

ARTICULO ORIGINAL

Caracterización demográfica y clínica de las mujeres gestantes sometidas a cirugía abdominal no obstétrica en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano, Barranquilla 2004 a 2014

Jorge Rocha Gamarra¹, Jasser Remberto Anillo Anillo², Carlos Alfredo Malagon D.³

¹MD Ginecólogo y Obstetra, Perinatólogo. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia

²MD Residente de Ginecología y Obstetricia. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia

³MD Residente de Ginecología y Obstetricia. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia

Resumen

Introducción: la incidencia de cirugía no obstétrica durante el embarazo se encuentra entre el 1.5% y 2%, reportándose un 42 % de casos durante el primer trimestre, 35 % en el segundo y 23 % en el último trimestre

Objetivo: caracterización demográfica y clínica de las mujeres gestantes sometidas a cirugía abdominal no obstétrica en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano de Barranquilla.

Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo retrospectivo, se realizó una revisión de las historias clínicas de todas las mujeres embarazadas que consultaron la Fundación Hospital Universitario Metropolitano de Barranquilla y se les realizó cirugía abdominal no obstétrica.

Resultados: de 7500 pacientes que consultaron al servicio de urgencias de ginecobstetricia; incidencia de 0.2% de cirugía abdominal no obstétrica, el 92.9 % son adultas, unión libre 64,3%, estrato 1, 78.6%, pertenecen a la zona sur occidental 79%. El total de pacientes que se les realizó cirugía abdominal no obstétrica 14. El 92.9 % corresponde a apendicitis, 7.1% a colecistitis. Trimestre en que se realizó la intervención, primer trimestre 35.7% segundo trimestre 21.4%, tercer trimestre 42,9%. de 5 pacientes la vía del parto fueron, 4 por cesárea y 1 por parto vaginal.

Conclusión: las dos primeras causas de cirugía abdominal no obstétrica en el embarazo son apendicitis y colecistitis, lo que coincide con los datos obtenidos en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano de Barranquilla.

Palabras clave: caracterización, embarazo, laparotomía, laparoscopia, apendicitis, colecistitis

Demographic and clinical characterization of pregnant women subjected to non-obstetric abdominal surgery at the Fundación Hospital Universitario Metropolitano, Barranquilla 2004-2014

Abstract

Introduction: The incidence of non-obstetric surgery during pregnancy is between 1.5% and 2%, reports shows that a 42% of cases were during the first trimester, 35% in the second and 23% in the trimester of pregnancy .

Objective: Demographic and clinical characterization of pregnant women subjected to non-obstetric abdominal surgery in the Fundación Hospital Universitario Metropolitano of Barranquilla.

Materials and methods: retrospective descriptive observational study, we conducted a review of the medical records of all the pregnant women who consulted the Fundación Hospital Universitario Metropolitano of Barranquilla and were involved non-obstetric abdominal surgery.

Results: 7500 patients that consulted to the emergency room of Gynecology; incidence of 0.2% of non-obstetric abdominal surgery, the 92.9% are adults, free union, 64.3%, social stratum 1, 78.6%, belong to the South western area 79%. Total patients who underwent abdominal non-obstetric surgery 14. The 92.9% corresponded to appendicitis, and 7.1% to cholecystitis. Trimester the intervention was made first trimester 35.7% second trimester 21.4%, 42.9% third trimester. 5 patients were attending childbirth, 4 was by caesarean section and vaginal delivery 1.

Conclusion: The two leading causes of abdominal non-obstetric surgery during pregnancy are appendicitis and cholecystitis, which coincides with the data obtained in the Fundación Hospital Universitario Metropolitano of Barranquilla.

key words: Characterization, pregnancy, laparotomy, laparoscopy, appendicitis, cholecystitis

introducción

El tema de la cirugía no obstétrica durante el embarazo es una preocupación importante para el personal médico, especialmente para aquellos de la rama de la ginecología y obstetricia.

La incidencia de cirugía no obstétrica durante el embarazo se encuentra entre el 1.5% y 2%, reportándose un 42 % de casos durante el primer trimestre, 35 % en el segundo y 23 % en el último trimestre (1). En la mayoría de los casos, la mujer embarazada presenta los signos y síntomas clásicos de la patología quirúrgica. Cuando el diagnóstico quirúrgico es evidente, da origen a una pronta intervención que minimiza los riesgos para la madre y el feto. Sin embargo, hay casos en los que el diagnóstico se retrasa a causa de manifestaciones clínicas insidiosas que pueden confundirse con otras patologías o síntomas propios del embarazo. La estrategia diagnóstica, terapéutica y de control postoperatorio, requiere un manejo multidisciplinario y una estrecha colaboración entre anestesiólogos, radiólogos, cirujanos y especialistas en medicina materna fetal (2).

Las principales indicaciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo son la apendicitis, colecistitis, las enfermedades anexiales (tumor benigno o maligno, torsión) y las obstrucciones intestinales. Existen otros casos más infrecuentes, la torsión o miomas subserosos, pediculados o necrosis del mismo, hemo-peritoneo por rupturas de várices pélvicas, del bazo o del útero. Las colocaciones de catéteres ureterales tipo doble J son frecuentes, pero no plantean problemas y rara vez necesitan una anestesia general (3).

La vía de acceso de elección en las embarazadas debe ser la laparoscopia, tanto por las exigencias ergonómicas para el cirujano y por la menor prevalencia de complicaciones perinatales y por el período más breve de convalecencia. Desde hace 10

años la mayoría de los grupos de cirugía optan en primer lugar por la laparoscopia. Los estudios comparativos no han mostrado diferencias en cuanto a la prevalencia de complicaciones tras la laparotomía y la laparoscopia en términos de abortos y de parto prematuro. Además, la laparoscopia se asocia a una reanudación del tránsito intestinal más precoz, un tiempo de hospitalización más corto y un dolor menos intenso. Si la intervención puede postergarse (lo que rara vez es posible), se recomienda efectuarla al comienzo del segundo trimestre, una vez que haya finalizado la organogénesis (4)(5).

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo (25% de los casos), su incidencia varía entre el 0,05-0,13% de los embarazos. Es tan frecuente durante el embarazo como fuera de éste, por lo que la gestación no es un factor predisponente a la apendicitis. En realidad, las mujeres embarazadas no están forzosamente expuestas a un riesgo más elevado de apendicitis que las no embarazadas. Puesto que se trata de una enfermedad de la población joven, desde luego la apendicitis es más común en las mujeres en edad reproductiva. En un estudio de casos y controles se llegó a demostrar una disminución de la incidencia de la apendicitis aguda en la mujer embarazada, quizá debido a un efecto protector del tercer trimestre. Pero su incidencia es un poco más frecuente en el segundo trimestre (6)

La apendicitis en la mujer embarazada sigue siendo una afección grave debido a la etapa clínica en la que se diagnostica, frecuentemente en apendicitis perforada con peritonitis. La incidencia de la apendicitis perforada en el embarazo es del 43%, claramente superior que al resto de la población con una incidencia del 4 al 19 %. De acuerdo a Ramanah la frecuencia de apendicitis durante el embarazo va en un rango del 27% al 68% en el segundo trimestre. Se han señalado varios factores, el retraso diagnóstico debido a una sintomatología polimorfa, ya que la mujer embarazada tiene múltiples razones para vomitar o presentar dolor en el abdomen.

Complicaciones de la apendicitis, la peritonitis, en caso de diagnóstico tardío, la infección peritoneal tiende a difundirse y las peritonitis no son infrecuentes. Las mujeres embarazadas y que presentan una apendicitis

Correspondencia:

Jorge Rocha. Calle 76 No. 42 - 78. Barranquilla, Colombia

Tel: 009+57 + 5 (código de área) +3697021

jorgerocha81@hotmail.com.

Recibido: 15/06/15; aceptado: 30/08/15

aguda se complican con perforación en el 25% de los casos (7). La incidencia de las perforaciones apendiculares se ha estimado en el 66% en los caso que el intervalo entre el diagnóstico y el tratamiento sea de más de 24 horas, frente al 0% si el intervalo es menor de 24 horas (8) Las peritonitis pueden ser primarias por perforación apendicular o secundaria por difusión de una apendicitis no operada.

La segunda causa de cirugía no obstétrica durante la gestación se encuentra en relación con la colecistitis aguda, causando un síndrome abdominal agudo en el embarazo, con una prevalencia del 0,05-0,08% (9). La enfermedad biliar es más frecuente en la mujer, el embarazo actúa como un factor favorecedor debido a la compresión de la vesícula y las vías biliares, la atonía vesicular, la hipertonía del esfínter de Oddi y las modificaciones bioquímicas de la bilis vinculadas a la impregnación hormonal. La saturación biliar de colesterol aumenta por efecto de los estrógenos. Al finalizar el primer trimestre, la progesterona induce una relajación del tejido muscular liso, lo que reduce la tonicidad de la vesícula biliar. Los otros factores de riesgo conocidos son la obesidad, antecedente familiar, la frecuencia y el número de embarazos (10). Por consiguiente, la aparición de un cálculo vesicular durante el embarazo no es infrecuente (10% de las mujeres embarazadas).

El tratamiento médico inicial se recomendó durante mucho tiempo en el embarazo para alcanzar el término y efectuar la colecistectomía en frío después del parto. Esta estrategia se usaba porque los estudios de larga data señalaban una alta incidencia de mortalidad fetal, de modo que la opción quirúrgica se reservaba para los fracasos del tratamiento y los casos con ictericia. Sin embargo, las publicaciones recientes están más bien a favor de un tratamiento quirúrgico precoz por las siguientes razones, un menor uso de analgésicos, el índice de recidiva en caso de tratamiento conservador, que es del 44 al 92%, disminución de la duración y el número de hospitalizaciones, disminución de los riesgos de complicaciones, perforación, sepsis, peritonitis, colangitis, pancreatitis (11).

Respecto a la conducta terapéutica ante una colecistitis aguda en la mujer embarazada, puede concluirse que, retrasar la colecistectomía en la mujer embarazada aumenta la morbilidad a corto y largo plazo, con el tratamiento médico inicial se obtiene un fracaso en el 27% y un 60% de recidivas, la laparoscopia es la vía quirúrgica de preferencia, la laparoscopia puede practicarse con toda seguridad en los tres trimestres del embarazo, pero el momento óptimo sería el segundo trimestre, a las mujeres se les recomienda una cirugía preventiva de la litiasis biliar sintomática antes de

empezar un embarazo.

La urgencia quirúrgica en la mujer embarazada es un gran desafío para el personal médico. La actualización de los conocimientos terapéuticos es fundamental, así como el trabajo multidisciplinario de las distintas especialidades.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, se realizó una revisión de las historias clínicas de todas las pacientes gestantes a quienes se les realiza cirugía abdominal no obstétrica, en la Fundación Hospital Universitarios Metropolitano de Barranquilla, en el periodo comprendido entre enero de 2004 hasta diciembre de 2014.

El análisis descriptivo de las variables cualitativas se realizó con cálculo de frecuencias absolutas y relativas, mientras que las medidas cuantitativas se les hizo cálculo de tendencia central y dispersión, este análisis se apoyó con el software estadístico Epi Info v7.

Resultados

En el periodo de estudio se identificaron un total de 7500 pacientes gestantes, de estas 14 fueron sometidas a cirugía general por causa no obstétrica para una incidencia de 0.2 %. La mediana de edad general fue de 23 años con rango intercuartílico entre 18 y 29 años, el 92,9% eran adultas, el estado civil y el estrato más frecuente fue la unión libre y el estrato 1 con 64,3% y 78,6% respectivamente, (tabla 1).

Tabla 1. Edad de las pacientes gestantes sujetas a estudio

	N	%
Edad Me [RI]	23 [18,5 – 29.5]	
Adolescentes	1	7,1
Adultas	13	92,9

Fuente. Historias clínicas Fundación Hospital Metropolitano de Barranquilla

De la población sujeta a estudio, se determina que el mayor porcentaje proveniente de la zona sur occidental de Barranquilla, en un 79%. De la zona norte y centro histórico en un 14,2%, y de la zona sur oriental en un 7,1%. Esto correspondería a un estrato social 1, en un 78,6%, estrado 2 en un 7.1%, estrato 3 en un 7.1% estrato 5 en un 7.1%. (tabla 2)

Tabla 2. Estrato social de las pacientes gestantes sujetas de estudio

Estrato social	N	%
1	11	78,6%
2	1	7,1%
3	1	7,1%
4	0	0,0%
5	1	7,1%

Fuente. Historias clínicas Fundación Hospital Metropolitano de Barranquilla.

Con respecto a los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las madres sujetos de estudio se encontró una mediana de menarquía de 12 años (RI=11 - 13), las medianas de gravidez, paridad, abortos y compañeros sexuales fueron de 1, 0, 0 y 1 respectivamente. La media de edad gestacional al momento de procedimiento quirúrgico no obstétrico fue de 19,8 semanas (RI= 8,6 – 35.2), estas consultas fueron más frecuentes durante el tercer y primer trimestre con 42,9% y 35,7% mientras que el segundo trimestre solo tuvo el 21,4%. Dentro de los antecedentes personales de las maternas se destacan los quirúrgicos con 35,7%, siendo el más frecuente la Cesárea con 21,4%, el legrado y una resección de quiste mamario tuvieron una proporción de 7,1% cada uno. (tabla 3)

Tabla 3. Edad gestacional al momento de la intervención quirúrgica de las pacientes gestantes sujetas de estudio

	N	%
Edad gestacional me [RI]	19.8 [8,6 – 35,2]	
Primer trimestre	5	35,7%
Segundo trimestre	3	21,4%
Tercer trimestre	6	42,9%

Fuente. Historias clínicas Fundación Hospital Metropolitano de Barranquilla.

Al analizar las causas de la cirugía abdominal no obstétrica se identificó el abdomen agudo en todos los casos, arrojando como diagnóstico post operatorio apendicitis en 92,9% y colecistitis en 7,1%. En el 28,6% de las pacientes se realizó además cesárea y en 7,1% resección de quiste hemorrágico, (tabla 4). El ingreso de las pacientes siempre fue por el servicio de urgencias con estado de consciencia óptico (Glasgow

15), el abordaje quirúrgico siempre fue por laparotomía con una mediana de tiempo quirúrgico de 60 min (RI= 42 - 60), ninguna paciente requirió transfusión ni presentó complicaciones posquirúrgicas, el anestésico más utilizado fue la bupivacaina con 85,7%, seguido del midazolam y fentanyl con 42,9% cada uno.

Tabla 4. Diagnósticos post quirúrgico de las pacientes gestantes sujetas de estudio

Diagnóstico	N	%
Apendicitis	13	92,9%
Colecistitis	1	7,1%
Quiste hemorrágico derecho	1	7,1%
Cesárea	4	28,6%

Fuente: Historias clínicas Fundación Hospital Metropolitano de Barranquilla.

En cinco pacientes se realizó la atención del parto cuatro por Cesárea y una por vía vaginal; El 60% fueron pretérmino y 40% A termino, teniendo en cuenta el peso neonatal 80% fueron adecuados y 20% pequeño. No se presentó muerte materna ni fetal intra o posquirúrgicamente.

Discusión

El número de pacientes que consultaron al servicio de urgencia de ginecología, de la Fundación Hospital Universitario Metropolitano, en el periodo de tiempo entre 2004-2014, fue de un total de 7500 pacientes gestantes. Con un intervalo de edad entre 18 y 29 años.

Dentro de los antecedentes encontramos, una media por lo menos de 1 embarazo y 1 compañero sexual; el rango de la menarquía está entre los 11- 13 años.

Las pacientes que consultaron por dolor abdominal, de causa no obstétrica, se encontraban en mayor frecuencia en tercer trimestre 42.49%, seguido por el primer trimestre 35.7% y el segundo trimestre con 21,4%. Constituyéndose el abdomen agudo, la única causa de motivación para la realización de las intervenciones quirúrgicas, asociado a esto se realizó manejo quirúrgico obstétrico, en el 80 % de las pacientes atendidas en nuestra institución.

De las 7500 pacientes que consultaron al servicio de urgencias de la Fundación Hospital Metropolitano de Barranquilla entre 2004 y 2014, 14 fueron sometidas a cirugía general por causa no obstétrica para una incidencia de 0.2 %, de estos se identificaron como abdomen agudo y llevadas a cirugía por laparotomía, el

diagnóstico pos operatorio fue apendicitis en el 92.9% de los casos, colecistitis en el 7.1% de los casos, otros diagnósticos como quiste hemorrágico 7.1 %.

La incidencia de cirugía no obstétrica durante el embarazo es de 1,5 al 2%, mientras que cirugía abdominal no obstétrica durante el embarazo es del 0,2%. Según Yarmuch G, Una de cada 50 mujeres presentará durante su embarazo dolor abdominal potencialmente quirúrgico, una de cada 600 mujeres embarazadas requerirá de cirugía abdominal no obstétrica durante el embarazo.

La apendicitis y la colelitiasis son las dos condiciones más comunes asociadas con abdomen agudo durante el embarazo. Llevando a un tratamiento quirúrgico abdominal en un 0.2% de las pacientes. Según Yarmuch, la apendicitis es una complicación que se presenta durante el embarazo, representando el 25%, de las cirugías no obstétricas.

Comparando con este estudio, se encuentra similitud con referencia a la primera causa de cirugía no obstétrica, representado en este estudio por la apendicitis en un 92.6%, siendo la causa más frecuente en nuestra población estudio.

De acuerdo Hernández Estrada, con respecto a la colecistectomía, este tipo de intervención en la paciente gestante representa de 3-8 casos por cada 10,000 embarazadas. En el presente estudio, representa el 7.1% de las intervenciones quirúrgicas en nuestra población estudio.

Dentro de las pacientes en estudio, como dato adicional, el 28,6 % se les realizó cesárea más cirugía no obstétrica.

El abordaje quirúrgico más frecuente en este estudio fue la laparotomía, según Gabrielli Masselli la primera opción de abordaje quirúrgico que se puede usar con seguridad en los dos primeros trimestres es la laparoscopia, basados en tamaño uterino y experiencia del operador.

Comparando los resultados en cuento al abordaje, sea laparoscopia o laparotomía, no se ha encontrado diferencia significativa en los resultados obstétricos sobre el riesgo de parto prematuro.

Sin embargo, existe mayor morbilidad perinatal reportada en las pacientes embarazadas que se operan, lo que se atribuye al padecimiento de base y a las condiciones de la cirugía, que al acto quirúrgico o anestésico en sí.

Referencias

1. Deffieux X, Mercier F, Bolandard F, Bourdel N, Rabischong B. Cirugía abdominal durante el embarazo. EMC-Cirugía General. 2013; 13(1):1-9. DOI: 10.1016/S1634-7080(13)64173-7
2. Ramanah R, Sautière J-L, Maillet R, Riethmuller D. Urgencias quirúrgicas no obstétricas durante el embarazo. EMC-Ginecología-Obstetricia. 2011; 47(2):1-18. DOI: 10.1016/S1283-081X(11)71048-7
3. Gilo NB, Amini D, Landy HJ. Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2009; 52(4): 586–96. DOI: 10.1097/GRF.0b013e3181c11d10
4. Amat JV, Olcese EV. Abdomen agudo y embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 38(13):42-6.
5. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR. Acute appendicitis in the pregnant patient. Am J Surg. 1990; 160(6):571-5.
6. Diettrich NA, Kaplan G. Surgical considerations in the contemporary management of biliary tract disease in the postpartum period. Am J Surg. 1998; 176(3):251-3.
7. Hiatt JR, Hiatt JCG, Williams RA, Klein SR. Biliary disease in pregnancy: strategy for surgical management. Am J Surg. 1986; 151(2):263-5.
8. Cosenza CA, Saffari B, Jabbour N, Stain SC, Garry D, Parekh D, et al. Surgical management of biliary gallstone disease during pregnancy. Am J Surg. 1999; 178(6):545-8.