiento.

SÍNDROME DE HELLP

En 1982 fue descrito por Weinstein el término de síndrome de Hellp en pacientes con preeclampsia severa encontrándose hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. La incidencia es de 0.1 a 0.6% de todos los embarazos y de 4 a 12 % de las pacientes con preeclampsia, 70% de los casos ocurren en el tercer trimestre y el 30% ocurre en el posparto. (1,4) Un 75% de los pacientes con síndrome de Hellp presenta dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio, otros síntomas son náuseas, vómito, cefalea, alteraciones visuales, ictericia, diarrea e hipertensión severa; esta última no se encuentra constante y puede estar ausente hasta un 20%. (13,14)

Los criterios de laboratorio del síndrome de HELLP son anemia hemolítica microangiopática con elevación de la deshidrogenasa láctica, aumento de 2 a 10 veces los valores normales de las enzimas aminotransferasas y disminución del número de plaquetas por debajo de 100,000.

La mortalidad de la mujer con síndrome de HELLP es del 1 al 3% aunque puede variar según cada institución médica. Dentro de las complicaciones se encuentra la coagulación intravascular diseminada en un 20%, abrupción placentaria en un 16%, falla renal aguda en un 7% y edema pulmonar en un 6%. La mortalidad perinatal es aproximadamente 35% dependerá de la edad gestacional y de la severidad del síndrome en el momento del parto.

(4,13)

Puede recurrir de un 3 a un 25% en el siguiente embarazo.

DIAGNÓSTICO DE IMAGEN DURANTE EL EMBARAZO.

El ultrasonido es considerado como método diagnóstico de gran apoyo en la evaluación de la paciente embarazada debido a que aún no se ha demostrado factores adversos sobre el embrión durante su aplicación. La resonancia magnética nuclear es preferible a la tomografía computarizada debido a la menor exposición fetal a la radiación.

El riesgo de exposición fetal a rayos X depende del periodo gestacional en el que se realiza la exploración, la proximidad fetal al área evaluada, y la dosis de radiación utilizada.

El riesgo de muerte fetal es mayor durante el periodo de preimplantación, el riesgo de retardo en el crecimiento intrauterino, retraso mental es mayor en el periodo de 2 a 14 semanas de gestación. La dosis mínima necesaria para causar anomalía está reportada desde 1 a 10 rads. La exposición fetal a radiación durante la toma de una placa de tórax es de 0.06 mrad, 50 mrad a una serie gastrointestinal alta, 260 mrad en una placa simple de abdomen y 820 mrad ante un enema de bario o una pielografía endovenosa.

Se ha observado mayor riesgo de malformaciones congénitas o el riesgo de abortos espontáneos ante la exposición a 5 rad. No se recomienda la terminación del embarazo ante la exposición a dosis menores de 5 rads y habrá que considerarlo ante grandes dosis de exposición por arriba de 15 rads.

La dosis acumulativa entre 5 a 15 rads aunados a otros factores como edad materna avanzada, estado mental y emocional de la madre influirán en la toma de la decisión de interrumpir el embarazo o dejar que continúe.
(15)

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL EMBARAZO. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, EN EL PERIODO DEL 1RO. DE ENERO DE 1996 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo padecimiento capaz de afectar a una mujer en edad reproductiva puede presentarse también durante el embarazo, por lo tanto existen circunstancias que obligan incluso a la intervención quirúrgica. Las creencias en el pasado de que un procedimiento quirúrgico realizado durante el embarazo y principalmente en la región abdominopélvica pone en peligro el estado materno-fetal, no son actualmente aceptadas en su totalidad, pero hay que reconocer que el manejo del dolor abdominal durante el embarazo representa un reto para el médico, ya que al no realizar un diagnóstico preciso y oportuno, puede en algunas ocasiones retrasar el tratamiento médico o quirúrgico y consecuentemente aumentar la morbi-mortalidad materno-fetal.

HIPOTESIS

Puede el embarazo junto con sus modificaciones anatómicas favorecer la aparición y hacer complejo el diagnóstico del dolor abdominal, retrasando el tratamiento y consecuentemente aumentando la morbi-mortalidad materno-fetal.

OBJETIVOS

1. - Conocer las principales causas que condicionan dolor abdominal agudo durante el embarazo, en la población que acude al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer, S.S.A.
2. - Identificar las patologías causantes de dolor abdominal agudo durante el embarazo, en relación a los trimestres de edad gestacional.
- 3.- Señalar los principales datos clínicos de la paciente embarazada que cursa con dolor abdominal agudo.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL EMBARAZO. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, EN EL PERIODO DEL 1RO. DE ENERO DE 1996 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo padecimiento capaz de afectar a una mujer en edad reproductiva puede presentarse también durante el embarazo, por lo tanto existen circunstancias que obligan incluso a la intervención quirúrgica. Las creencias en el pasado de que un procedimiento quirúrgico realizado durante el embarazo y principalmente en la región abdominopélvica pone en peligro el estado materno-fetal, no son actualmente aceptadas en su totalidad, pero hay que reconocer que el manejo del dolor abdominal durante el embarazo representa un reto para el médico, ya que al no realizar un diagnóstico preciso y oportuno, puede en algunas ocasiones retrasar el tratamiento médico o quirúrgico y consecuentemente aumentar la morbi-mortalidad materno-fetal.

HIPOTESIS

Puede el embarazo junto con sus modificaciones anatómicas favorecer la aparición y hacer complejo el diagnóstico del dolor abdominal, retrasando el tratamiento y consecuentemente aumentando la morbi-mortalidad materno-fetal.

OBJETIVOS

1. - Conocer las principales causas que condicionan dolor abdominal agudo durante el embarazo, en la población que acude al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer, S.S.A.
2. - Identificar las patologías causantes de dolor abdominal agudo durante el embarazo, en relación a los trimestres de edad gestacional.
- 3.- Señalar los principales datos clínicos de la paciente embarazada que cursa con dolor abdominal agudo.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL EMBARAZO. EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, EN EL PERIODO DEL 1RO. DE ENERO DE 1996 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo padecimiento capaz de afectar a una mujer en edad reproductiva puede presentarse también durante el embarazo, por lo tanto existen circunstancias que obligan incluso a la intervención quirúrgica. Las creencias en el pasado de que un procedimiento quirúrgico realizado durante el embarazo y principalmente en la región abdominopélvica pone en peligro el estado materno-fetal, no son actualmente aceptadas en su totalidad, pero hay que reconocer que el manejo del dolor abdominal durante el embarazo representa un reto para el médico, ya que al no realizar un diagnóstico preciso y oportuno, puede en algunas ocasiones retrasar el tratamiento médico o quirúrgico y consecuentemente aumentar la morbi-mortalidad materno-fetal.

HIPOTESIS

Puede el embarazo junto con sus modificaciones anatómicas favorecer la aparición y hacer complejo el diagnóstico del dolor abdominal, retrasando el tratamiento y consecuentemente aumentando la morbi-mortalidad materno-fetal.

OBJETIVOS

1. - Conocer las principales causas que condicionan dolor abdominal agudo durante el embarazo, en la población que acude al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer, S.S.A.
2. - Identificar las patologías causantes de dolor abdominal agudo durante el embarazo, en relación a los trimestres de edad gestacional.
- 3.- Señalar los principales datos clínicos de la paciente embarazada que cursa con dolor abdominal agudo.

4. - Señalar las principales medidas terapéuticas medicas o quirúrgicas en las pacientes embarazadas que cursan con dolor abdominal agudo.
5. - Correlacionar el diagnóstico preparatorio y postoperatorio en las pacientes sometidas a cirugía.
6. - Conocer las principales complicaciones quirúrgicas directas, presentadas en las pacientes que cursaron con dolor abdominal agudo durante el embarazo y su repercusión en la evolución del mismo.

JUSTIFICACION

El dolor abdominal agudo es un síntoma que frecuentemente se asocia a patología quirúrgica. El embarazo muestra modificaciones adaptativas tanto anatómicas como fisiológicas que pueden dificultar la interpretación de ciertos síntomas y signos, y en consecuencia la elaboración de un diagnóstico certero y oportuno.

En caso de cirugía abdominal como terapéutica deberá tener como objetivo, la resolución de la enfermedad que originó el dolor abdominal, y preservar el embarazo. Ya que los mayores índices de morbi-mortalidad Materno-Fetal se relacionan con el retraso y error en el diagnóstico y tratamiento.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, Descriptiva.

Material y método.- Revisión de expedientes clínicos de todas aquellas pacientes, que acudieron con dolor abdominal agudo durante el embarazo, al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer de la S.S.A, en el período comprendido entre Enero de 1996 a Diciembre de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes embarazadas que cursaron con dolor abdominal agudo y que fueron atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer S.S.A.

4. - Señalar las principales medidas terapéuticas medicas o quirúrgicas en las pacientes embarazadas que cursan con dolor abdominal agudo.
5. - Correlacionar el diagnóstico preparatorio y postoperatorio en las pacientes sometidas a cirugía.
6. - Conocer las principales complicaciones quirúrgicas directas, presentadas en las pacientes que cursaron con dolor abdominal agudo durante el embarazo y su repercusión en la evolución del mismo.

JUSTIFICACION

El dolor abdominal agudo es un síntoma que frecuentemente se asocia a patología quirúrgica. El embarazo muestra modificaciones adaptativas tanto anatómicas como fisiológicas que pueden dificultar la interpretación de ciertos síntomas y signos, y en consecuencia la elaboración de un diagnóstico certero y oportuno.

En caso de cirugía abdominal como terapéutica deberá tener como objetivo, la resolución de la enfermedad que originó el dolor abdominal, y preservar el embarazo. Ya que los mayores índices de morbi-mortalidad Materno-Fetal se relacionan con el retraso y error en el diagnóstico y tratamiento.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, Descriptiva.

Material y método.- Revisión de expedientes clínicos de todas aquellas pacientes, que acudieron con dolor abdominal agudo durante el embarazo, al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer de la S.S.A, en el período comprendido entre Enero de 1996 a Diciembre de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes embarazadas que cursaron con dolor abdominal agudo y que fueron atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer S.S.A.

4. - Señalar las principales medidas terapéuticas medicas o quirúrgicas en las pacientes embarazadas que cursan con dolor abdominal agudo.
5. - Correlacionar el diagnóstico preparatorio y postoperatorio en las pacientes sometidas a cirugía.
6. - Conocer las principales complicaciones quirúrgicas directas, presentadas en las pacientes que cursaron con dolor abdominal agudo durante el embarazo y su repercusión en la evolución del mismo.

JUSTIFICACION

El dolor abdominal agudo es un síntoma que frecuentemente se asocia a patología quirúrgica. El embarazo muestra modificaciones adaptativas tanto anatómicas como fisiológicas que pueden dificultar la interpretación de ciertos síntomas y signos, y en consecuencia la elaboración de un diagnóstico certero y oportuno.

En caso de cirugía abdominal como terapéutica deberá tener como objetivo, la resolución de la enfermedad que originó el dolor abdominal, y preservar el embarazo. Ya que los mayores índices de morbi-mortalidad Materno-Fetal se relacionan con el retraso y error en el diagnóstico y tratamiento.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, Descriptiva.

Material y método.- Revisión de expedientes clínicos de todas aquellas pacientes, que acudieron con dolor abdominal agudo durante el embarazo, al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer de la S.S.A, en el período comprendido entre Enero de 1996 a Diciembre de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes embarazadas que cursaron con dolor abdominal agudo y que fueron atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer S.S.A.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes embarazadas que cursaron con dolor abdominal agudo, relacionado con el trabajo de parto o con trabajo de aborto.
- Pacientes que cursaron con dolor abdominal agudo, sin confirmar embarazo.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con dolor abdominal agudo durante el embarazo sin o con expediente incompleto.

VARIABLES

El estudio contempló las siguientes variables a estudiar.

- A) Edad.
- B) Antecedes ginecoobstétricos.
- C) Edad gestacional por trimestre.
- D) Cuadro clínico.
- E) Exámenes de laboratorio y gabinete.
- F) Diagnóstico preparatorio.
- G) Terapéutica
 - Médica.
 - Quirúrgica.
- H) Diagnóstico postoperatorio.
- I) Morbi-mortalidad materno-fetal.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

- A) Edad de la paciente.
- B) Antecedente ginecoobstétricos.
 - Gestas.
- C) Edad gestacional.
- D) Cuadro clínico.
 - Síntomas.
 - Signos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes embarazadas que cursaron con dolor abdominal agudo, relacionado con el trabajo de parto o con trabajo de aborto.
- Pacientes que cursaron con dolor abdominal agudo, sin confirmar embarazo.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con dolor abdominal agudo durante el embarazo sin o con expediente incompleto.

VARIABLES

El estudio contempló las siguientes variables a estudiar.

- A) Edad.
- B) Antecedes ginecoobstétricos.
- C) Edad gestacional por trimestre.
- D) Cuadro clínico.
- E) Exámenes de laboratorio y gabinete.
- F) Diagnóstico preparatorio.
- G) Terapéutica
 - Médica.
 - Quirúrgica.
- H) Diagnóstico postoperatorio.
- I) Morbi-mortalidad materno-fetal.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

- A) Edad de la paciente.
- B) Antecedente ginecoobstétricos.
 - Gestas.
- C) Edad gestacional.
- D) Cuadro clínico.
 - Síntomas.
 - Signos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes embarazadas que cursaron con dolor abdominal agudo, relacionado con el trabajo de parto o con trabajo de aborto.
- Pacientes que cursaron con dolor abdominal agudo, sin confirmar embarazo.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con dolor abdominal agudo durante el embarazo sin o con expediente incompleto.

VARIABLES

El estudio contempló las siguientes variables a estudiar.

- A) Edad.
- B) Antecedes ginecoobstétricos.
- C) Edad gestacional por trimestre.
- D) Cuadro clínico.
- E) Exámenes de laboratorio y gabinete.
- F) Diagnóstico preparatorio.
- G) Terapéutica
 - Médica.
 - Quirúrgica.
- H) Diagnóstico postoperatorio.
- I) Morbi-mortalidad materno-fetal.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

- A) Edad de la paciente.
- B) Antecedente ginecoobstétricos.
 - Gestas.
- C) Edad gestacional.
- D) Cuadro clínico.
 - Síntomas.
 - Signos.

- E) Exámenes de laboratorio y gabinete.
 - Biometría hemática.
 - Química sanguínea.
 - Tiempos de coagulación.
 - Pruebas de funcionamiento hepático.
 - Exámen general de orina.
 - Otros.
 - Rayos X.
 - Ultrasonografía.
- F) Diagnóstico preparatorio.
- G) Terapéutica.
 - Médica.
 - Quirúrgica
- H) Diagnóstico Postoperatorio.
- I) Morbi-mortalidad materno-fetal.
 - Complicaciones maternas.
 - Complicaciones fetales.
 - * Sexo.
 - * Peso.
 - * Apgar.

RESULTADOS**(A) EDAD**

MENORES DE 15 AÑOS
 15 - 19
 20 - 24
 25 - 29
 30 - 34
 35 - 39
 40 O MAS
 TOTAL

No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
2	3
13	21
12	20
18	30
10	16
2	3
3	5
60	100

(B) ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS**GESTAS**

I
 II
 III
 IV
 V O MAS
 TOTAL

No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
26	43
11	18
9	15
9	15
5	8
60	100

(C) EDAD GESTACIONAL

1ER. TRIMESTRE
 2DO. TRIMESTRE
 3ER. TRIMESTRE
 TOTAL

No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
7	12
13	22
40	67
60	100

(D) CUADRO CLINICO**(1) LOCALIZACION ANATOMICA DEL DOLOR**

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
EPIGASTRIO	22	37
LUMBAR	11	18
HIPOCONDRIO DERECHO	18	30
FOSA ILIACA DERECHA	5	8
FOSA ILIACA IZQUIERDA	2	3
FLANCOS	2	3
TOTAL	60	100

(2) SINTOMAS

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
NAUSEAS	25	42
SINTOMAS URINARIOS	20	33
VOMITO	19	32
DATOS DE VASOESPASMO	19	32
CONSTIPACION	1	2

(3) SIGNOS

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
GIORDANO	15	25
EDEMA	14	23
FIEBRE	12	20
MASA ADBOMINAL	7	12
ICTERICIA	6	10
MURPHY	4	7
REBOTE	3	5
PSOAS	1	2

(E) EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE**VALORES DE LABORATORIO Y DATOS DE GABINETE ALTERADOS SEGÚN PATOLOGIA****(1) PIELONEFRITIS (19 PACIENTES-100%)****LABORATORIO**

EXAMEN GENERAL DE ORINA*

HEMOGLOBINA

HEMATOCRITO

No. DE PACIENTES**PORCENTAJE**

15

79

10

53

10

53

*NINGUN UROCULTIVO REALIZADO

GABINETE

U.S.G.

ECTASIA DUCTAL

URETEROPIELECTASIA

No. DE PACIENTES**PORCENTAJE**

3

15

2

10

(2) PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA (18 PACIENTES-100%)**SINDROME DE HELLP****LABORATORIO**

HEMOGLOBINA

HEMATOCRITO

PLAQUETAS

T.P.

T.P.T

ACIDO URICO

T.G.O

T.G.P

BILIRRUBINAS TOTALES

E.G.O

No. DE PACIENTES**PORCENTAJE**

10

55

10

55

7

39

2

11

2

11

5

28

12

67

12

67

7

39

13

72

(3) TUMOR DE OVARIO (10 PACIENTES-100%)

LABORATORIO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
HEMOGLOBINA	7	70
HEMATOCRITO	7	70

GABINETE	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
U.S.G.		
TUMOR QUISTICO	5	50
TUMOR SOLIDO	2	20
TUMOR MIXTO	1	10

(4) EMFERMEDAD DE HEPATOBILIAR (10 PACIENTES-100%)

LABORATORIO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
HEMOGLOBINA	8	80
HEMATOCRITO	8	80
BILIRRUBINAS TOTALES	6	60
T.G.O.	7	70
T.G.P.	7	70

GABINETE	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
U.S.G.		
LITIASIS VESICULAR	5	50
COLEDOCOLITIASIS	1	10
COLECISTITIS	2	20

(5) APENDICITIS (3 PACIENTES-100%)

LABORATORIO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
HEMOGLOBINA	2	67
HEMATOCRITO	2	67
LEUCOCITOSIS	3	100

(F) DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PIELONEFRITIS	19	32
PREECLAMPSIA SEVERA-ECLAMPSIA	15	25
TUMOR DE OVARIO CON COMPROMISO VASCULAR	10	17
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	4	7
APENDICITIS	3	5
SINDROME DE HELLP	2	3
HEPATITIS VIRAL	2	3
COLEDOCOLITIASIS	2	3
PREECLAMPSIA LEVE	1	2
COLESTASIS INTRAHEPATICA	1	2
COLECISTITIS ALITIASICA	1	2
TOTAL	60	100

(G) TERAPEUTICA

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MEDICO	30	50
QUIRURGICO	30	50
(1) LAPAROTOMIA EXPLORADORA	13	21
EXERESIS DE TUMOR DE OVARIO	9	13
APENDICECTOMIA	3	5
(2) INTERRUPCION DE LA GESTACION	18	30
CESAREA	16	27
HISTEROTOMIA	2	3

(H) DIAGNOSTICO POSOPERATORIO

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA-SINDROME DE HELLP + HIGADO CONGESTIVO	18	30
TUMOR DE OVARIO CON COMPROMISO VASCULAR	8	13
TUMOR DE OVARIO SIN COMPROMISO VASCULAR	1	2
DILATACION VESICAL	1	2
APENDICITIS	2	3

(I) MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL

COMPLICACIONES MATERNAS
COMPLICACIONES FETALES

NINGUNA

	No. DE PACIENTES
SEXO	
FEMENINO	9
MASCULINO	9
INDETERMINADO	2

	No. DE PACIENTES
PESO	
MENOS DE 1000 GRS	2
1000 - 1500	3
1501 - 2000	8
2001 - 2500	5
MAS DE 2500	2

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
APGAR (A LOS CINCO MINUTOS)		
8 - 9.	11	61
6- 7.	3	16
MENOS DE 6.	2	11
OBITO	2	11

ANALISIS DE RESULTADOS

De un total de 42,656 pacientes hospitalizadas, en el período de Enero de 1996 a Diciembre de 1998, por el servicio de urgencias, se estudiaron aquellas pacientes obstétricas cuyo principal síntoma fue el dolor abdominal agudo. Obteniendo al final un total de 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

La edad de las pacientes analizadas en este estudio osciló entre los rangos de 13 a 40 años, predominando la edad reproductiva de 25-29 años con 17 pacientes el 30%. FIG 1.

Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos se observó una mayor frecuencia de primigestas con 26 pacientes el 44%. FIG 2. La edad gestacional por trimestre con mayor frecuencia fue en el tercero con 40 pacientes el 66%. FIG 3.

En el análisis del cuadro clínico se estudio inicialmente al dolor de acuerdo a su localización anatómica, dividiendo el abdomen en nueve cuadrantes, predominando la localizada en epigastrio en 22 pacientes el 36%, situación explicable en parte por el predominio de la frecuencia de casos en el tercer trimestre, en donde el importante crecimiento del útero provoca el desplazamiento de la mayoría de los órganos intraabdominales e intrapélvicos hacia los cuadrantes superiores del abdomen, por lo cual el dolor es referido en estas áreas. En segundo lugar el hipocondrio derecho fue el sitio que presentó mayor número de casos con 18 pacientes el 30%. FIG 4.

Con relación a los signos y síntomas acompañantes del dolor abdominal en orden de frecuencia, se presentaron las náuseas en 25 pacientes el 41%, sintomatología urinaria (disuria, polaquiuria y tenesmo vesical) en 20 pacientes el 33%, el vómito en 19 pacientes el 31%, los datos de vasoespasmo (tinitus, cefalea, fosfenos, mareo, amaurosis y acúfenos) fueron referidos por 19 pacientes el 31%, y la constipación fue referida por solo una paciente el 2%. FIG 5.

En cuanto a la presentación de los signos acompañantes del dolor abdominal, el Giordano se presentó en primer lugar con 15 pacientes el 25%, le continuaron en orden de presentación la fiebre en 12 pacientes el 20%, el edema (de miembros inferiores) en 14 pacientes el 23%, la presencia de masa abdominal en 7 pacientes el 12%, la ictericia en 6 casos el 10%, el signo de Murphy en 4 pacientes el 6%, la presencia de signo de rebote en 3 pacientes el 5% y por último el signo de psoas en una paciente el 2%. FIG 6.

Los exámenes de laboratorio y gabinete se analizaron dependiendo de la impresión clínica que se tuvo a su ingreso. En 16 pacientes, el 84% de las 19 con diagnóstico de pielonefritis se realizó el examen general de orina como apoyo diagnóstico, 15 pacientes contaban con datos en el EGO compatibles con el diagnóstico de ingreso, y en una paciente los datos fueron reportados dentro de la normalidad. La fórmula roja reportó la presencia de anemia en siete pacientes el 36%, el resto de los exámenes de laboratorio, reportaron cifras de normalidad. La ultrasonografía de las vías urinarias se realizó solo en 5 pacientes el 26%, reportando datos de ectasia ductal y ureteropielectasia. FIG 7.

En las 18 pacientes, el 100% de los casos, con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp se encontraron alteraciones en las pruebas de función hepática, con aumento de las transaminasas en 12 pacientes el 66%, siete pacientes el 38% presentaron incremento de las bilirrubinas totales, y albuminuria en 13 pacientes el 72%; la química sanguínea solo mostró una elevación en el ácido úrico en cinco pacientes el 27%, existió plaquetopenia en siete pacientes el 38%. Todos estos datos corroboraron el diagnóstico de preeclampsia en 16 pacientes el 88%. FIG 8.

En las 10 pacientes con impresión diagnóstica de masa abdominal probablemente dependiente de ovario más compromiso vascular, no se encontraron alteraciones en los exámenes de laboratorio. En contraste la realización de ultrasonografía confirmó en ocho pacientes el 80% el diagnóstico inicial. FIG 9.

Siete pacientes de 10 con diagnóstico de enfermedad hepatobiliar, el 70% presentaron alteración en las pruebas de función hepática con aumento en los valores de T.G.O. y T.G.P, aumento de bilirrubinas totales en 6 pacientes el 60%. Con el apoyo de la U.S.G se confirmó la presencia de litiasis vesicular, alteraciones de las vías biliares y vesícula biliar en ocho pacientes el 80%. FIG 10.

Las tres pacientes el 5%, del total de casos, con diagnóstico clínico de apendicitis presentaron leucocitosis con cifras de 13000 a 15000 mm, en dos pacientes el 66%, se presentó neutrofilia. Quizá estos datos se sobrepongan a los cambios fisiológicos de la serie blanca que se presentan en el embarazo. Solo se realizó un estudio de U.S.G sin datos de apoyo para el diagnóstico. FIG 11.

En 37 pacientes el 61%, del total de pacientes estudiadas, se encontró disminución de las cifras de hemoglobina compatibles con anemia, siendo esta explicada muy probablemente en primer lugar por los cambios fisiológicos de hemodilución propios del embarazo y en segundo lugar por anemia crónica.

Otros estudios realizados, fueron el panel viral en una paciente, reportado como negativo.

En cuanto al diagnóstico preparatorio, del total de pacientes, se encontró por orden de frecuencia: pielonefritis en 19 pacientes que representan el 31%, preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp en 18 pacientes el 30%, (preeclampsia severa- eclampsia 15 pacientes, síndrome de hellp dos pacientes y preeclampsia leve una paciente), tumor de ovario con compromiso vascular en 10 pacientes el 16%, enfermedades hepatobiliares en 10 pacientes el 16%, (colecistitis crónica litiasica cuatro pacientes, hepatitis viral dos pacientes, coledocolitiasis dos pacientes, colestasis intrahepática una paciente y colecistitis alitiasica una paciente) y apendicitis en tres pacientes el 5%. FIG 12.

En lo referente a la terapéutica ofrecida a estas pacientes, el tratamiento médico se indicó a 30 de ellas el 50%.

En contraparte el tratamiento quirúrgico se aplicó igualmente a 30 pacientes el 50%.

Cabe mencionar que se realizaron 31 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 13 fueron laparotomías y 18 cesárea o histerotomía, ya que a una paciente se le realizó inicialmente apendicectomía y posteriormente interrupción del embarazo mediante histerotomía. Los tratamientos quirúrgicos consistieron en laparotomía exploradora a 13 pacientes el 21%, de las cuales a nueve pacientes se les realizó exceresis de tumor de ovario, a tres pacientes apendicectomía y a una paciente solo se le realizó exploración encontrándose dilatación vesical. Se realizó en 18 pacientes el 29%, interrupción de la gestación, mediante operación cesárea a 16 pacientes el 30%, y por histerotomía a dos pacientes el 3%. Cabe mencionar que en estas 18 últimas pacientes la indicación de interrupción de la gestación fue debida a preeclampsia severa-eclampsia-síndrome de hellp. FIG 13.

Por lo que respecta al diagnóstico postoperatorio, en las 30 pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos, en el grupo de las pacientes con diagnóstico inicial de preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, fue confirmatorio este en el 100% de los casos. En el grupo de las pacientes con el diagnóstico inicial de tumor de ovario, este fue confirmatorio en 9 de 10 casos el 90%, ocho el 80% con el diagnóstico postoperatorio de tumor de ovario con compromiso vascular, uno el 10% sin compromiso vascular y el caso restante como se menciona previamente correspondió al hallazgo de una dilatación vesical. En las tres pacientes con diagnóstico inicial de apendicitis este se corroboró en dos pacientes. FIG 14.

Con respecto a la evolución posoperatoria, fue satisfactoria, sin complicaciones y no se presentó ningún caso de muerte materna.

En cuanto a la pérdida fetal está se reportó en 2 pacientes, en la primera se trato de un aborto posterior a la realización de una ooforectomía bilateral, por lesión tumoral tipo teratoma maduro bilateral en un embarazo de 6 semanas, el diagnóstico fue corroborado posteriormente por el estudio histopatológico; en el segundo de los casos se realizó una

excreción de un cistoadenoma seroso, en un embarazo de 12 a 13 semanas presentándose a la semana siguiente el aborto.

En cuanto a la resolución del embarazo en el momento agudo del cuadro clínico, se encontró que fueron realizados 18 procedimientos de interrupción del embarazo (16 cesáreas, 2 histerotomías), correspondiendo a los 18 casos de preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, obteniéndose 18 productos con la siguiente puntuación de apgar a los 5min: 8-9 a once productos el 61%, de 6-7 a tres productos el 16%, menos de 6 a dos productos el 11% y dos mortinatos el 11%. FIG15.

En cuanto al análisis por entidad patológica encontramos que se presentaron 19 casos con diagnóstico de pielonefritis, confirmándose en 15 el 78% de estos casos. La edad materna con más frecuencia fue de 15-19 años con siete casos que corresponde a un 36%, la edad gestacional fue en el tercer trimestre nueve casos el 47%, el segundo trimestre con siete el 36% y tres casos en el primero el 15%. Ver tabla. La resolución del cuadro agudo fue en el 100% con tratamiento médico, a base de doble esquema antibiótico (ampicilina y gentamicina), no se observaron complicaciones maternas ni fetales.

En la patología de preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, se presentaron 18 pacientes en el tercer trimestre en el 100% de los casos. La edad materna en la que mayor frecuencia se observó fue la de 25-29 años en seis pacientes el 33%, de 15 a 19 años en cinco el 27%, de 20-24 años en cinco el 27%, de 30-34 años en dos el 11%, con hallazgos quirúrgicos de hígado congestivo en 15 pacientes el 83%, además de otros hallazgos como ascitis en 10 de ellas el 55%. Ver tabla.

No se observaron complicaciones maternas, en cuanto a las fetales se reportaron dos muertes fetales y dos productos con apgar menor de 6, el resto de los productos con apgar arriba de 6 puntos a los 5min.

Las tumoraciones de ovario se presentaron con mayor frecuencia según el trimestre gestacional, en el segundo en seis pacientes correspondiente a un 60%, dos pacientes en el primer trimestre y dos en el tercero, correspondiendo cada uno al 20%. La edad materna en la que más frecuencia se observó fue de 15-19 años con 4 pacientes correspondiendo

a un 40%, de 25-29 años dos pacientes el 20%, de 30-34 años dos pacientes el 20% y una paciente de 35-39 el 10%. Ver tabla.

Se confirmó el diagnóstico con los hallazgos quirúrgicos en ocho de los diez casos sometidos a cirugía correspondiendo al 80%. El reporte histopatológico documentó tres teratomas maduros el 30%, cistoadenoma seroso tres pacientes el 30%, cistoadenoma mucinoso dos casos el 20%, un caso no se confirmó reportando patología tejido vesical de la biopsia obtenida en la laparotomía. En cuanto a la localización de las masas, predominó el lado derecho con cinco casos el 50%, tres en el lado izquierdo el 30%, y una bilateral 10%, del total de los casos con diagnóstico de tumor de ovario con compromiso vascular. Ver tabla.

No se reportaron complicaciones quirúrgicas maternas, en cuanto a las complicaciones fetales se presentaron dos abortos.

En cuanto al apoyo diagnóstico, el laboratorio no mostró ser útil para esta patología, en contraste con el apoyo U.S.G, donde hasta un 80% puede corroborar la presencia de masa anexial, cabe mencionar que en dos pacientes con diagnóstico de tumor de ovario se descartó compromiso vascular, en un caso existía tumor de ovario sin compromiso vascular y se realizó exéresis, en el segundo caso se encontró dilatación vesical.

Las enfermedades hepatobiliares se presentaron en 10 casos del total de las pacientes estudiadas, el 16%, confirmándose el diagnóstico por medio de estudios de laboratorio pruebas de funcionamiento hepático y U.S.G, además de la realización de estudios de panel viral donde se descartaron los dos casos de hepatitis viral, al igual que la colestasis intrahepática. Se reportó un total de enfermedad litiasica de vías biliares en nueve pacientes el 90%, colecistitis alitiasica en una el 10%. Se observó un gran apoyo en el diagnóstico hasta un 80% con el empleo de U.S.G y laboratorio.

La edad materna en la que predominó esta patología fue de 30 a 34 años en tres pacientes un 30%, de 25 a 29 años en dos un 20%, de 20 a 24 años dos pacientes un 20%, en mayores de 40 años una paciente un 10%.

La edad gestacional fue en el tercer trimestre en ocho pacientes un 80%.
Ver tabla.

El tratamiento brindado fue médico en todos los casos, a base de antiespasmódicos, analgésicos, y antibióticoterapia en algunos de ellos, además de dieta libre de colecistoquinéticos.

No se observaron complicaciones maternas ni fetales.

Con diagnóstico de apendicitis se ingresaron tres pacientes practicándose laparotomía exploradora, confirmándose el diagnóstico postoperatorio en dos de ellas, en una paciente se complementa el diagnóstico con los hallazgos quirúrgicos de síndrome de Hellp. Se realizó apendicectomía en las tres.

La edad gestacional fue en el tercer trimestre en el 100% de los casos, y la edad materna de 20 a 24 años en dos el 66%, y 25 a 29 en una paciente un 33%. No se observaron complicaciones maternas ni fetales con relación a la terapéutica brindada. El apoyo de laboratorio no fue suficiente ya que solo reportaba leucocitosis, con cifras no superiores a las presentadas durante una gestación normal. La U.S.G se realizó en una paciente sin revelar datos de apoyo para el diagnóstico.

RESUMEN Y COMENTARIOS

Las principales condiciones clínicas causantes del dolor abdominal agudo en el embarazo, encontradas en la población que acude al servicio de urgencias, del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, muestran por orden de frecuencia en primer lugar a la pielonefritis, con el 32% de los casos, continuándole la preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp en segundo lugar con un 30% de los casos, los tumores de ovario y las alteraciones hepatobiliares en tercer lugar, con un 17% cada uno y en cuarto lugar la apendicitis con un 5%; diferente a lo publicado en la literatura, donde se refiere a la apendicitis como primera causa no obstétrica de dolor abdominal agudo en el embarazo que requiere tratamiento quirúrgico. (4)

Según el trimestre de embarazo en que se presentaron las patologías causantes del dolor abdominal, encontramos que durante el segundo trimestre, el 60% de las pacientes con tumores de ovario, con compromiso vascular, eran más frecuentes, no coincidiendo con la literatura la cual reporta la máxima incidencia de las 6-14 semanas de gestación. (4) La pielonefritis también se reportó con mayor incidencia en este trimestre con un 47%, coincidiendo con lo reportado en la literatura y con los cambios fisiológicos del sistema urinario en el embarazo. (1) En el tercer trimestre se presentó como era de esperar la mayor frecuencia la preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp. (4)

Las enfermedades hepatobiliares con un 80% también se presentaron con más frecuencia en el último trimestre.

Los tres casos de apendicitis se presentaron en el tercer trimestre, no coincidiendo con la literatura en donde refieren un 45% en el segundo trimestre. (4)

En cuanto al cuadro clínico más frecuente, asociado al dolor abdominal, fue de náuseas y vómito así como sintomatología urinaria. El síndrome febril se presentó en el 20% de los casos. La presencia de masa abdominal sólo se diagnosticó en siete casos relacionados con tumor de ovario. En el 60% de las pacientes con enfermedad hepatobiliar se encontró ictericia. (1,4)

Con relación al tratamiento indicado a las 60 pacientes analizadas fueron: 30 con tratamiento médico y 30 con tratamiento quirúrgico; el tratamiento médico consistió en medidas higiénico-dietéticas, antiespasmódicos, analgésicos y antibióticoterapia (ampicilina y gentamicina), de acuerdo al diagnóstico de cada paciente.

De las 29 pacientes quirúrgicas, 12 fueron candidatas a laparotomía exploradora, indicadas en nueve de ellas por tumor ovárico con compromiso vascular, tres pacientes con indicación quirúrgica de apendicitis, en 18 pacientes se interrumpió el embarazo por preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, en donde se realizaron 16 procedimientos de cesárea y a dos pacientes se les realizó histerotomía.

Respecto a la correlación entre el diagnóstico Preoperatorio y el Postoperatorio de las pacientes sometidas a cirugía, de las nueve pacientes con diagnóstico de tumor de ovario con compromiso vascular, en ocho de ellas se confirmó y en una no se encontró alteración. De las tres pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, en dos de ellas se confirmó, en la paciente restante se descartó el diagnóstico de apendicitis y con los hallazgos quirúrgicos, se integró el diagnóstico de síndrome de hellp. De las 18 pacientes en las que se interrumpió el embarazo por impresión diagnóstica de preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, se confirmaron en el 100%.

En lo que se refiere a las complicaciones maternas derivadas del procedimiento quirúrgico, no se observó ninguna complicación.

Las repercusiones fetales se relacionaron con la patología que complicó el embarazo, la severidad de la misma y la edad gestacional en la que se presentó; reportándose dos abortos en pacientes con excresis de tumor de ovario en el primer trimestre.

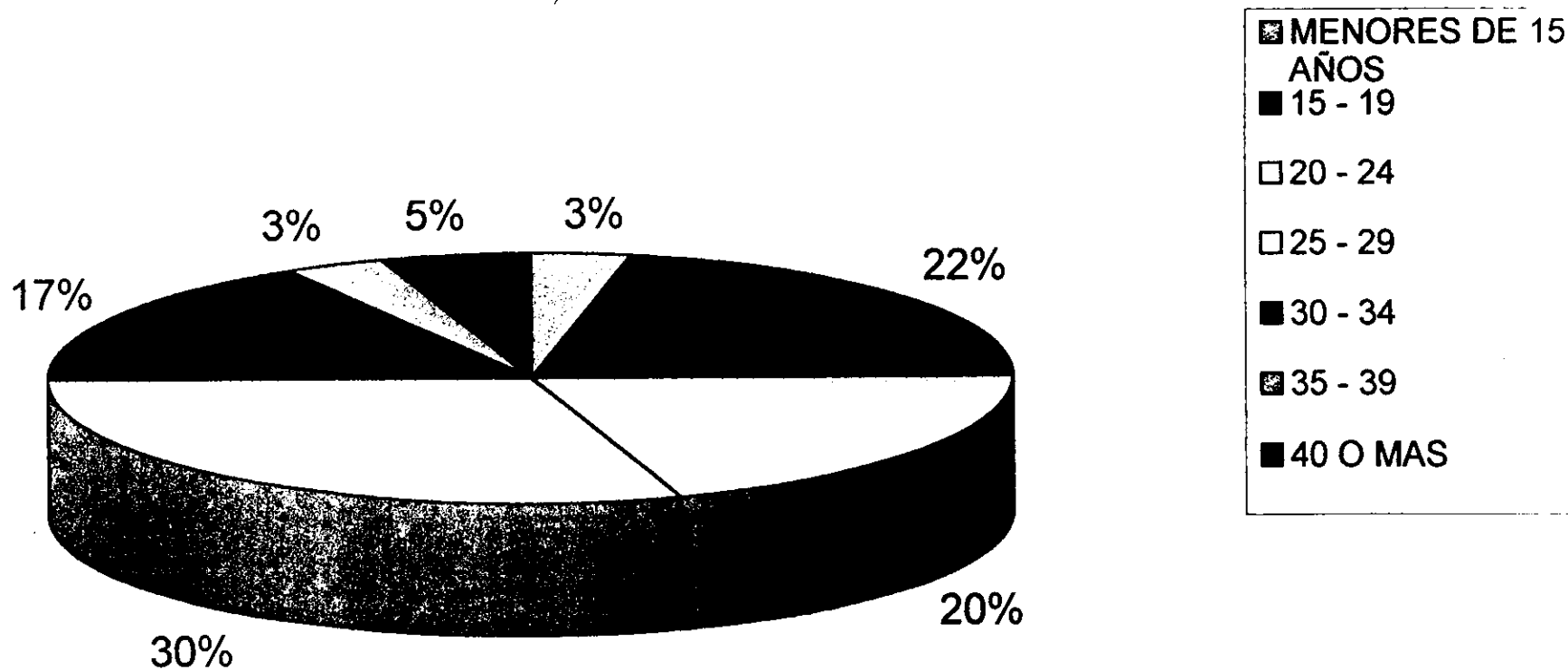
Coincidiendo con lo reportado en la literatura, se observó que la excresis de tumores de ovario durante el segundo trimestre, esta asociada a un mínimo de morbi-mortalidad materno-fetal y el riesgo de aborto espontáneo con la cirugía realizada en el primer trimestre es más alto. (4)

CONCLUSIONES

1. – La pielonefritis, la preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, los tumores de ovario con compromiso vascular, las alteraciones hepatobiliares y la apendicitis son en este orden, las principales causas condicionantes de dolor abdominal en el embarazo.
2. – Patologías como los tumores de ovario con compromiso vascular y la pielonefritis predominaron en el segundo trimestre del embarazo, en tanto que la preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, las enfermedades hepatobiliares y la apendicitis, lo hicieron en el tercer trimestre. El primer trimestre no mostró la presencia de enfermedad alguna condicionante de dolor abdominal.
3. – Las náuseas, los síntomas urinarios, el vómito y los datos de vasoespasmo, son los síntomas acompañantes más comunes; en el caso de los signos, el Giordano, y la ictericia son los principales.
4. – El número de pacientes con tratamiento médico fue similar al quirúrgico, en relación directa con el diagnóstico establecido. En los tratamientos quirúrgicos, la exceresis de tumor de ovario, la apendicectomía y la interrupción del embarazo por medio de la cesárea e histerotomía, fueron los procedimientos realizados.
5. – La confirmación de diagnósticos pre y postoperatorios fue, en tumor de ovario con compromiso vascular ocho de diez casos, el 80%, apéndice dos de tres casos el 66% y la preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp en 18 fué el 100%.
6. – No existieron complicaciones maternas. En las repercusiones fetales, se reportaron dos abortos en pacientes en las que se realizó exceresis de tumor de ovario.

El embarazo dificulta el diagnóstico y tratamiento de enfermedades intraabdominales, que cursan con dolor abdominal agudo, su frecuencia se eleva debido a problemas exclusivos de la gestación misma y representa un reto para los obstétricos e interconsultantes a cerca de dudas, en cuanto a decisiones del tratamiento médico o quirúrgico.

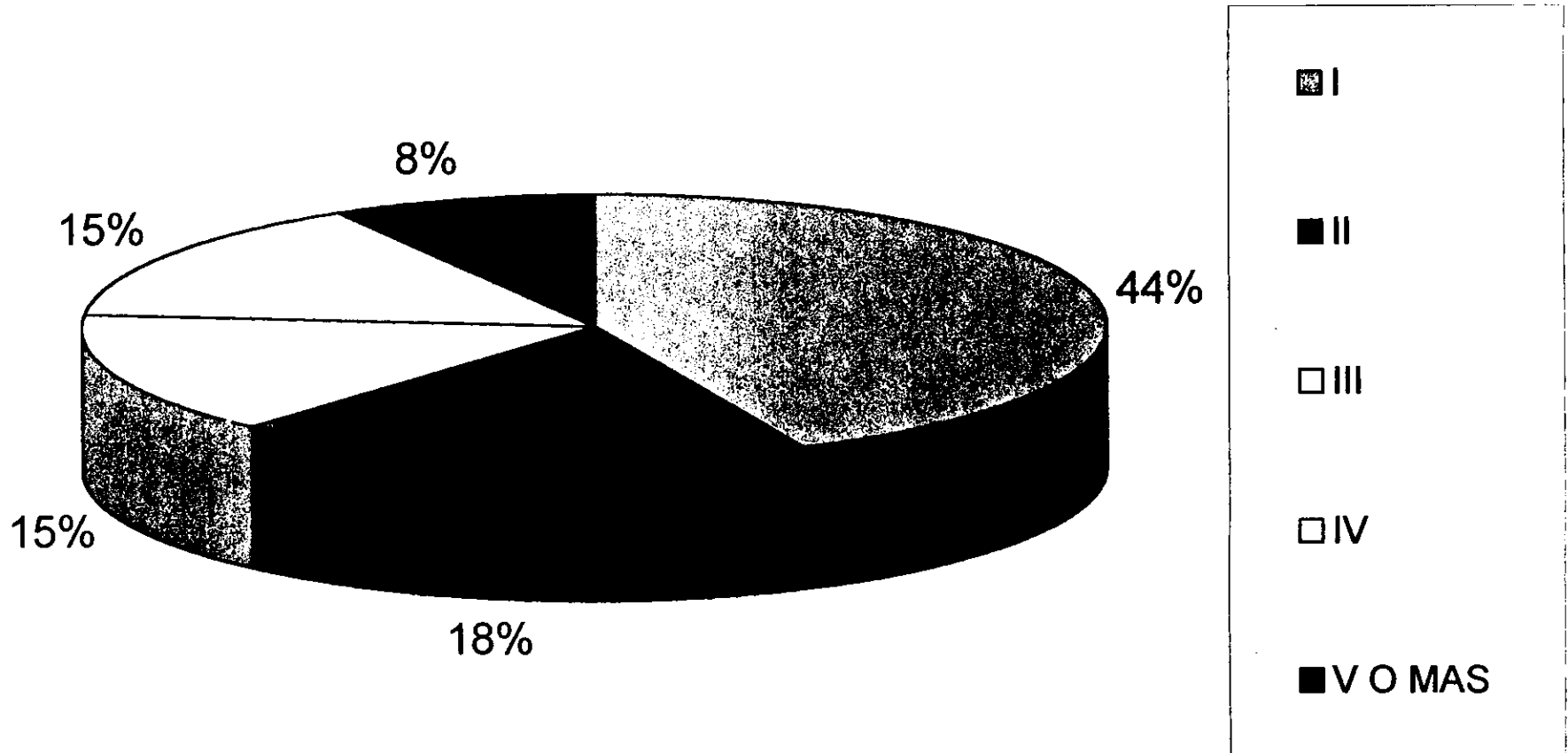
**FIG. 1.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
EDAD.**



TOTAL: 60 CASOS

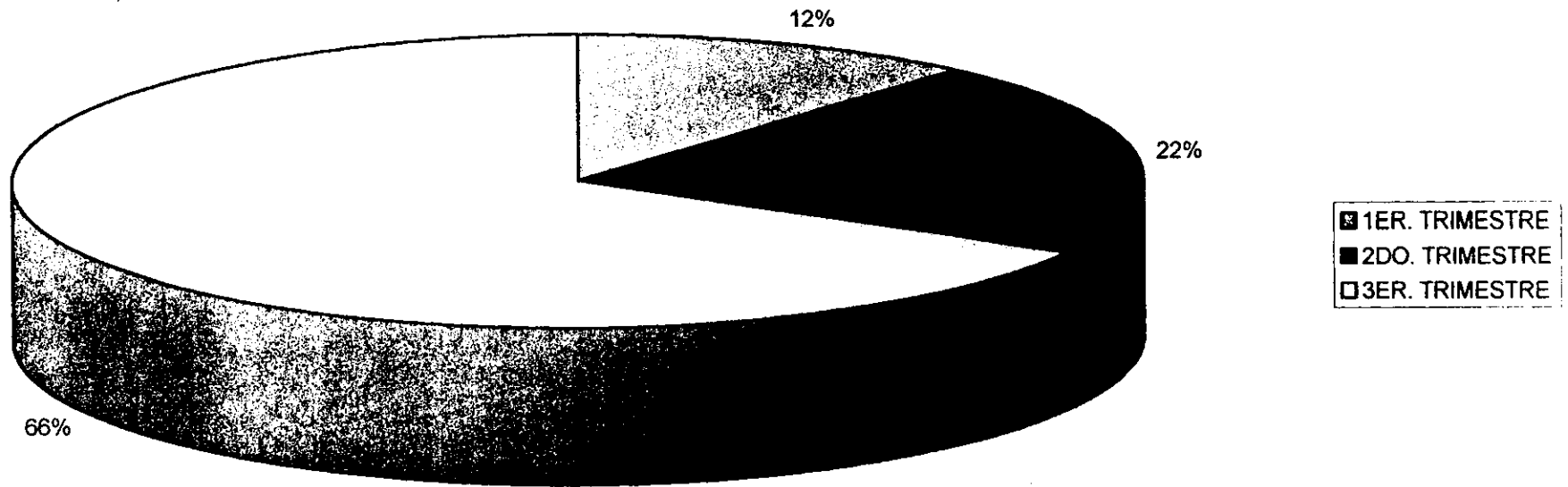
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996-1998

**FIG.2.-DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
GESTACIONES.**



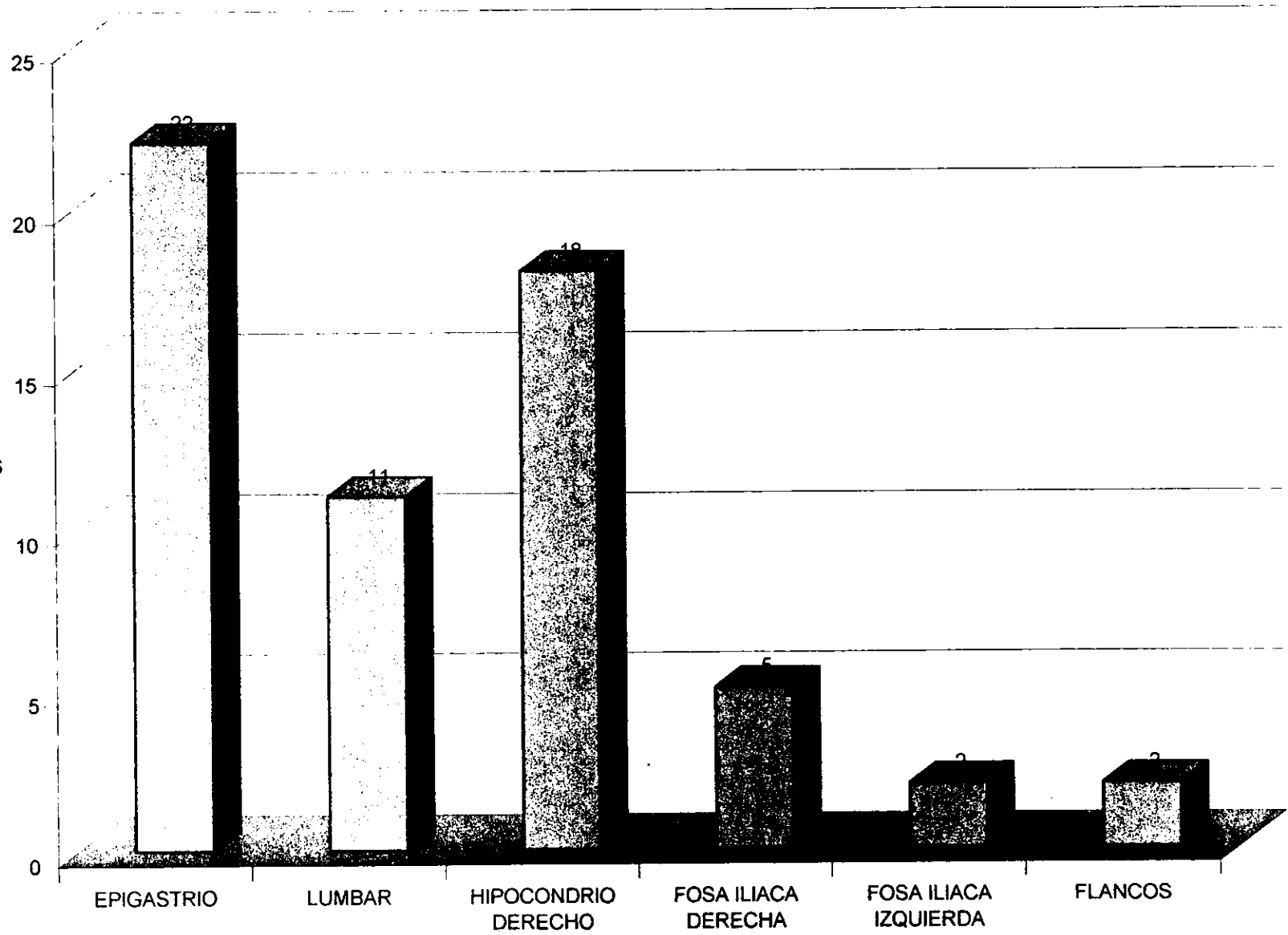
TOTAL: 60 CASOS

**FIG. 3.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
TRIMESTRES DE EMBARAZO.**



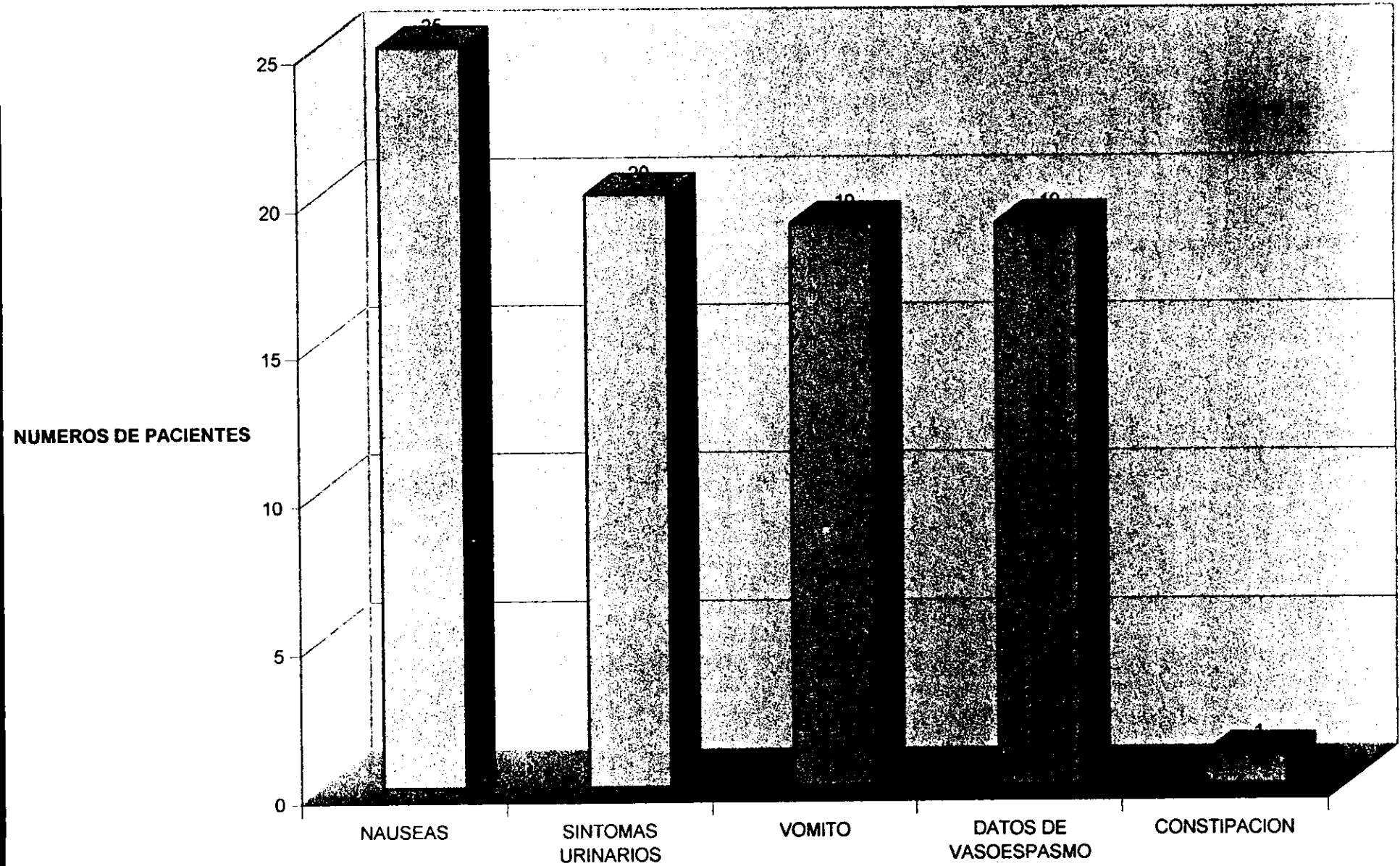
TOTAL: 60 CASOS

**FIG. 4.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
LOCALIZACION DEL DOLOR.**

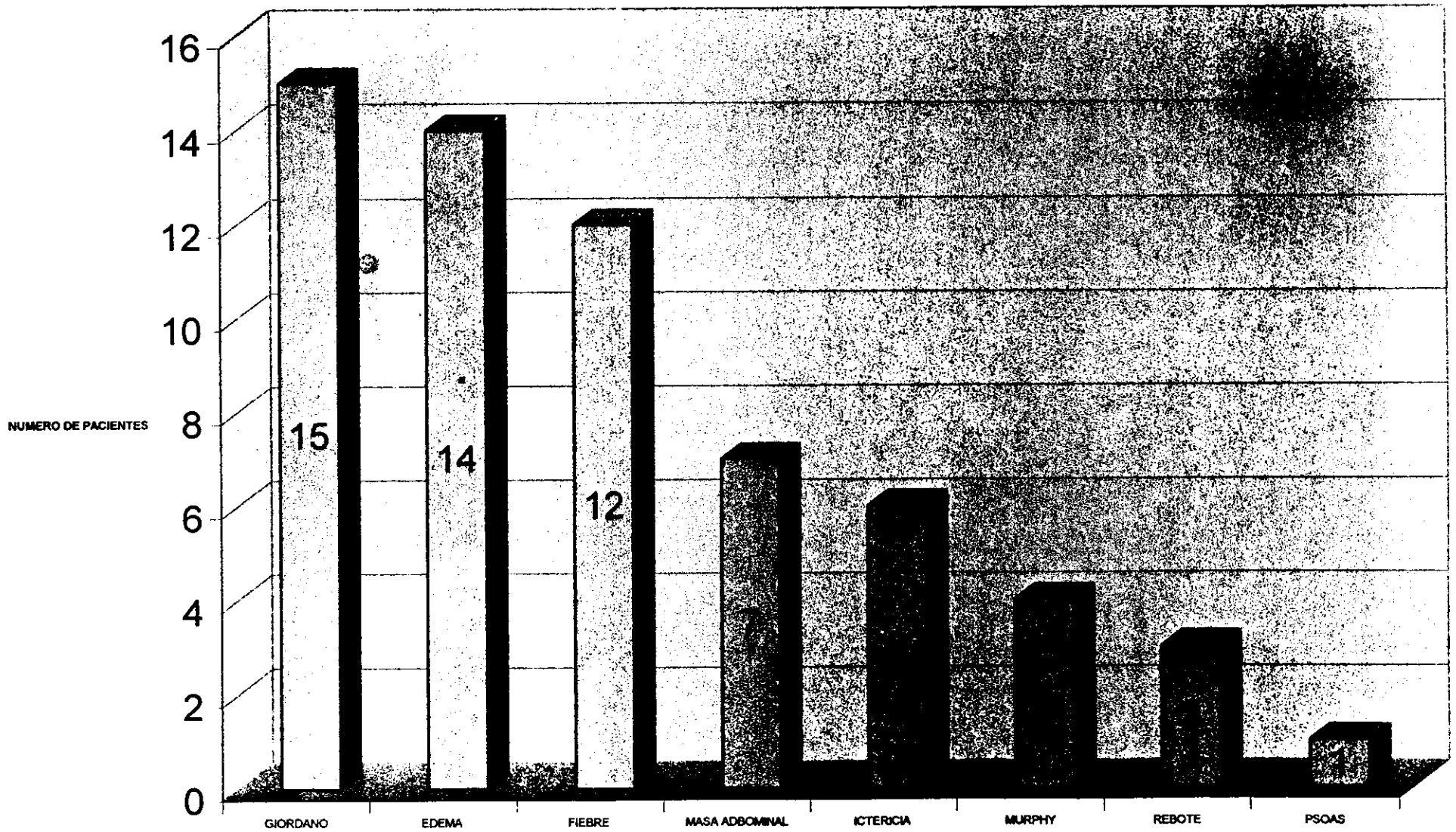


TOTAL:60 CASOS

**FIG.5.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
SINTOMAS ACOMPAÑANTES.**

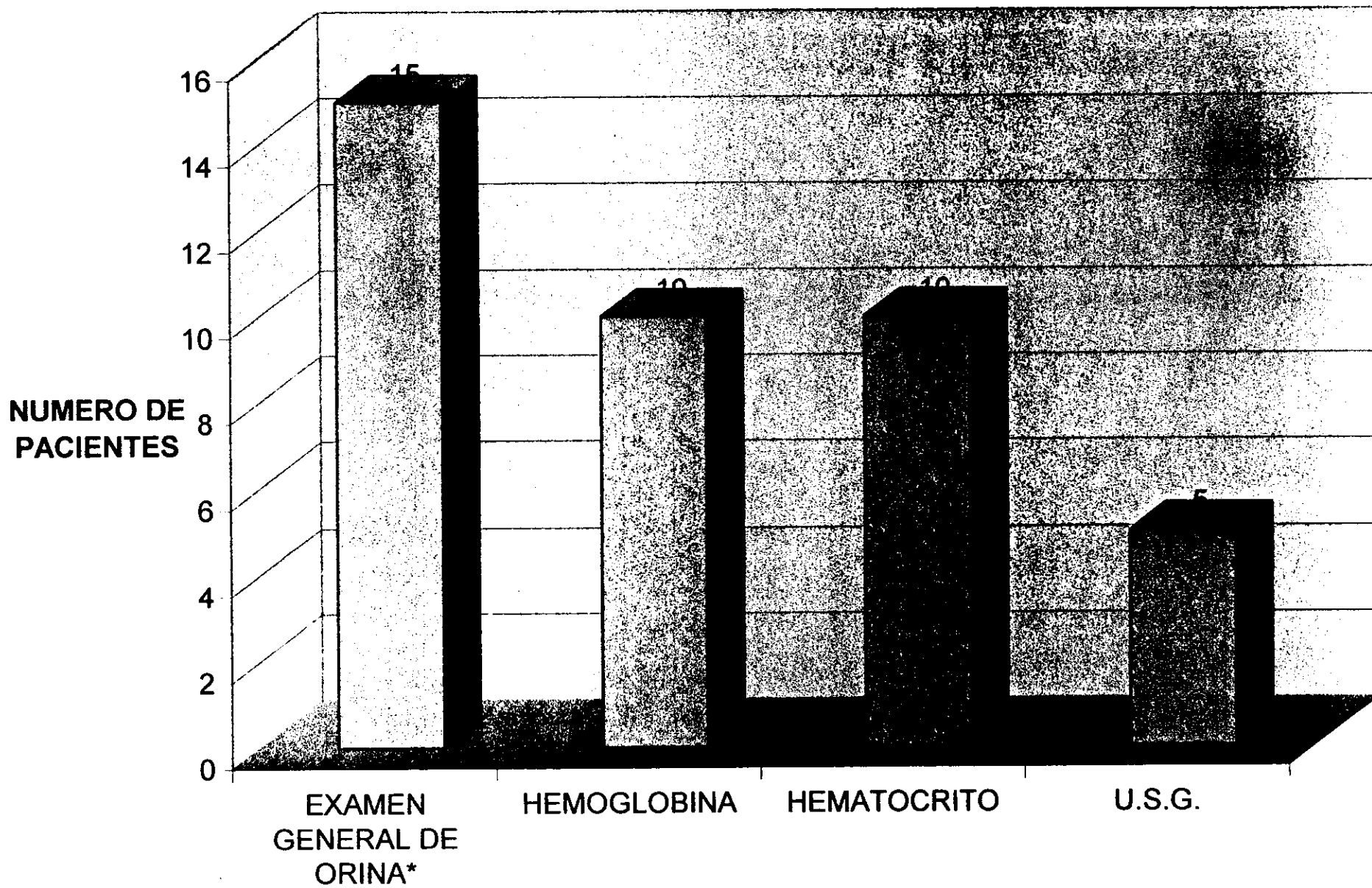


**FIG.6.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
SIGNOS ACOMPAÑANTES.**



SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER 1996-1998

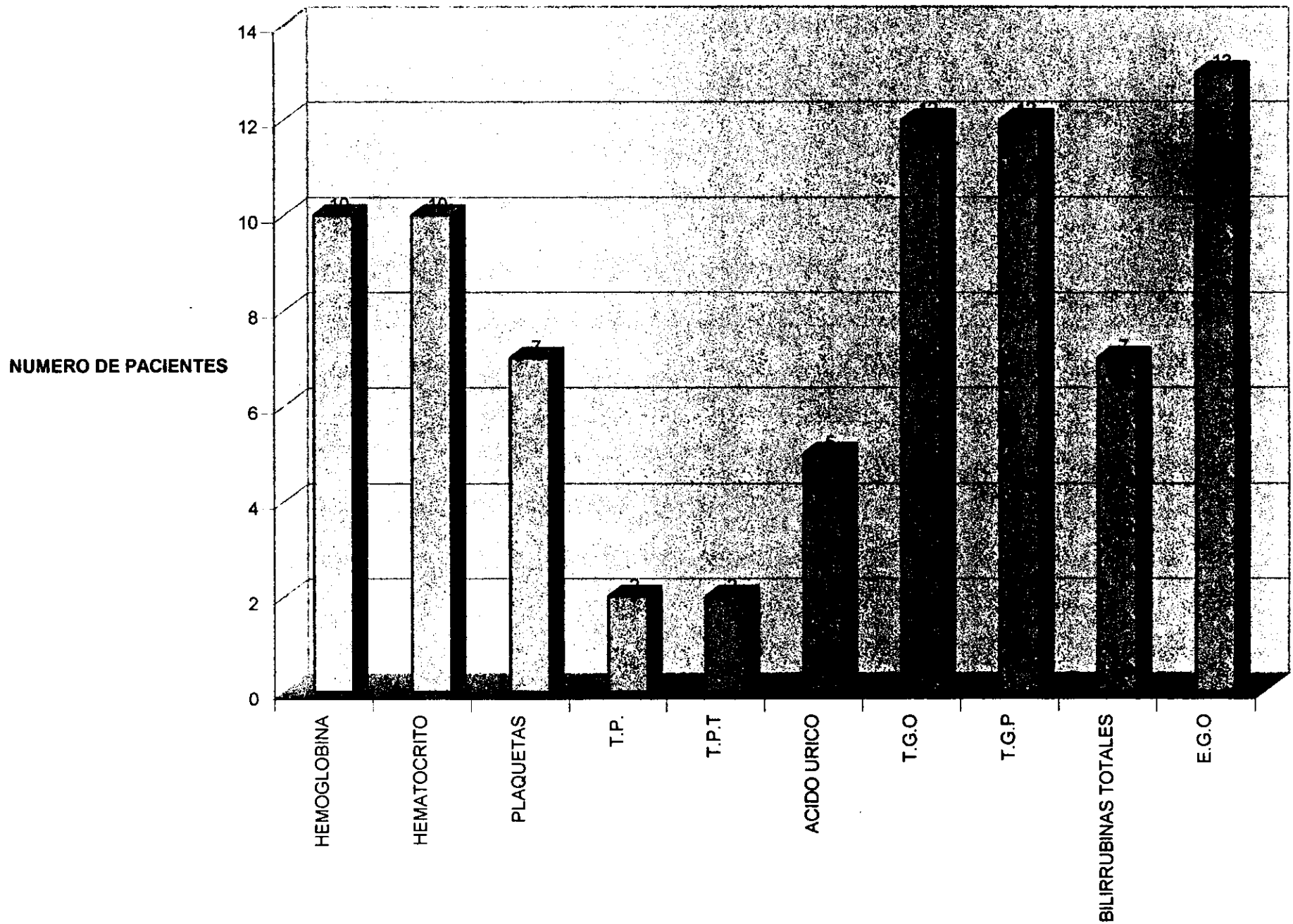
**FIG. 7.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
LABORATORIO Y GABINETE ALTERADOS EN PIELONEFRITIS.**



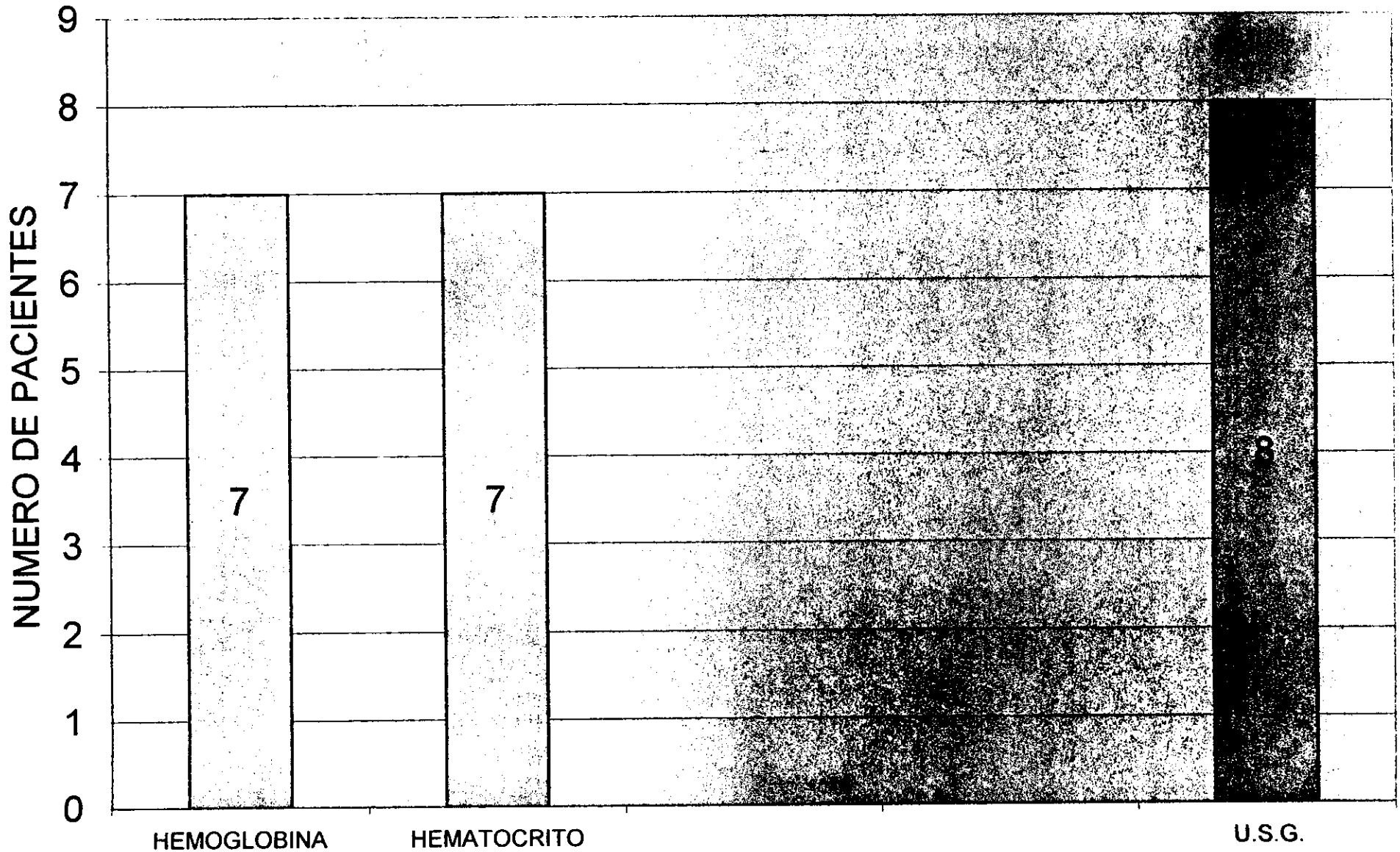
TOTAL: 19 CASOS

SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER 1996-1998

**FIG. 8.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
LABORATORIO ALTERADO EN PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA SINDROME DE HELLP.**

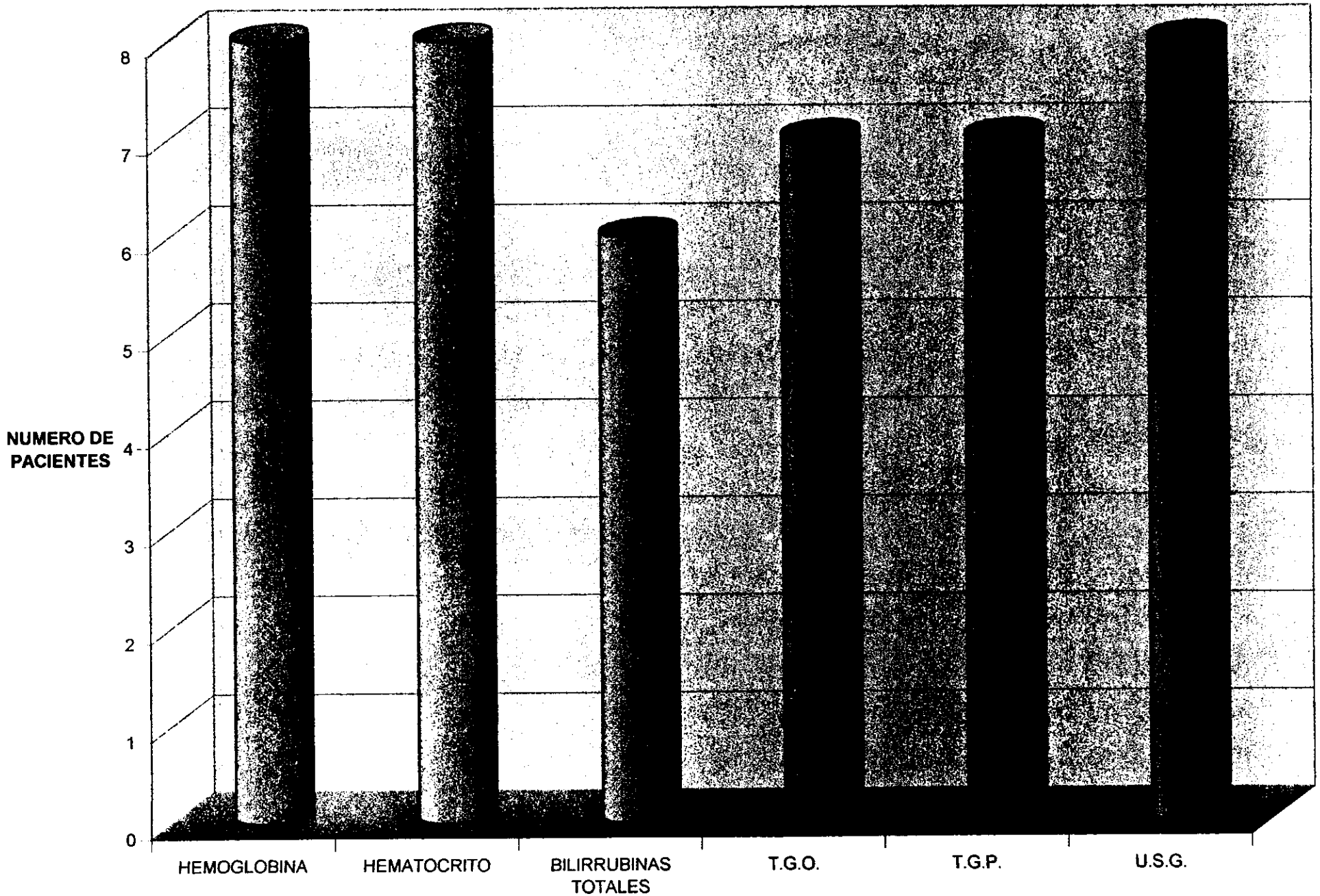


**FIG.9.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
LABORATORIO Y GABINETE ALTERADOS EN TUMORES DE
OVARIO.**



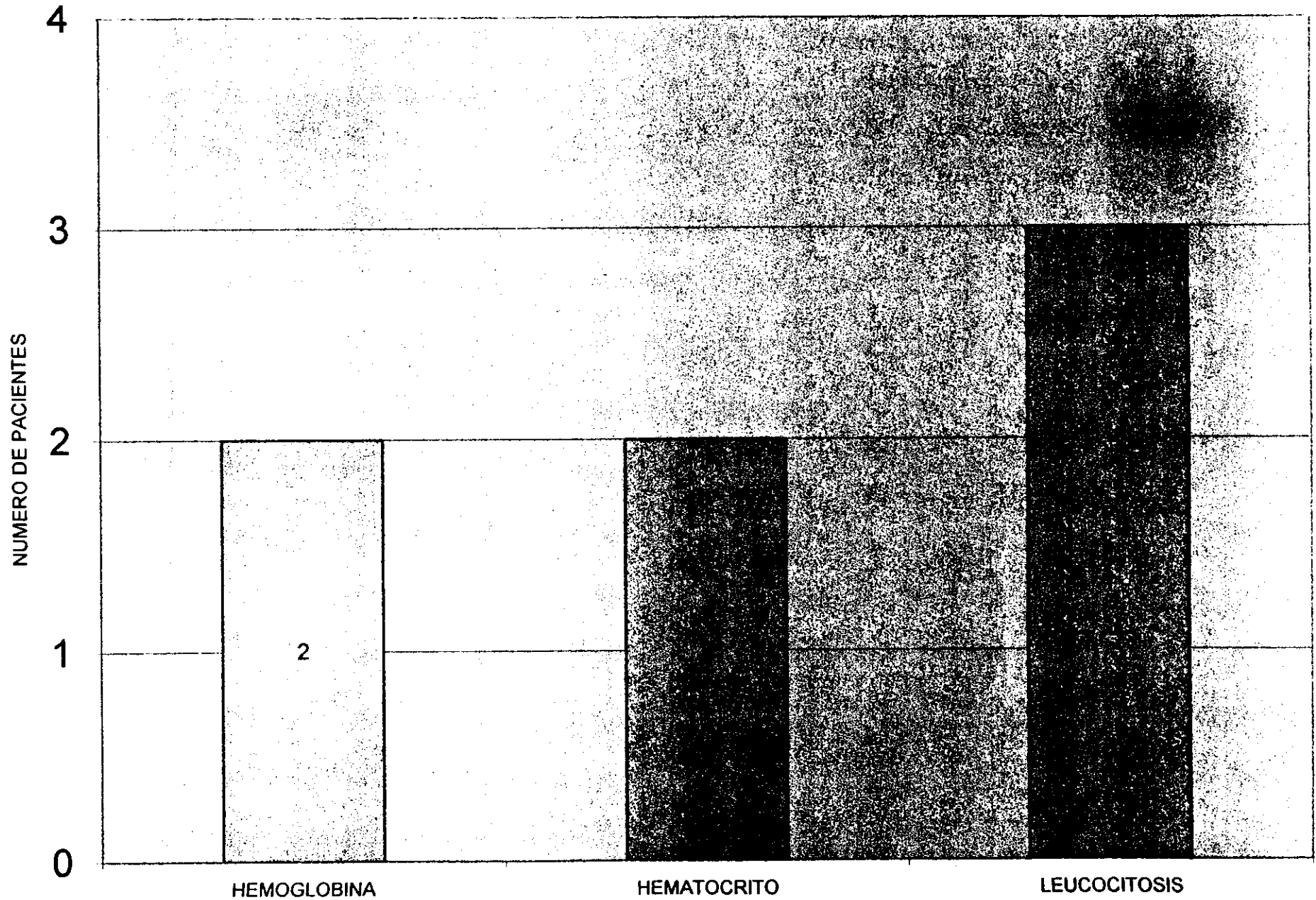
TOTAL: 10 CASOS

**FIG. 10.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
LABORATORIO Y GABINETE ALTERADOS EN ENFERMEDADES HEPATOBILIARES**



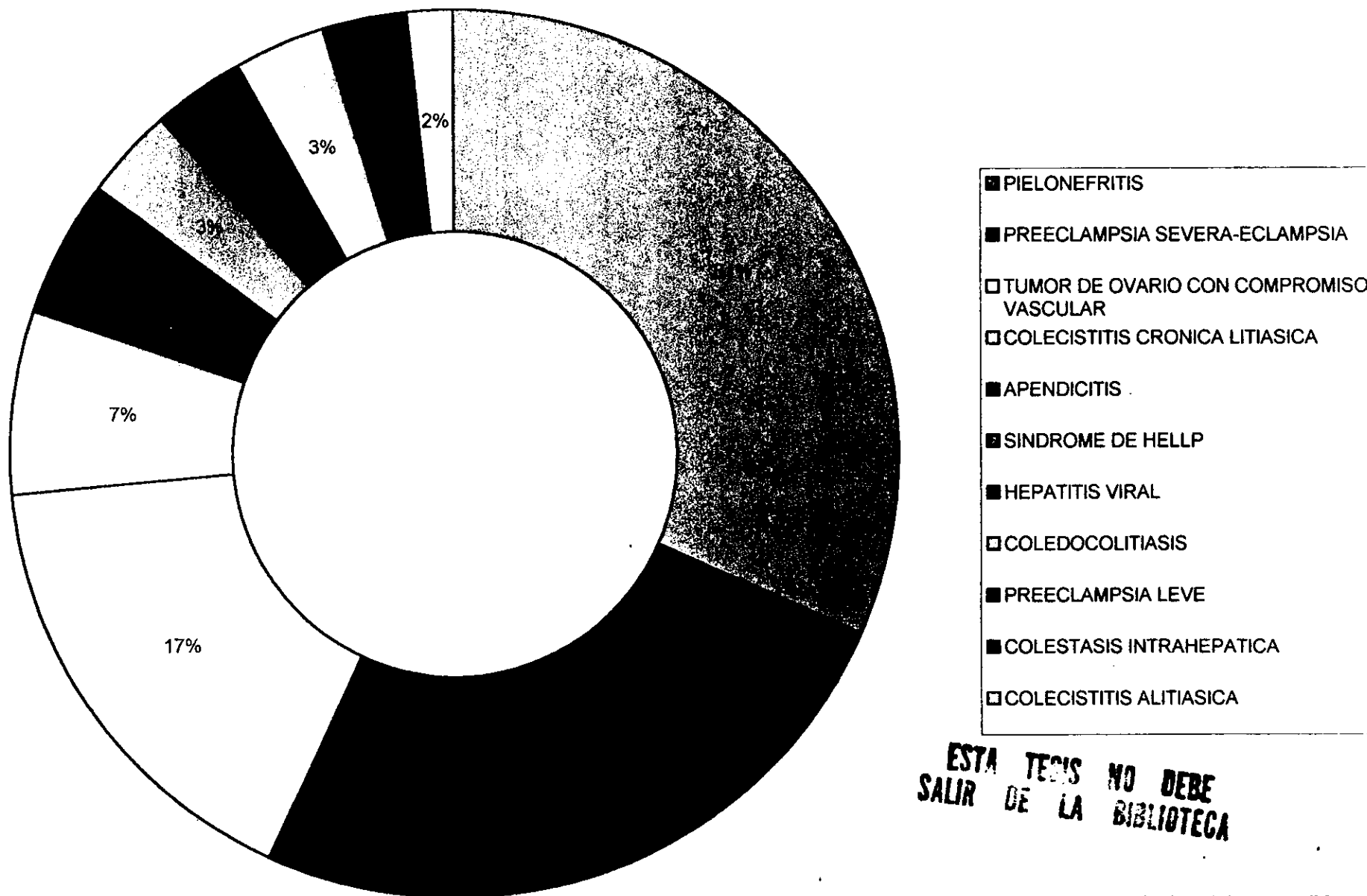
TOTAL: 10 CASOS

FIG.11.-DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO. LABORATORIO ALTERADO EN APENDICITIS.



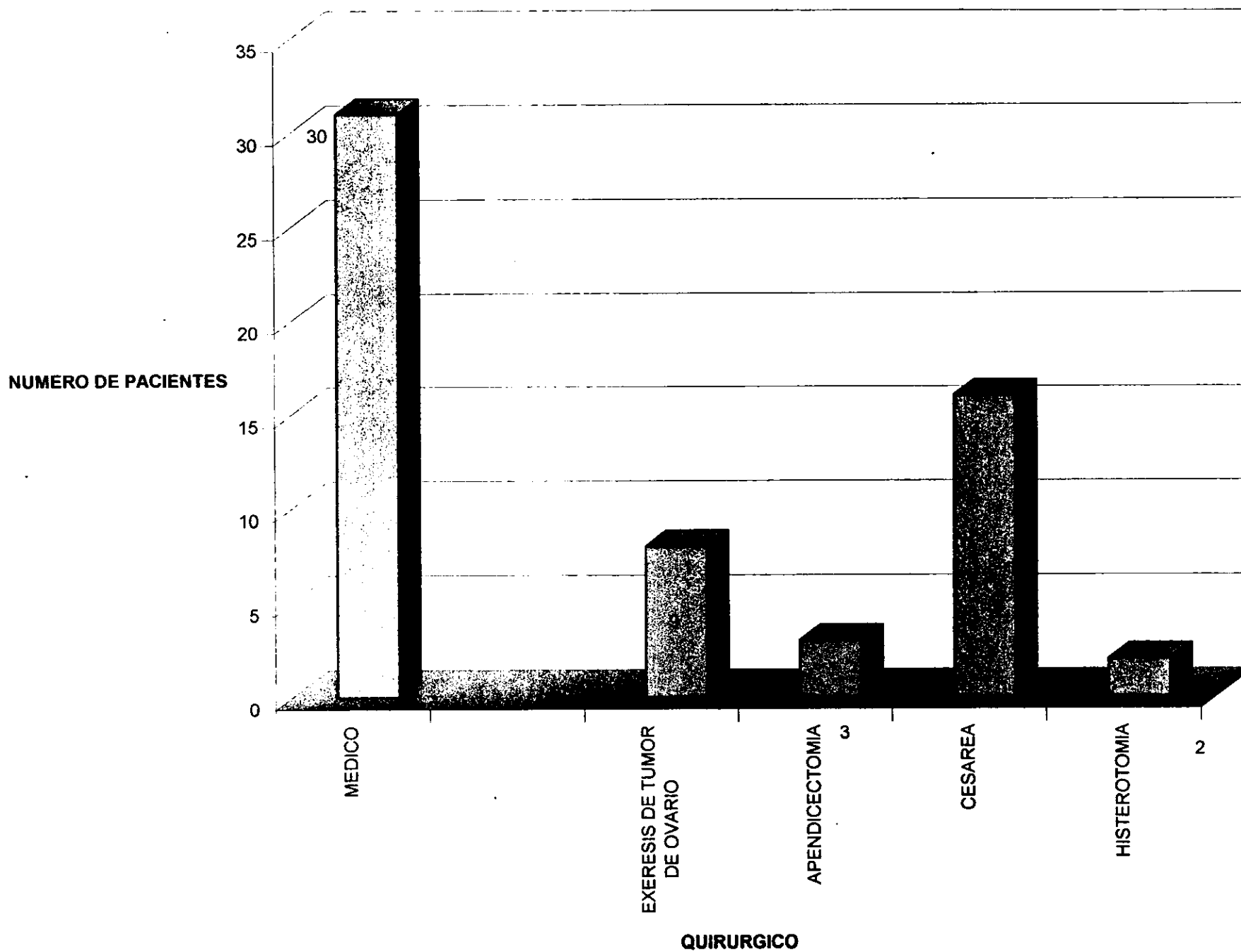
TOTAL: 3 CASOS

**FIG. 12.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS.**



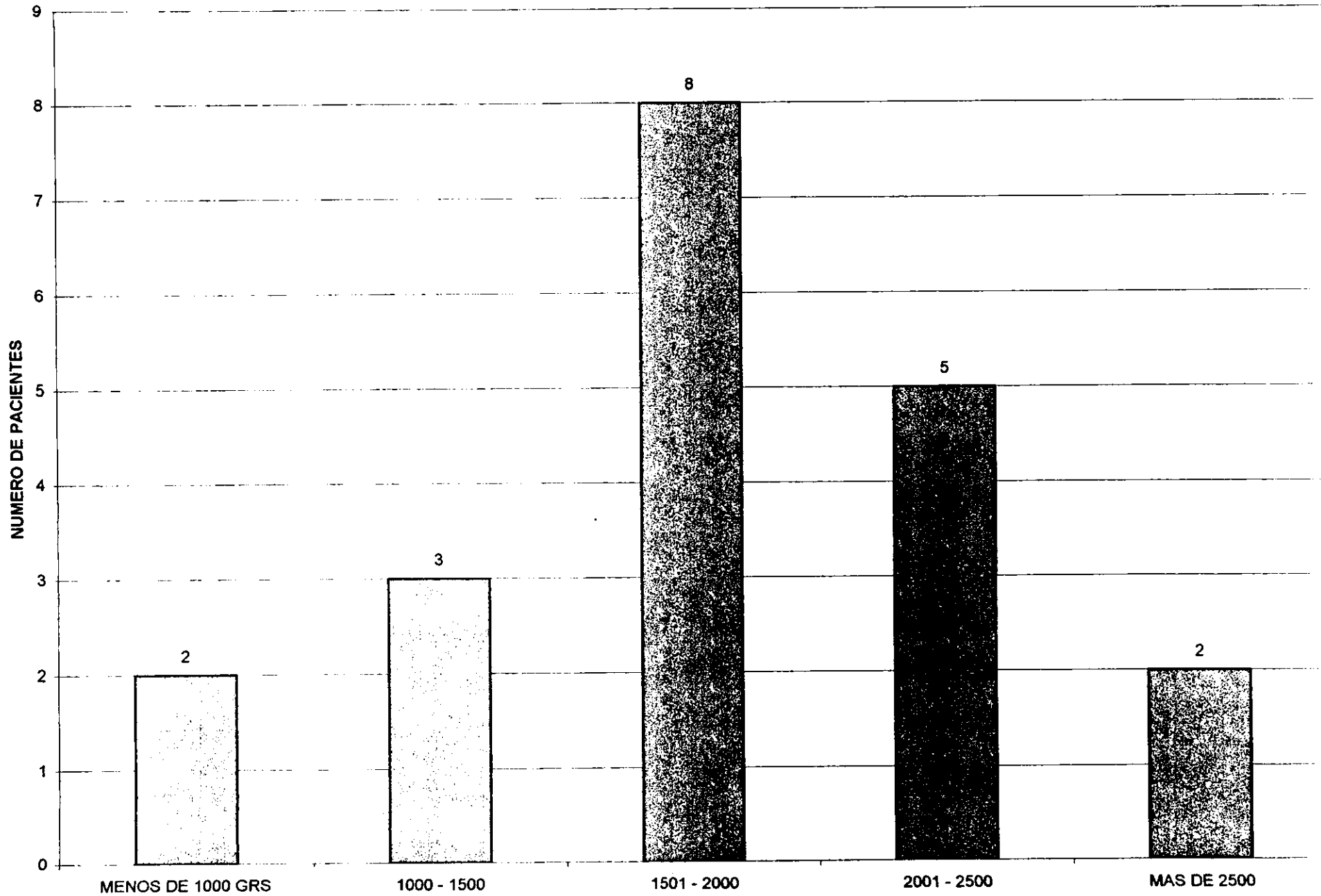
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

FIG. 13.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
TRATAMIENTO.



TOTAL: 60 CASOS

**FIG. 15.- DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
PESO DE PRODUCTOS.**



TOTAL: 20 CASOS

BIBLIOGRAFIA

1. – NATHAN L., MD y HUDDLESTON JF., MD.
DOLOR ABDOMINAL AGUDO DURANTE EL EMBARAZO.
CLINICAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, TEMAS
ACTUALES. INTERAMERICANA, VOL. 1/1995, PAG. 53-62.
2. – CHAMBERLAIN G.
ABDOMINAL PAIN PREGNANCY. ST GEORGE'S HOSPITAL
MEDICAL SCHOOL, LONDON. 1996, PAG. 1001-1005.
3. – FISCHER JE., NUSSBAUM HS., Y OTROS.
MANIFESTACIONES DE ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL.
PRINCIPIOS DE CIRUGÍA DE SCHWARTZ. INTRERAMERICANA,
1995, PAG. 1033-1038.
4. – MAYER IE., MD, AND HUSSAIN H., MD.
ABDOMINAL PAIN DURING PREGNANCY. GAS TROENTEROLOGY
CLINICS OF NORTH AMERICA. INTERAMERICANA, VOL 27,
NUMERO 1, MARCH 1998, PAG 1-12,20,21.
5. – TAMSIN A. KNOX, MD, AND LORI B. OLAMS, MD.
LIVER DISE ASE IN PREGNANCY, THEN NEW ENGLAND
JOURNAL OF MEDICINE, VOL 335, NUMBER 8, 1996, PAG. 569,
571, 572.
6. – PRITCHARD JA. , MACDONALD PC., AND NORMAN I.
GANT. ADAPTACION MATERNA AL EMBARAZO.
WILLIAMS OBSTETRICIA. SALVAT, 1995, PAG. 190-192.
7. – NETTER FH. SISTEMA REPRODUCTOR, EL EMBARAZO Y SUS
COMPLICACIONES. COLLECCIÓN CIBA DE ILUSTRACIONES
MÉDICAS, TOMO II. MASSON - SALVAT, 1980, PAG. 223, 225, 226,
231, 235-39.

8. – CABERO ROURA L. PATOLOGÍA QUIRURGICA, TRAUMATISMO Y GESTACIÓN. RIESGO ELEVADO OBSTETRICO. MASSON, 1996. PAG. 409-412, 415.

9. – FIORELLI RODRIGUEZ S. Y ALFARO RODRIGUEZ H.J. COMPLICACIONES MEDICAS DURANTE EL EMBARAZO. INTERAMERICANA, 1996, PAG. 70, 73, 75, 76, 252, 256, 258.

10. – DE ALBA QUINTANILLA F., POSADAS ROBLEDO F.J. VALORACION ULTRASONOGRÁFICA DE VESÍCULA BILIAR EN LA EMBARAZADA. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, VOL 6.5, FEBRERO 1997, PAG. 39-41.

11. - SIBAI BM, RAMADAN MIT, CHARI RS, FRIEDMAN. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO. CLINICAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, TEMAS ACTUALES. INTERAMERICANA, VOL 4/1992, PAG. 593,610, 612,613,717,731.

12. – SIBAI BM. HIPERTENSION Y EMBARAZO. CLINICAS DE PERINATOLOGÍA. INTERAMERICANA, VOL. 4/1991, PAG. 645-650, 759-762.

13. – MORRIS H. N. MEASURE BLOOD PRESSURE AND ANALYSE URINE BEFORE ADMISSION. EUROPEAN JOURNAL OF OBST AND GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY, VOL. 75, 1997, PAG. 953.

14. – BARRY C., FOX R., GORDON STIRRAT. UPPER ABDOMINAL PAIN IN PREGNANCY MAY INDICATE PRE-ECLAMPSIA. B. MEDICAL JOURNAL, VOL. 3/1994. PAG.10-11.

15. – PELEG R., GOHAR J. Y OTROS.
ABDOMINAL WALL PAIN IN PREGNANT.
EUROPEAN JOURNAL OF OBST AND GYNECOLOGY AND
REPRODUCE BIOLOGY, VOL 74/1997, PAG. 169.