



Resúmenes de Trabajos Clínicos

VI Congreso AEXMUN

Anticoncepción en los Extremos de la Vida

* Dr. Pío Iván Gómez Sánchez. Profesor Asistente Dpto. Ginecología Universidad Nacional de Colombia. Coordinador de la Unidad de Planificación Familiar del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá D. C.

El tema de anticoncepción en los extremos de la vida se ha caracterizado por una relativa ignorancia con conceptos contradictorios. Las gestaciones indeseadas se concentran en adolescentes y mujeres perimenopáusicas y es en estos grupos etéreos donde aparece el mayor número de muertes maternas, por lo que se requiere recomendar la anticoncepción.

En adolescentes menores de 15 años hay mortalidad materna 2.5 veces mayor que en mujeres de 20-24 años, con mayor proporción de anemia, toxemia, infecciones vaginales, parto pretérmino y retardo de crecimiento intrauterino, quizás más por factores socioeconómicos que biológicos. En la premenopausia el riesgo de una gestación es alto por la presencia de enfermedades subyacentes (Diabetes, hipertensión) o hábitos adquiridos (tabaquismo), documentándose mayor morbimortalidad maternofetal.

Métodos anticonceptivos: no existe un método ideal en los extremos de la vida, siendo el mejor, aquel que la mujer escoja, luego de la consejería donde se le explicaron todos los métodos, con ventajas, desventajas, eficacia, contraindicaciones y complicaciones.

Planificación familiar natural: (ritmo, moco cervical, temperatura) Las adolescentes no son idóneas para estos métodos por el mayor número de ciclos anovulatorios, fases lúteas cortas y falta de autocontrol. En la premenopausia, además de su baja eficacia, tienen difícil aplicación por los desarreglos menstruales característicos del climaterio.

Métodos de barrera: con buena motivación de la pareja y adecuada consejería para su uso pueden ser eficaces y vistos con optimismo por las adolescentes con vida sexual esporádica, con la ventaja de disminuir el riesgo de enfermedades transmitidas sexual-

mente. Los métodos de barrera ven incrementada su efectividad con la edad de la paciente, por lo que pueden ser una buena opción en la premenopausia, al no tener efectos sistémicos.

Dispositivo intrauterino (DIU): el consenso actual es que el DIU no debe utilizarse en nulíparas, reservándose en las adolescentes para aquellas que ya tienen por lo menos un hijo. En la premenopausia se ha informado menor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria con su uso; los DIU hormonales (progesterona), han mostrado reversión de hiperplasia endometrial, además, disminución de la menstruación y del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.

Contracepción hormonal: Hoy se consigue en preparados para uso oral, parenteral, implantes subdérmicos, anillos vaginales, DIU y parches cutáneos. En Colombia disponemos actualmente de anovulatorios orales de bajas dosis con progestágenos potentes, implantes subdérmicos no biodegradables de levonorgestrel e inyectables. La discusión ha sido por los riesgos de los hormonales en los extremos de la vida, sin embargo, hay que tener en cuenta que actualmente el contenido hormonal se ha minimizado a tal punto, que los riesgos obedecen a factores asociados (enfermedades preexistentes y tabaquismo). **EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER METODO ES MENOR QUE EL PRODUCIDO POR GESTACIONES Y NACIMIENTOS NO DESEADOS.** En la adolescente se deben dar los preparados hormonales de más bajas dosis o implantes subdérmicos, previa adecuada historia clínica, descartando contraindicaciones. En la premenopausia se pueden prescribir anovulatorios de bajas dosis, incluso en mujeres mayores de 45 años, si no hay antecedente de factores de riesgo como: tabaquismo, hipertensión, obesidad o hiperlipidemia. La minipíldora (no disponible en el país, los implantes subdérmicos e inyectables de depósito, pueden ocasionar amenorrea o sangrados genitales erráticos, lo cual se debe informar en la consejería previa.

Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV): ocasionalmente tenemos la adolescente con enfermedad

mental que la limita para una maternidad normal y es traída por los acudientes solicitando AQV; primero se debe hacer valoración psiquiátrica y si el concepto es a favor de la AQV, al ser una menor de edad, puede hacerse la cirugía previo consentimiento escrito informado, firmado por los responsables de la mujer, pero en mayores de 18 años debe existir declaración de un juez, que ratifique la condición de interdicción, para poder proceder a la AQV. En la perimenopausia la AQV es un método muy socorrido, incluyendo siempre en la consejería la posibilidad de vasectomía para el compañero sexual. En la mujer perimenopáusica con alto riesgo quirúrgico, se puede optar por la AQV con anestesia local y sedación, método al alcance de cualquier institución por requerir equipos sencillos y luego de un entrenamiento adecuado se puede realizar en pocos minutos con la paciente despierta, obviando riesgos por anestesia general o regional.

Dolor Pélvico Crónico de Origen Parietal en Ginecología

° Dr. Pío Iván Gómez Sánchez. Profesor Asistente Dpto. Ginecobstetricia Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Clínica de Dolor del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá D. C.

La causa del dolor pélvico crónico puede ser cualquier noxa que irrite los nervios espinales de T7 a L1, pudiendo estar el estímulo que provoca el dolor, localizado en las columnas posteriores de la médula espinal, las raíces posteriores, los ganglios espinales o los nervios periféricos. Este dolor puede deberse a: endometriosis localizada en la pared abdominal, hematoma de los músculos rectos abdominales, especialmente en pacientes ancianas o que reciben esteroides desde hace mucho tiempo, neuropatía por atrapamiento, al atraparse los nervios ileohipogástricos en el sitio donde perforan la fascia y músculos, ocasionalmente esto sucede al final de la gestación y a cicatrices quirúrgicas especialmente las transversas como las utilizadas para apendicectomía, herniotomía, nefrectomía o, la utilizada en gineco-obstetricia, incisión de Pfannenstiel.

El atrapamiento de nervio ileohipogástrico, espontáneo o secundario a una incisión transversa, produce un dolor referido como vago, localizado en la zona baja abdominal, como una sensación quemante o tipo peso, que puede referirse a la cara anterior del muslo y/o a la región vulvar. El dolor después de una incisión transversa aparece inmediatamente, meses o incluso años después y puede causarse por: incluir el nervio al suturar la aponeurosis, por tracción del mis-

mo al terminar el proceso de cicatrización que pueda producir tracción de los tejidos y, en última instancia, por lesión directa del nervio y formación de un neuroma.

El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada y en un examen físico completo, tendiente a descartar otras etiologías y enfatizando en la utilidad semiológica de no disminuirse (e incluso incrementarse) el dolor a la palpación, cuando se tensionan los músculos abdominales; cuando el dolor es intraabdominal y no de pared, el dolor desaparece o disminuye al hacerse dicha maniobra.

El tratamiento del atrapamiento de nervio ileohipogástrico se hace practicando un bloqueo del mismo con marcaína, utilizando una aguja de anestesia raquídea número 22; se hace la punción en un punto que queda 2.5 cms por debajo y 2.5 cms por dentro de la espina ilíaca anterosuperior; se practican tres infiltraciones, la primera llegando la aguja perpendicularmente al borde externo de los rectos abdominales, la segunda dirigiendo la aguja al tubérculo púbico y la tercera equidistante a las dos anteriores. Este procedimiento se hace bilateralmente.

Este bloqueo puede liberar a la paciente de los síntomas en forma permanente o transitoria, pudiéndose repetir varias veces. Cuando se requieren bloqueos y el dolor reaparece, se procede a seccionar quirúrgicamente el nervio.

La lesión del nervio ileohipogástrico se puede evitar, si, en lo posible, la incisión aponeurótica del oblicuo externo no se extiende más allá del borde externo de los rectos abdominales y procurando no tomar mucho tejido en los puntos angulares de la incisión aponeurótica.

En conclusión, el bloqueo nervioso descrito puede ser útil en pacientes que tengan un cuadro clínico similar al descrito y si se presenta mejoría pueden evitarse procedimientos diagnósticos o terapéuticos más invasivos y costosos.

Experiencia de tres años de la Clínica de dolor pélvico crónico en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá D. C.

° Dr. Pío Iván Gómez Sánchez. Profesor Asistente Dpto. Ginecobstetricia Universidad Nacional de Colombia.

Coordinador de la Clínica del dolor del Instituto Materno Infantil

Diversos factores como la industrialización, el aumento de la expectativa de vida, el control de enfermedades transmisibles ha sido la causa de aparición de otras entidades cuya manifestación es el dolor crónico (duración mayor de tres a seis meses), dejando de ser un síntoma para convertirse en una enfermedad que modifica al individuo psicobiológica y laboralmente, por lo cual se requiere para su estudio y tratamiento el enfoque de un equipo multidisciplinario. En el IMI se crea la Clínica del Dolor en junio de 1989 la integran ginecobstetricia, psiquiatría, anestesia, psicología clínica, trabajo social y enfermería con el apoyo de otras especialidades interconsultantes. Se reciben las pacientes con dolor pélvico crónico de etiología desconocida y aquellas en quienes la causa es conocida pero el dolor no se ha podido aliviar con la terapia convencional.

Desde el inicio de la clínica hasta junio de 1992, se vieron 278 pacientes, descartando 26 que fueron remitidas, pero que no tenían dolor crónico pélvico, estudiándose entonces sólo 252 pacientes, a quienes se les practicó valoración médica, psicológica y sociofamiliar de acuerdo a un algoritmo preestablecido, que incluye siempre endoscopia ginecológica (cervico - histero - laparoscopia diagnóstica).

Se encuentra que el tipo de dolor más frecuente es el tipo picada y cólico, de predominio ventral derecho e irradiación al sacro y cara anterior del muslo. Hubo marcado predominio etario en el grupo de 30-39 años; gran parte de las pacientes eran multíparas y fue consistente el hallazgo de aborto provocado esterilización quirúrgica y abuso sexual en la infancia.

La dispareunia se encontró en el 67%, el examen físico fue considerado como normal en las tres cuartas partes; la ecografía no se relacionó con los hallazgos endoscópicos en el 65% de los casos. La endoscopia ginecológica mostró hallazgos patológicos en el 60%, correlacionándose con la etiología del dolor en solo la mitad de los casos, anotando que, en los primeros dos años, no se realizaba cervicohisteroscopia por no tener dicho equipo. Al corte de esta serie en junio de 1992 se insiste en que la mayoría de pacientes tuvieron causas mixtas (orgánicas y psicógenas) en las génesis del dolor, pero hubo predominio de factores orgánicos en seis de cada 10 pacientes.

Las principales causas orgánicas de dolor fueron: endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, atrapamiento de nervio ileohipogástrico, síndrome de ovario remanente y residual; dentro de los factores psicógenos predominaron las neurosis depresivas, psicosis

depresiva, enfermedad depresiva mayor, psicosis hi-pocondríaca, neurosis de ansiedad y neurosis traumática.

Hay que recalcar que el manejo de las pacientes no se dicotomiza en orgánico y psicógeno, sino que se interrelacionan; así una mujer con endometriosis puede verse grandemente favorecida con psicoterapia individual o de grupo, con coadyuvantes en el manejo del dolor como antidepressivos tricíclicos que le inducirán un sueño reparador, tienen efecto analgésico potente y mejoran la depresión casi constante.

En este trabajo no se encontró relación directa entre adherencias pélvicas y dolor pélvico.

Se concluye que la endoscopia ginecológica es pilar diagnóstico en el dolor crónico en la pelvis; se muestra que existe relación directa entre antecedente de abuso sexual, aborto provocado y quizás esterilización quirúrgica y, dolor pélvico crónico. Se corrobora la asociación entre trastornos del sueño y dolor crónico.

Por último, creemos que la interferencia de factores sociales, biológicos, culturales y psicógenos en la patogenia del dolor crónico, hacen que amerite ser enfocado por un equipo multidisciplinario.

Manejo de la Hemorragia Postparto

* Dr. Pio Iván Gómez Sánchez. Profesor Asistente Dpto. de Ginecobstetricia Universidad Nacional de Colombia.

A pesar de ser una entidad de manejo diario, la mortalidad por sangrado postparto ocupa la tercera causa de muertes maternas en el país, quizás por la baja disponibilidad de sangre y ausencia de bancos de sangre, incluso en hospitales de nivel terciario; pero también contribuye al inadecuado manejo y la falta de entrenamiento del médico general en maniobras médicas y/o quirúrgicas, sencillas pero salvadoras.

La hemorragia del útero gestante puede ser catastrófica ya que el flujo sanguíneo que recibe es la quinta parte del gasto cardíaco. Clásicamente se ha considerado anormal el sangrado postparto cuando sobrepasa los 500cc, sin embargo en la práctica, es la experiencia del médico la que determina cuando un sangrado es patológico. Sus causas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Etiología de la hemorragia obstétrica

1. HEMORRAGIA POSTPARTO TEMPRANA ATONIA UTERINA -Sobredistensión Uterina (Polihidramnios, embarazo múltiple, Fetos Macrosómicos) -Multiparidad -Trabajo de parto prolongado o muy rápido -Fármacos (Oxitocina, Sulfato de Magnesio, Anestésicos) -Retención de restos placentarios LACERACIONES DEL CANAL DEL PARTO RUPTURA UTERINA LESIONES INTRAOPERATORIAS EN UNA CESAREA INVERSION UTERINA COAGULOPATIAS RETENCION DE PLACENTA (Acretismo, debilidad en la contracción uterina)
2. HEMORRAGIA POSTPARTO TARDIA RETENCION DE RESTOS INFECCION POLIPO PLACENTARIO

En las urgencias obstétricas se debe actuar y pensar simultáneamente y es así como mientras intentamos establecer la causa del sangrado, vamos tomando medidas correctoras para salvar la vida de la paciente.

El manejo secuencial recomendado es:

Canalizar una vena periférica (o varias) para infundir cristaloides (proporción 3: 1), tomar muestra para reservar sangre, hemograma, hemoclasificación y pruebas de coagulación. Simultáneamente buscar la causa (revisión uterina y del canal del parto). Suturar desgarros.

Si hay hipotonía: Masaje uterino, Revisión uterina y Goteo Oxitocico.

No utilizar oxitocina en bolo intravenoso, siempre en goteo, para evitar efectos secundarios como: hipotensión arterial, arritmias cardíacas etc.

En Hipotonía que no cede al manejo anterior, se puede aplicar oxitocina intramiometrial a través de la pared abdominal, masaje bimanual (vaginaoabdominal), y continuar el goteo oxitócico. Los derivados del cornesuelo del centeno como la merilergonovina tienen efectos secundarios graves especialmente en pacientes hipertensas por lo cual se recomienda limitar su uso. Existe la opción de aplicar prostaglandinas parenterales o intramiometriales (no disponibles).

Ante persistencia de hipotonía pasar a Taponamiento Uterino, desde el fondo uterino, en forma de capas (no hacerlo manual). Si es efectivo se deja por máximo seis horas, se inician antibióticos se retira el goteo

oxitócico permanente en un sitio donde haya recursos para cirugía y reposición de componentes hemáticos. Es muy útil como medida provisional, mientras derivamos la paciente a una institución de nivel superior y, ocasionalmente, sirve como medida definitiva.

Si persiste sangrado: se practica laparotomía, pudiendo el médico general realizar procedimientos como: masaje uterino directo, aplicación de Oxitocina intramiometrial, torniquete uterino (con dren de *PenRose*) o compresión de aorta con el puño mientras se solicita ayuda. El médico general puede realizar ligadura de arterias uterinas a nivel de tercio medio de útero con sutura en trasfixión, previa apertura del ligamento ancho por zona avascular, además, puede hacer ligadura de ramas de vasos ováricos en el *mesosálpinx*; si tiene experiencia quirúrgica adecuada puede realizar histerectomía subtotal.

La Histerectomía Abdominal total y la ligadura de arterias Hipogástricas quedan reservadas solo para el especialista.

Si el sangrado postparto se acompaña de intenso dolor, no se palpa útero supraumbilical, se debe sospechar Inversión Uterina; se revierte el útero inmediatamente, se hace extracción manual de la placenta una vez revertido y, se deja la mano dentro del útero hasta que haya buen tono con el goteo oxitócico. Si no se puede revertir inmediatamente, se deberá hacer bajo anestesia general con técnica aséptica; si es imposible de esta forma, se debe hacer el tratamiento quirúrgico (abdominal o vaginal), reservado para personal experto, por lo cual, lo mejor es la prevención de este accidente con una técnica atraumática de alumbramiento.

Amenorrea. Orientación del Genetista

° Dra. Clara E. Arteaga D.

Los cambios físicos de las niñas durante la pubertad, ocurren de manera ordenada y secuencial iniciándose con el desarrollo mamario, seguido de la aparición del vello púbico y axilar, la redistribución de la grasa corporal y culminando con la aparición del primer ciclo menstrual, el cual marca la inminencia de la ovulación. Si bien, todos estos eventos ocurren en estrecha relación temporal entre sí, la edad de aparición de la menarquia puede variar entre individuos, entre regiones geográficas, etc., considerándose como rango normal los 10 a los 16 años de edad. Cuando la menarquia no se produce dentro de este rango de

edad, se habla de amenorrea primaria. Desde el punto de vista genético, son varias las causas que pueden ocasionar amenorrea primaria y de acuerdo a esto las podemos clasificar así:

- I. Por disfunción hipotálamo-hipofisiaria. Las entidades genéticas que conducen a esta alteración, presentan en general frecuencias muy bajas, pero pueden ser reconocidas clínicamente por las particularidades de su fenotipo: A. Deficiencia aislada de GnRh. B Síndrome de Prader Willie.
- II. Alteraciones del metabolismo intermediario: A. Hipotiroidismo. B. Galactosemia. C. Resistencia a la insulina. D. Resistencia androgénica completa (síndrome de feminización testicular). E. Hiperplasia adrenal congénita; por alteraciones enzimáticas en la síntesis de los esteroides.
- III. Alteraciones de origen gonadal: A. Síndrome de Turner. B. Disgenesia gonadal XX. C. Disgenesia gonadal XY. D. Disgenesia gonadal mixta. E. Hermafroditismo verdadero.
- IV. Alteraciones del órgano terminal. A. Síndrome de Rokitansky. B. Alteraciones en la fusión de los ductos Mullerianos. C. Himer imperforado.

Manejo de la Infección Puerperal en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá.

° Hernando Gaitán D. Profesor Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional

La infección puerperal fue la principal causa de muerte por sepsis en el Instituto Materno Infantil durante 1992 con el 50% de las muertes maternas. De estas, un 80% correspondieron a cesáreas. En cuanto a la morbilidad, el 1.7 de los partos vaginales y 11.3% de las cesáreas se complicaron con infección.

En el Instituto se han detectado factores de riesgo de infección puerperal; la falta de control prenatal, la anemia, desnutrición, el trabajo de parto prolongado, la hipertensión inducida por el embarazo. Otros han relacionado la RPM.

En 1991, en 25 pacientes post-cesárea se obtuvieron aislamientos bacteriológicos de endometrio y herida quirúrgica predominando los gérmenes anaerobios (62% y 70% respectivamente).

El cuadro clínico más frecuente en 124 pacientes en 1991 fue: Fiebre (95%), Taquicardia (82%), Loquios fétidos (78%), Neutrofilia (62%), Dehiscencia histerorráfia (62%), Masa parauterina (56%), Cuello abierto (53%), Dolor Uterino (32%). También se encontró subinvolución uterina y sedimentación mayor a 40 mm/hora. La leucocitosis tuvo poca relevancia diagnóstica. Hacemos el diagnóstico con tres de los criterios anotados.

El manejo tiene en consideración si la infección es posterior a parto vaginal o parto por cesárea. Si el parto fue vaginal habrá que considerar si fue extrahospitalario o intrahospitalario. En el primer caso, se hospitalizará la paciente, se buscarán signos de sepsis (presencia de dos o más de los siguientes: FC 90. FR 20 Temperatura mayor a 38.3°C oral, leucocitos mayor a 12.000 o Cayados 10). Se aplicarán 1000 cc de soluciones isotónicas para prevenir o tratar la hipoperfusión. Se iniciarán combinaciones de antibióticos que cubran los gérmenes Gram (+) y Gram (-) aerobios y anaerobios y se practicará legrado en las primeras 8 horas. Esto también se aplicará si el parto fue en el hospital y no se practicó revisión uterina. En caso de haberse practicado la revisión uterina, se individualizará la necesidad del legrado de acuerdo a la sospecha de presencia de tejido placentario; si no se encuentran signos que así lo indiquen, no se recomienda su realización.

En la infección postcesárea se hospitalizará la paciente y se buscará la sepsis o sepsis severa (dos de los signos anteriores, más signos de hipoperfusión o disfunción de un órgano v. gr: somnolencia, acidosis, oliguria, etc), se iniciarán soluciones parenterales y antibióticos que cubran los gérmenes antes descritos, pero siempre teniendo en cuenta a los anaerobios que crecen más fácilmente en estas pacientes; recomendamos la asociación Aminoglucósido más Clindamicina o Aminoglucósido más un Inimidazol por vía IV o Sulbactam Ampicilina hasta que esté afebril por 24 horas.

Si la paciente ingresa en *Shock* séptico o falla orgánica (v gr; CID, SDRA, Insuficiencia renal, etc) o no sale de la sepsis a las 24 horas de tratamiento, se llevará a laparotomía inmediata para posible histerectomía por miometritis o drenaje de peritonitis habiendo reservado cama en la Unidad de Cuidados Intensivos.