



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

11217

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
GINECO - OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

**LAPAROTOMIA EXPLORADORA DURANTE EL EMBARAZO**

**TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN:

**GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA**

PRESENTA

**DRA. SARAI ROMERO MENA**

ASESORES

**DRA. GUADALUPE VELOZ MARTÍNEZ  
DR. FRANCISCO AMEZCUA GALINDO**

NUMERO NACIONAL DE TESIS 2005-3504-006



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2005



SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
NACIONAL DE GINECO - OBSTETRICIA No. 3 CMAN  
DIRECCION DE EDUCACION E  
INVESTIGACION EN SALUD

m. 348380



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
GINECO – OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

**LAPAROTOMIA EXPLORADORA DURANTE EL  
EMBARAZO**

**TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN:

**GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**DRA. SARAI ROMERO MENA**

ASESORES

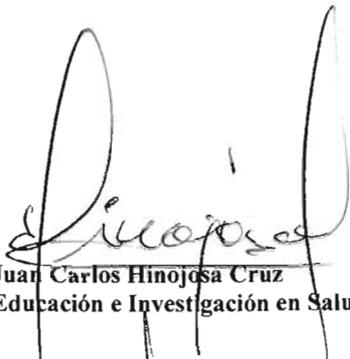
**DRA. GUADALUPE VELOZ MARTÍNEZ  
DR. FRANCISCO AMEZCUA GALINDO**

NUMERO NACIONAL DE TESIS 2005-3504-006

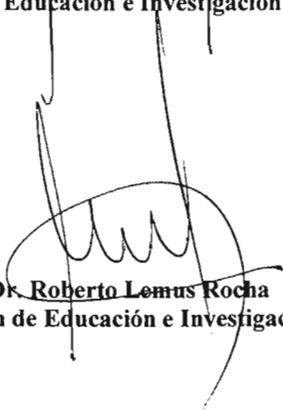


MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2005



**Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz**  
Director de Educación e Investigación en Salud



**Dr. Roberto Lemus Rocha**  
Jefe de División de Educación e Investigación en Salud



**Dra. Saraid Romero Mena**



DIVISION DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Por darme la vida, y fuerza necesaria para llegar a este momento

### **A MIS PADRES:**

Por la confianza que me tienen, por creer en mí y por su apoyo incondicional.

### **A MI TIA DEME:**

Por estos 10 años de apoyo incondicional, por estar pendiente siempre de mí y por estar en los momentos más difíciles de mi vida, mil gracias.

### **A JACOB:**

Por que siempre has estado conmigo cuando más te he necesitado, siempre que te llamo ahí estás pendiente de mí y desde que te conocí todo se me ha facilitado.

### **AL DR GARCIA ANGELES**

Con mucho cariño a tí maestro porque sin tu apoyo no estaría aquí, gracias por el apoyo que en su momento me diste.

### **AL DR. SALVADOR**

Gracias por encontrarte, por permitirme conocerte, formar parte de ti y finalizar este trabajo, siempre estarás en mi corazón, te quiero mucho.

### **A LA DRA. GUADALUPE VELOZ:**

Por su apoyo, confianza y enseñanza transmitida para realizar este trabajo

### **A LA DRA MA. DE LOS ANGELES GUZMAN:**

Por su paciencia y apoyo desinteresado para finalizar este trabajo

## INDICE

• RESUMEN	
• MARCO TEORICO.....	1
• ANTECEDENTES.....	2
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
• JUSTIFICACION.....	5
• OBJETIVOS.....	6
• HIPOTESIS.....	7
• UNIVERSO DE TRABAJO.....	8
A) CARACTERISTICAS DE LA POBLACION.....	8
B) CRITERIOS DE INCLUSION.....	8
C) CRITERIOS DE EXCLUSION.....	8
D) CRITERIOS DE ELIMINACION.....	8
E) DEFINICION DE VARIABLES.....	8
• TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	10
• MATERIALES Y METODOS.....	11
• DISEÑO DEL ESTUDIO.....	12
• ANALISIS ESTADISTICO.....	12
• RECURSOS.....	12
• CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	13
• RESULTADOS.....	14
• TABLAS Y GRAFICAS.....	16
• DISCUSION.....	32
• CONCLUSIONES.....	33
• BIBLIOGRAFIA.....	34
• ANEXOS.....	35

## RESUMEN

### LAPAROTOMIA EXPLORADORA DURANTE EL EMBARAZO

Dra. Saraid Romero Mena, Dra. Ma. Guadalupe Veloz Martínez, Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez, Dra. Leticia Sevilla Enríquez, Dra. Ma. De los Ángeles Guzmán Ibarra.

**OBJETIVOS:** Conocer la incidencia en el hospital de alta especialidad No. 3 de laparotomía durante la gestación, correlacionar los diagnósticos pre y postoperatorios, identificar la incidencia de laparotomías blancas o negativas, conocer si hubo complicaciones trans y postoperatorias, cuáles fueron éstas, y cuál fue la vía de resolución de los embarazos.

**JUSTIFICACION:** El diagnóstico correcto de la patología quirúrgica y la toma de decisión de realizar una cirugía durante el embarazo no es fácil de decidir, en la unidad médica de alta especialidad de ginecología y obstetricia # 3 del centro médico la raza atiende a un gran número de pacientes con embarazos complicados en la zona norte del valle de México, siendo esta unidad el sitio donde se realizan la mayoría de laparotomías en mujeres gestantes, es importante conocer la casuística de las laparotomías exploradoras realizadas, indicaciones, hallazgos y complicaciones asociadas, así como la tasa de laparotomías negativas.

**METODOLOGIA:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional, que incluyó a todas aquellas pacientes embarazadas que fueron sometidas a laparotomía exploradora en el periodo comprendido del 1º de enero del 2002 al 30 de junio del 2004, registrando: edad del embarazo en semanas, diagnóstico preoperatorio, hallazgos quirúrgicos, tipo de anestesia, complicaciones quirúrgicas y/ o anestésicas, complicaciones obstétricas, y vía de resolución del embarazo.

### RESULTADOS:

Observamos una alta frecuencia en pacientes secundigestas con 12 casos ( 40%), se realizó laparotomía a las 18 semanas ( 26.7%), el tipo de cirugía realizada fue de urgencia en 17 casos( 56.7%) y 13 fueron programadas ( 43.3 %), la mayoría fueron tumores anexiales de aproximadamente 6-10cm, y una sexta parte fueron embarazos ectópicos.5 pacientes (16.17%) cursaron con amenaza de aborto, 60% no presentaron complicaciones, 23 ( 76.7%) estuvieron 3 días de estancia intrahospitalaria y sólo una permaneció 21 días,15 (67%) llegaron a las 38 semanas de gestación y la vía de interrupción del embarazo fue cesárea por desproporción cefalopélvica ( 66% ).

### CONCLUSIONES:

La patología anexial es la causa más frecuente de laparotomía exploradora durante el embarazo, se espera realizarla en el segundo trimestre de gestación disminuyendo la morbilidad, la complicación más frecuente fue la amenaza de aborto, la evolución del embarazo de la mayoría de las pacientes fue a las 38 semanas, y observamos que se correlacionó el diagnóstico preoperatorio con el postoperatorio.

## MARCO TEORICO

La paciente gestante es susceptible de sufrir además de alguna complicación obstétrica, cualquier otro tipo de enfermedad que pueda requerir tratamiento médico o bien quirúrgico.

En cuanto al tratamiento médico, se realizan los estudios pertinentes para confirmar el diagnóstico, se elige el o los fármacos más apropiados y se instauro el mismo.

En lo concerniente al tratamiento quirúrgico, el diagnóstico y la decisión de realizar una cirugía pueden no ser fáciles, ya que los cuadros clínicos y parámetros de laboratorio pueden estar modificados por los cambios fisiológicos que ocurren en toda embarazada aunados a esto el riesgo de perder la gestación.

Las causas por las que una embarazada pudiera requerir la realización de una laparotomía son diversas, algunos de estos ejemplos son: embarazo ectópico, tumores anexiales, apendicitis, colecistitis, miomas degenerados y otras.

La laparotomía puede ser exploradora cuando se sospecha de patología benigna o laparotomía protocolizada cuando la sospecha clínica y/ o ultrasonográfica orientan a pensar en cáncer.

Con este estudio buscamos conocer cuales son las indicaciones más frecuentes para realizar una laparotomía durante el embarazo, si existe correlación entre los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios, si hubo complicaciones transoperatorias o postoperatorias, cuales fueron éstas y finalmente cómo se resolvió el embarazo.

## ANTECEDENTES:

Desde hace más de 100 años ya se señalaba que el diagnóstico y tratamiento tardíos de las complicaciones quirúrgicas en la mujer gestante, incrementan la morbilidad <sup>6</sup>.

La patología anexial es quizá la causa más frecuente de la laparotomía durante el embarazo, las principales patologías son el embarazo ectópico y los tumores anexiales. Un tumor anexial puede ser sintomático cuando existe torsión o rotura del mismo o bien asintomático y haber sido un hallazgo durante la exploración ultrasonográfica.

La incidencia de enfermedades anexiales en el embarazo es de 1 por cada 556 partos, se puede presentar de manera aguda con dolor abdominal y malestar general o bien de manera asintomática <sup>6</sup>.

Es evidente que un tumor sintomático amerite cirugía de urgencia, son los tumores asintomáticos los que causan dificultad para la toma de una decisión quirúrgica. La literatura refiere que si bien un tumor anexial asintomático no requiere de cirugía de urgencia, cuando los tumores persisten después de la semana 16 del embarazo, si es conveniente realizar una intervención quirúrgica programada para evitar el riesgo de torsión, rotura, obstrucción del trabajo de parto o bien retraso en el diagnóstico de un posible cáncer <sup>5</sup>.

Se acepta en términos generales fuera del embarazo que son quirúrgicos aquellos tumores anexiales que miden más de 10 cm. de diámetro o los de menor tamaño con datos ultrasonográficos sugestivos de malignidad como son: pared gruesa, septos o tabiques en su interior, vegetaciones papilares en la pared, ser sólidos o sólido-quísticos y acompañarse de ascitis <sup>3</sup>.

Pueden aplicarse los mismo criterios para una mujer gestante, sin embargo habrá que tomar en consideración la literatura que sugiere que la incidencia de cáncer ovárico no es mayor en la mujer gestante que en la no gestante y se reporta que una serie de tumores anexiales extirpados, solamente 2 al 5 % correspondieron a cáncer <sup>6</sup>. Ante la sospecha de malignidad deben comentarse ampliamente con la paciente las alternativas de manejo, para que el médico no tome una decisión unilateral.

La apendicitis es una de las causas más frecuentes de intervención quirúrgica no obstétrica durante la gestación, se calcula una incidencia aproximada de 1 caso de apendicitis por cada 1500 nacimientos y aunque es de todos conocida la asociación de mortalidad de retraso en el tratamiento de esta enfermedad, debemos hacer diagnóstico diferencial con una gran cantidad de trastornos ( pielonefritis, cálculos, urinarios, pancreatitis, gastroenteritis, cáncer intestinal, trabajo de parto prematuro, miomas, enfermedad pélvica inflamatoria, y otras ) que pueden simular apendicitis y en algunos casos ser responsables de laparotomías blancas <sup>8</sup>.

Existen otras complicaciones que son quirúrgicas y pueden ameritar laparotomía exploradora como por ejemplo la colecistitis, la litiasis renal y los miomas degenerados entre otras, sin embargo la incidencia quirúrgica por estas causas es aislada.

Las complicaciones como la amenaza de parto prematuro e incluso la pérdida del embarazo son temor del cirujano, de la paciente y familiares, por ello, es conveniente realizar algunas medidas preventivas durante la cirugía y después de la misma como:

Coordinar el procedimiento con otros especialistas como cirujanos generales y anesthesiólogos.

Lateralizar a la paciente 30 grados hacia la izquierda para optimizar el riego sanguíneo al feto.

Evitar la manipulación del útero para disminuir el riesgo de parto pretérmino.

Administrar inhibidores de las prostaglandinas o bien betamiméticos para evitar contracciones uterinas.

Monitorización del feto mediante ultrasonido y cardiotocografía.

Por lo tanto cuando los datos clínicos sugieren la necesidad de una operación urgente en una paciente grávida, el embarazo no debe afectar la decisión de proceder a realizarla  
1, 2

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

El hospital de ginecología y obstetricia # 3 del centro médico la raza es un hospital de alta especialidad, que atiende a un gran número de pacientes con embarazos complicados en la zona norte del valle de México, siendo ésta unidad el sitio donde se realizan la mayoría de laparotomías en mujeres gestantes, es importante conocer la casuística de las laparotomías exploradoras realizadas, sus indicaciones, hallazgos y complicaciones asociadas, así como la tasa de laparotomías negativas, todo ello con la finalidad de conocer la calidad en la atención que brindamos a estas pacientes.

### **JUSTIFICACION:**

El que se realice este trabajo nos abrirá la posibilidad de conocer cuales son las indicaciones más frecuentes para realizar una laparotomía durante el embarazo si existe correlación entre los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios, si hubo complicaciones y como se resolvió el embarazo, además que nos permitirá conocer el protocolo que se da a la paciente y la calidad de atención en esta unidad.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la incidencia de laparotomías durante la gestación en la unidad médica de alta especialidad de gineco-obstetricia # 3

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Saber si hubo correlación entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Identificar la incidencia de laparotomías blanca o negativas
- Conocer si hubo complicaciones trans y postoperatorias y cuáles fueron éstas.
- Saber cómo se resolvieron los embarazos.

## **HIPOTESIS**

El diagnóstico preoperatorio se correlaciona en la mayoría de las laparotomías realizadas con el diagnóstico postoperatorio.

## UNIVERSO DE TRABAJO

### A) CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes embarazadas derechohabientes del IMSS que demanden atención médica en la unidad médica de alta especialidad de gineco- obstetricia No. 3 que amerite laparotomía exploradora de urgencia o programada.

### B) CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron todos los casos de pacientes gestantes que fueron sometidas a laparotomía exploradora durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1º de enero del 2002 al 30 de junio del 2004 y que cuenten con expediente completo.

### C) CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron los casos con expedientes incompletos

### D) CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminaron los casos quirúrgicos que no correspondieron a laparotomías (laparoscopias)

### E) DEFINICION DE VARIABLES

- **EDAD:**  
Def. Conceptual: tiempo de vida contado a partir del nacimiento  
Def. Operacional: número de años de vida de la paciente  
Se medirá en escala cuantitativa discreta
- **GESTAS:**  
Definición conceptual: número de embarazos  
Definición operacional: antecedente en el número de embarazos de la paciente  
Se medirá en escala cuantitativa discreta
- **PARAS:**  
Def. conceptual: número de partos  
Def. operacional: antecedente del número de partos de la paciente  
Se medirá en escala cuantitativa discreta.
- **ABORTOS:**  
Def. conceptual: número de abortos  
Def. operacional: antecedente del número de abortos de la paciente  
Se medirá en escala cuantitativa discreta

- **CESAREAS:**  
 Def. conceptual: número de cesáreas  
 Def. operacional: antecedente del número de cesáreas de la paciente  
 Se medirá en escala cuantitativa discreta
  
- **VIA DE INTERRUPCION:**  
 Def. conceptual: manera en que se termina el embarazo  
 Def. operacional: vía final de interrupción del embarazo que puede ser por vía vaginal (parto eutócico ) o por vía abdominal ( cesárea )  
 Variable dicotómica con dos posibilidades, parto o cesárea
  
- **EDAD GESTACIONAL:**  
 Def. conceptual: tiempo de embarazo a partir de la última fecha de menstruación  
 Def. operacional: número de semanas de embarazo a partir de la última fecha de menstruación.  
 Se medirá en semanas con una escala cuantitativa discreta
  
- **INDICACION DE CESAREA:**  
 Def. conceptual: indicación de interrupción del embarazo vía abdominal  
 Def. operacional: motivo o causa para la que la interrupción del embarazo sea vía abdominal  
 Es una variable categórica medida en escala nominal
  
- **DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:**  
 Def. conceptual; tiempo de estancia de la madre desde su hospitalización a su egreso.  
 Def. operacional: periodo en días transcurridos desde la hospitalización de la madre y el día de su egreso  
 Se medirá en días y en escala cuantitativa discreta
  
- **COMPLICACIONES MATERNAS:**  
 Def. conceptual: alteración que se presenta en la madre  
 Def. operacional: problema o alteración presente en la madre durante su estancia hospitalaria.  
 Variable categórica medida en escala nominal.
  
- **TIPO DE CIRUGIA:**  
 Def. conceptual : indicación de la cirugía  
 Def. operacional: motivo o causa de la cirugía  
 Variable dicotómica nominal con dos posibilidades: urgencia o programada.
  
- **HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:**  
 Se consideró a las características encontradas en la cirugía y el establecido en la hoja quirúrgica  
 Es una variable cualitativa.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se incluyeron a todas aquellas pacientes embarazadas que se hayan sometido a laparotomía exploradora en el periodo comprendido del 1º de enero del 2002 al 30 de junio del 2004.

## **MATERIAL Y METODOS:**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, y observacional que incluyó a todas aquellas pacientes embarazadas que fueron sometidas a laparotomía exploradora, en el periodo comprendido del 1º de enero del 2002 al 30 de junio del 2004, se registraron los siguientes datos:

Edad del embarazo en semanas  
Diagnóstico preoperatorio  
Hallazgos quirúrgicos  
Reporte de patología  
Tipo de anestesia  
Complicaciones quirúrgicas y/ o anestésicas  
Complicaciones obstétricas  
Resolución del embarazo

Se analizó la incidencia de laparotomías durante el embarazo, las indicaciones para realizar laparotomía, la correlación de los diagnósticos pre y postoperatorios, las complicaciones que se presentaron y la vía de resolución del embarazo.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se realizó un estudio retrospectivo, y observacional incluyendo a todas aquellas pacientes embarazadas sometidas a laparotomía, muestra no probabilística de casos consecutivos.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas: las frecuencias, porcentajes, proporciones, promedios, desviación estándar, medianas y moda con intervalos de confianza del 95%

### **RECURSOS HUMANOS:**

Un médico residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia encargado de la recolección de datos de las pacientes. Médicos de base que avalen los diferentes tratamientos e indicaciones médicas, médicos patólogos en el reporte definitivo de pieza quirúrgica y personal de archivo colaborando en el préstamo de la revisión de expedientes clínicos.

### **RECURSOS MATERIALES:**

Unidad médica de alta especialidad de 3er nivel con quirófano, ultrasonido, material quirúrgico, servicio de patología, recursos que serán usados en este tipo de pacientes.

### **RECURSOS FINANCIEROS:**

Los gastos de hospitalización, laboratorio, gabinete, patología y procedimientos inherentes al evento obstétrico serán cubiertos por el IMSS ya que se trata de pacientes derechohabientes.

### **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS:**

Por ser un trabajo retrospectivo, no requiere de consentimiento de la paciente, ya que se trabajará con expedientes, sin maniobras experimentales

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	FECHA
Revisión de artículos	02-mayo-04 al 30- mayo-04
Revisión de datos en la literatura	01- jun-04 al 30- jun-04
Estructuración del protocolo	03- jul- 04 al 15- jul- 04
Realización del escrito del protocolo	02- agosto-04 al 15- agosto- 04
Revisión del protocolo por asesor	12- sep-04
Revisión de expedientes ( 3 diario )	01- sep- 04 al 28- feb- 05
Registro y entrega del protocolo	04- 04-05
Evaluación del protocolo por el comité de investigación	29- abril-05

## RESULTADOS:

En la Unidad Médica de Alta Especialidad de Gineco- obstetricia No 3 de La Raza, en el periodo comprendido del 1° de enero del 2002 al 30 de junio del 2004 se lograron captara un total de 68 pacientes las cuales fueron sometidas a laparotomía tanto de urgencia como programadas, de las cuales sólo 30 cumplieron con los criterios de inclusión encontrando lo siguiente:

En relación a la edad de las pacientes se observó que el rango de edad más frecuente fue de 21 años con una media de 27.0. GRAFICA no. 1

Dentro de los antecedentes obstétricos observamos una alta frecuencia en pacientes secundigestas con 12 casos en total (40 %) y 22 pacientes no tenían antecedente de cesárea. GRAFICA no. 2 y 5

Con respecto a las semanas de gestación del diagnóstico la mayoría fue a las 5 semanas (16.7 %). TABLA no. 1

En relación a las semanas en que se realizó la cirugía, la mayoría fue a las 18 semanas (26.7%) por lo tanto se observa que en un porcentaje considerable de pacientes se espera realizar la cirugía en el 2° trimestre. TABLA no. 2

En cuanto al tipo de cirugía 17 pacientes (56.7%) se sometieron a una laparotomía de urgencia y 13 pacientes (43.3%) fueron cirugía programada. GRAFICA no. 6

En los hallazgos de USG 33.3% fueron tumores anexiales de 6-10cm y una sexta parte de la población total se diagnosticaron como embarazos ectópicos. TABLA no. 3

En relación a los hallazgos quirúrgicos se observó una alta correlación con los reportes ultrasonográficos, se registraron 18 tumores anexiales 6 embarazos ectópicos, una con miomatosis uterina, 3 apendicitis y una colecistitis. También se registró una laparotomía blanca. TABLA no. 4

Dentro de los resultados del ETO y definitivo 8 pacientes fueron reportadas como cistadenomas (25.4%) una paciente se reportó con tumor de bajo potencial maligno. TABLA no. 5

En cuanto a las complicaciones obstétricas o anestésicas 5 pacientes (16.17%) cursaron con amenaza de aborto posterior a la cirugía, todas ellas fueron sometidas a laparotomía de urgencia, de las pacientes de laparotomía programada 4 presentaron amenaza de parto prematuro, 2 con baja reserva fetal y una presentó choque anafiláctico y neumonía, 18 pacientes (60%) no presentaron complicaciones. TABLA no. 6

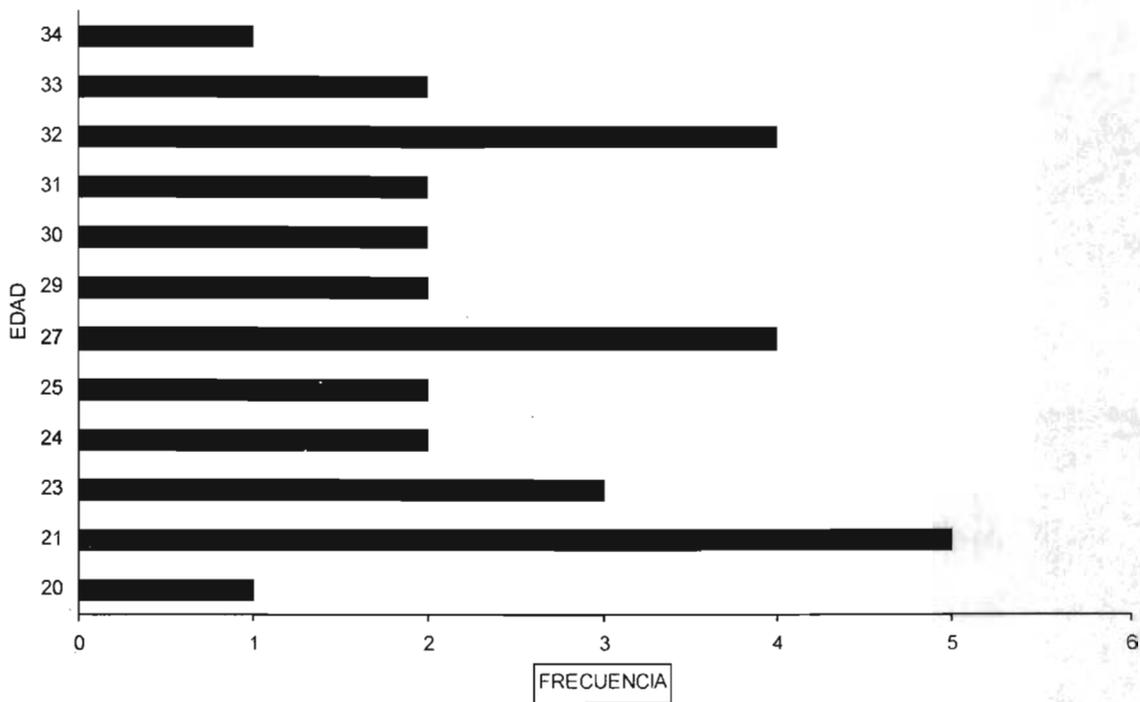
Con respecto a los días de estancia intrahospitalaria 23 pacientes (76.7%) estuvieron hospitalizadas 3 días y una (3.3%) 21 días la cual era alérgica a múltiples fármacos presentando choque anafiláctico .motivo por el cual ameritó manejo en UCIA. GRAFICA no 7

En la evolución del embarazo en semanas de gestación 67% de las pacientes llegaron hasta la semana 38 de gestación, 20% correspondieron a embarazos ectópicos, 2 pacientes terminaron en aborto, esto corresponde a 6.6% y 2 ( 6.6%) pacientes tuvieron parto. GRAFICA no. 8

En la vía de interrupción del embarazo 20 pacientes (66%) fue por cesárea GRAFICA no. 9

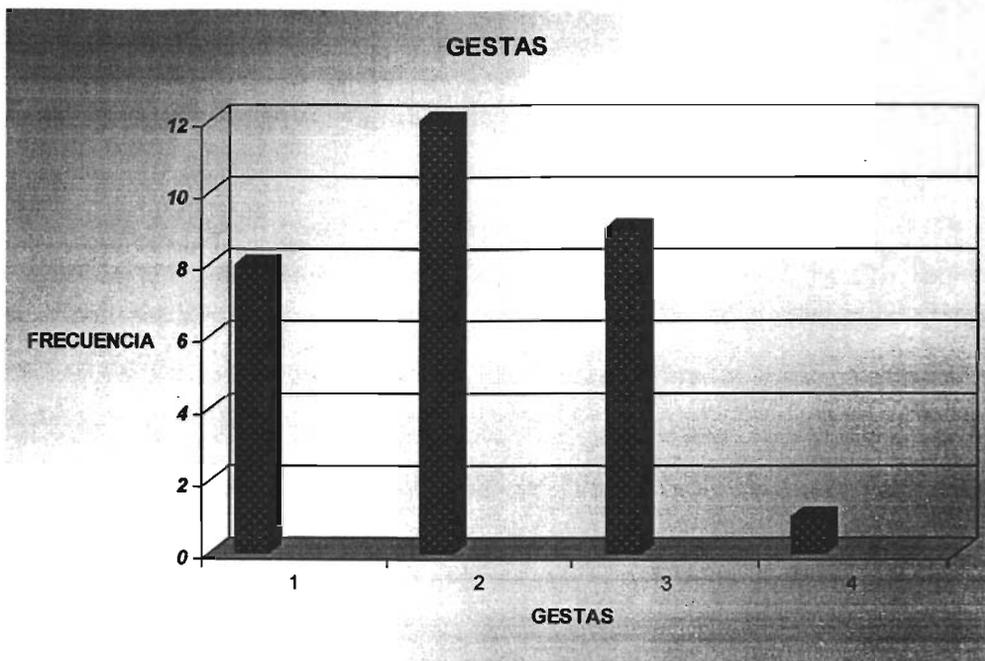
En cuanto al motivo de interrupción del embarazo 8 pacientes (26.4%) fue por desproporción cefalopélvica seguida por 6 pacientes ( 20%) fue embarazo ectópico. TABLA no. 7

GRAFICA no. 1 EDAD DE LAS PACIENTES n= 30



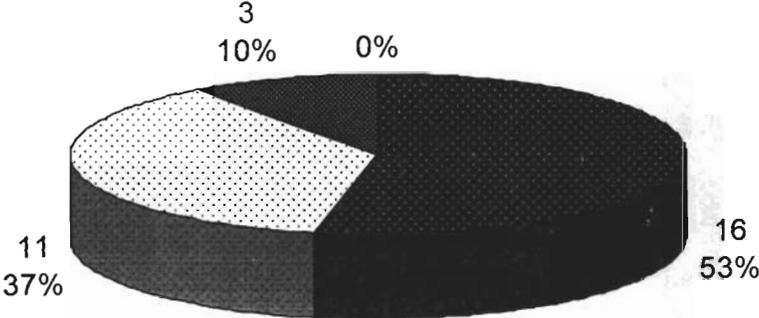
**GRAFICA no. 2**

**GESTAS**



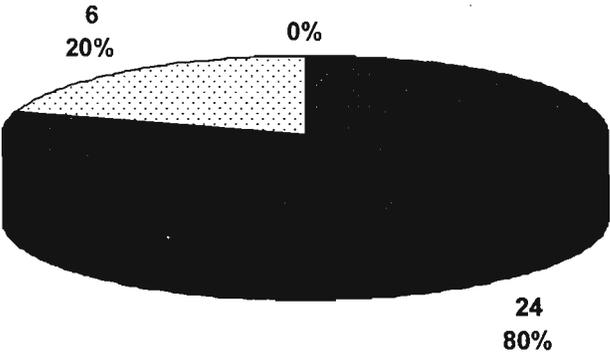
**GRAFICA no. 3**

**PARAS**



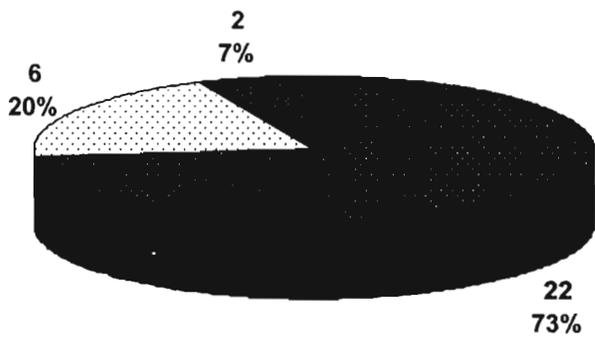
**GRAFICA no. 4**

**ABORTOS**



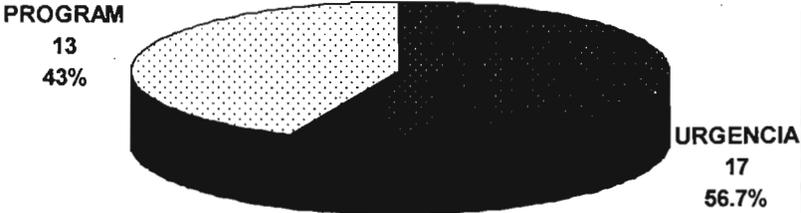
**GRAFICA no 5**

**CESAREAS**



**GRAFICA no. 6**

**TIPO DE CIRUGIA**



**TABLA no. 1**

**SEMANAS DE GESTACION DE CIRUGIA**

<b>SEMANAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
4	1	3.3
5	5	16.7
6	1	3.3
7	3	10
8	2	6.7
10	1	3.3
11	1	3.3
12	3	10
13	1	3.3
16	4	13.3
17	1	3.3
18	3	10
22	1	3.3
28	3	10
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**TABLA no. 2**

**SEMANAS DE GESTACION DE CIRUGIA**

<b>SEMANAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
4	1	3.3
5	4	13.3
6	1	3.3
7	1	3.3
8	1	3.3
11	2	6.7
12	1	3.3
15	2	6.7
16	4	13.3
18	8	26.7
19	1	3.3
22	1	3.3
28	3	10
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**TABLA no. 3****HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS**

<b>HALLAZGOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TUMOR &lt; 5cm</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>TUMOR 6-10cm</b>	<b>10</b>	<b>33.3</b>
<b>TUMOR 11- 15cm</b>	<b>5</b>	<b>16.5</b>
<b>TUMOR 16-20 cm.</b>	<b>3</b>	<b>10.0</b>
<b>TUMOR &gt;21cm</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>EMBARAZO ECTOPICO</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>
<b>LITOS BILIARES</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>UTERO Y ANEXOS NORMALES</b>	<b>4</b>	<b>13.3</b>
<b>SIN USG</b>	<b>3</b>	<b>10.0</b>

TABLA no. 4

HALLAZGOS QUIRURGICOS

HALLAZGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TUMOR <5cm	1	3.3
TUMOR 6-10cm	6	19.8
TUMOR DE 11-15cm	6	19.8
TUMOR DE 16-20cm	5	16.5
TUMOR >21cm	0	0
EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO	2	6.7
EMBARAZO ECTOPICO ROTO	4	13.4
LAPAROTOMIA BLANCA	1	3.3
MIOMATOSIS UTERINA	1	3.3
APENDICITIS	3	10.0
COLELITIASIS	1	3.3
TOTAL	30	100

**TABLA no. 5****ETO Y DEFINITIVO**

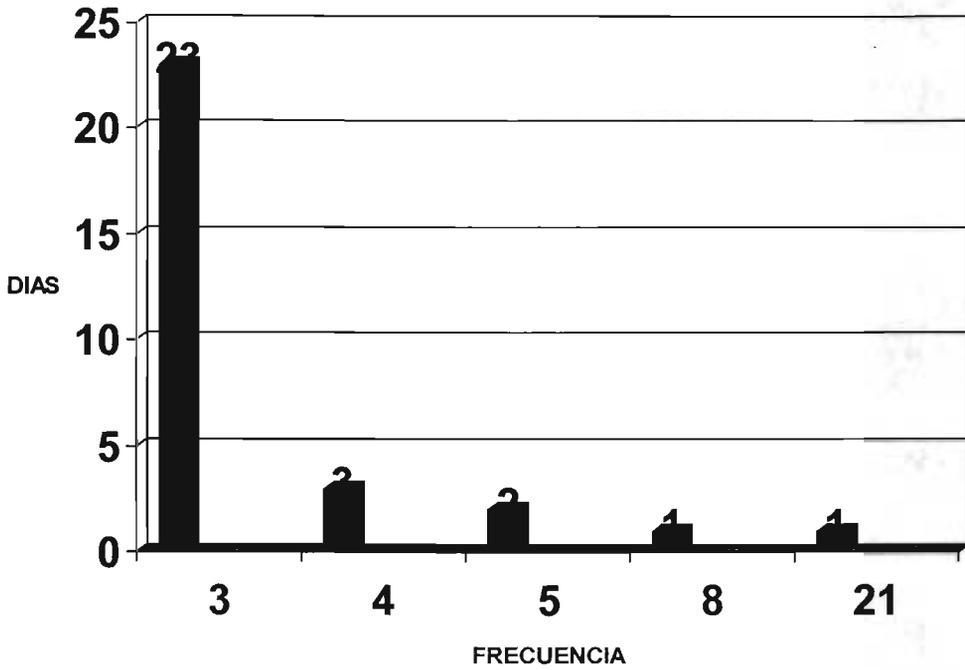
<b>HALLAZGO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>APENDICITIS</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
<b>COLELITIASIS</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>EMBARAZO ECTOPICO</b>	<b>5</b>	<b>16.5</b>
<b>CISTADENOMA</b>	<b>8</b>	<b>25.4</b>
<b>ENDOMETRIOMA</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>QUISTE SEROSO</b>	<b>4</b>	<b>13.3</b>
<b>TUMOR DE BAJO POTENCIAL MALIGNO</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>TERATOMA QUISTICO MADURO</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>MIOMATOSIS</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>LUTEOMA</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>
<b>NO HUBO REPORTE</b>	<b>3</b>	<b>10.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**TABLA no. 6****COMPLICACIONES OBSTETRICAS O ANESTESICAS**

<b>COMPLICACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>AMENAZA DE ABORTO</b>	<b>5</b>	<b>17.0</b>
<b>APP</b>	<b>4</b>	<b>13.2</b>
<b>APP+BAJA RESERVA FETAL</b>	<b>2</b>	<b>7.0</b>
<b>NEUMONIA + ALERGICA A MULTIPLES FARMACOS</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>
<b>NO HUBO</b>	<b>18</b>	<b>60</b>
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

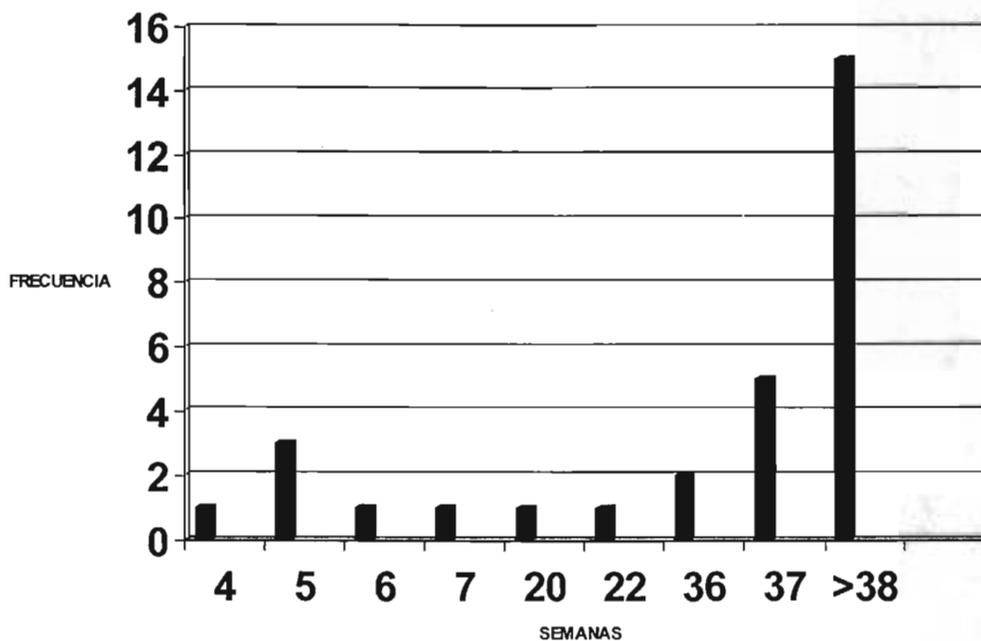
GRAFICA 7

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA



GRAFICA no. 8

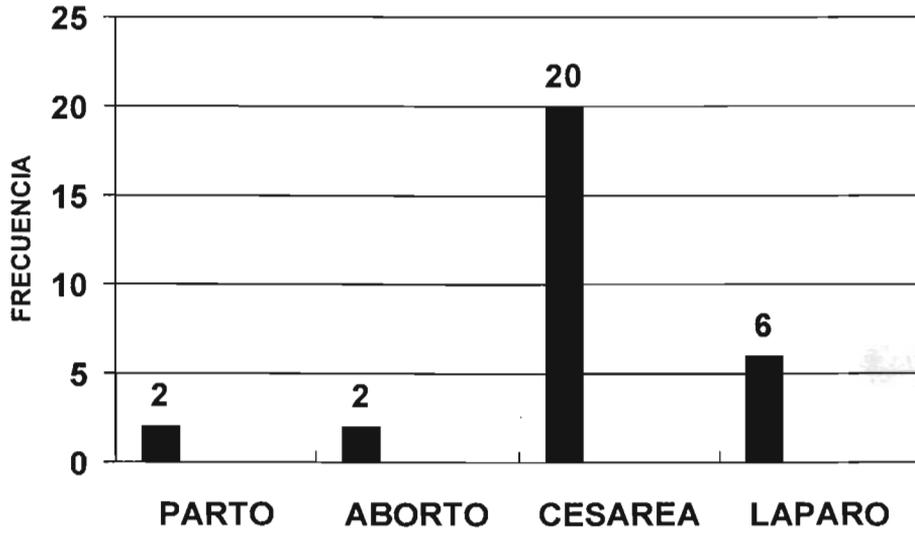
EVOLUCION DEL EMBARAZO EN SEMANAS



ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA no. 9

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO



**TABLA no. 7****MOTIVO DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO**

<b>MOTIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>BAJA RESERVA FETAL</b>	<b>3</b>	<b>10.0</b>
<b>CESAREA PREVIA + TDP</b>	<b>4</b>	<b>13.2</b>
<b>CIRCULAR DE CORDON A CUELLO</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>
<b>CIRCULAR DE CORDON A CUELLO + SENESCENCIA PLACENTARIA</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>
<b>DCP</b>	<b>8</b>	<b>26.4</b>
<b>ECTOPICO</b>	<b>6</b>	<b>20.0</b>
<b>RPM</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
<b>TRABAJO DE PARTO</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>

## DISCUSION

La literatura internacional sugiere que el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones quirúrgicas en la mujer gestante incrementan la morbilidad dado que en este tipo de pacientes la toma de una decisión quirúrgica no es fácil ya que los cuadros clínicos y parámetros de laboratorio están modificados por los cambios fisiológicos que ocurren en toda embarazada aunado con la posibilidad de perder la gestación.

Con el presente estudio buscamos conocer cuales son las indicaciones más frecuentes de realizar una laparotomía durante el embarazo, si existe correlación entre los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios, si hubo complicaciones y cuales fueron y finalmente como se resolvió el embarazo.

El incremento de la morbilidad, días de estancia, realización de estudios de gabinete, realización de cesáreas se traduce en mayores costos para los hospitales.

La literatura menciona que la patología anexial es la causa más frecuente de laparotomía durante el embarazo, de ellas las principales patologías son el embarazo ectópico y los tumores anexiales. La incidencia de enfermedad anexial en el embarazo es de 1 por cada 556 partos <sup>6</sup>. En este estudio se observó un 40% de tumores anexiales y 16.5% de embarazos ectópicos.

Se acepta en términos generales que son quirúrgicos aquellos tumores anexiales que miden más de 10cm de diámetro o los de menor tamaño con datos ultrasonográficos sugestivos de malignidad, sin embargo la literatura sugiere que la incidencia de cáncer ovárico no es mayor en la mujer gestante que en la no gestante reportándose una incidencia del 2-5% <sup>6</sup>, en este estudio se reportó 3.3 % ( una paciente) con tumor de bajo potencial maligno con 2 focos de microinvasión y revisando el expediente la paciente posterior a la resolución del embarazo que llegó a término fue referida al servicio de oncología para seguimiento.

La apendicitis es una de las causas más frecuentes de intervención quirúrgica no obstétrica durante la gestación con una incidencia de 1 por cada 1500 nacimientos y que en el embarazo es importante hacer un diagnóstico diferencial ya que en algunos casos se puede simular una apendicitis y ser responsables de laparotomías blancas <sup>8</sup>, en este estudio se observó que el 10 % correspondió a apendicitis, 3.3% a laparotomía blanca 3.3% a coleditiasis y 3.3% a miomatosis uterina.

En cuanto a la vía de interrupción del embarazo la mayoría de las pacientes fueron sometidas a cesárea en un 66% justificadas como DCP, sin embargo revisando los expedientes a ninguna se le dio prueba de trabajo de parto y resolver por vía vaginal ya que no había otra indicación para realizar cesárea, ya que el antecedente de laparotomía durante la gestación no es indicativo de casarea.

en cuanto a los días de estancia intrahospitalaria el 76.7% de las pacientes permanecieron 3 días, sólo una paciente permaneció 21 días hospitalizada, ya que era una paciente alérgica a múltiples fármacos, la cual presentó alergia importante que la llevó a choque anafiláctico ameritando terapia intensiva.

## CONCLUSIONES:

- En nuestro estudio observamos que en los casos de tumor de ovario el realizar laparotomía exploradora en el segundo trimestre disminuye la morbilidad.
- La patología anexial es la causa más frecuente de laparotomía exploradora durante el embarazo.
- El tamaño de los tumores anexiales que fueron quirúrgicos en el embarazo son de 6- 10cm.
- No se reportó ningún caso de cáncer de ovario, solamente un tumor limítrofe, esto concuerda con la literatura internacional, que sugiere realizar las laparotomías hasta el segundo trimestre de la gestación, cuando no hay datos de irritación peritoneal.
- La complicación más frecuente que se presenta en pacientes sometidas a laparotomías es la amenaza de aborto en los primeros días posquirúrgicos.
- Excluyendo el embarazo ectópico la evolución en pacientes sometidas a laparotomía, en la mayoría de los casos se llega al término de la gestación.
- La vía de resolución del embarazo fue predominantemente cesárea, sin embargo el antecedente de laparotomía no es indicativo de la misma.
- En la mayoría de los casos se correlacionó el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio.
- El porcentaje de laparotomías blancas fue bajo, lo que nos indica que existe en este hospital buena correlación clínico-diagnóstica-terapéutica.
- Otras patologías no obstétricas como apendicitis, colecistitis y miomatosis, excepcionalmente ameritan laparotomía exploradora durante el embarazo.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Barrow W. Medical evaluation of the patient requiring no obstetric surgery. Review .Clin. perinatol; 12 ( 3 ); 481- 06 ,1999.
- 2.- De la Fuente, et al. Cirugía no obstétrica en la embarazada. Revista chilena de anestesiología 18; 93-99, 1998
- 3.- Di Saia .Oncología ginecológica clínica, editorial Mosby 5ª. Edición.
- 4.- Medina Chozas, etal, dolor abdominal y embarazo ectópico cap. 148, p. p . 1156-1158
- 5.- Struyk APHB, Treffers PE. Ovarian tumors in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 1984; 63: 421- 424
- 6.- Valerie K. Logsdin Parkorny. Cirugía ginecológica durante el embarazo . Clinicas Obstétricas y ginecológicas, vol 2 ; 1994 pp 267- 277.
- 7.- Villazón Sahagún , Programa de Actualización Continua, libro 5 parte B p.p. 44- 51
- 8.- Weber, Denzil, Nestel, et al, Análisis del papel creciente de la laparoscopia en el manejo del abdomen agudo durante el embarazo. Ginecol. Obstet. Mexi. Noviembre 2001, vol 69 : 11

## HOJA DE RECOLECCION DE INFORMACION

No. De expediente:

Nombre:

Número de seguridad social:

Edad:

Gestas :            paras:            abortos:            cesáreas:

Hallazgos de USG:

Diagnóstico preoperatorio:

Diagnóstico postoperatorio:

Tipo de cirugía:    a) programada            b) urgencia

Hallazgos quirúrgicos:

ETO:

Días de estancia intrahospitalaria:

Reporte histopatológico definitivo:

Complicaciones obstétricas:

Complicaciones anestésicas:

Evolución del embarazo:

Vía de interrupción del embarazo: