

Abdomen quirúrgico no obstétrico en el embarazo: experiencia en un Hospital Regional de Alta Especialidad en Tabasco (2019-2024)

Non-Obstetric Surgical Abdomen in Pregnancy: Experience in a High Specialty Regional Hospital in Tabasco (2019-2024)

Córdova-Méndez Felicita¹

Flores-Mendoza Jorge-Enrique²

Lozano-Franco María Eugenia³

Martínez-Hernández Clara Magdalena ⁴

Médico residente de 4° ginecología y obstetricia, HRAEM¹

Médico adscrito al departamento de Cirugía, HRAEM²

Médico adscrito de Ginecología, HRAEM³

Presidenta del comité de ética en investigación, HRAEM⁴

*Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco, México.

Contacto principal: feliccordovita@gmail.com Av. Gregorio Méndez Magaña 2838. Villahermosa, Tabasco. México. Código Postal 86150. Teléfono: 9933109000 Ext 72561

Resumen

Introducción: El abdomen quirúrgico no obstétrico en el embarazo representa el 5 % al 10 % de las emergencias médicas en gestantes, siendo la apendicitis y la colelitiasis las causas más comunes. Los cambios anatómicos y fisiológicos en esta población complican su manejo. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas, métodos diagnósticos y desenlaces materno-fetales de embarazadas con abdomen quirúrgico no obstétrico en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en Villahermosa, Tabasco (2019-2024). **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo basado en 19 expedientes de pacientes embarazadas con diagnóstico de abdomen quirúrgico no obstétrico. **Resultados:** La apendicitis fue la causa más frecuente (69 %), seguida de la colelitiasis (16 %). El síntoma principal fue dolor abdominal (84.2 %), con mayor incidencia en el tercer trimestre. La cirugía abierta predominó (73.7 %), utilizando bloqueo subaracnoideo como anestesia. Las complicaciones incluyeron sepsis (15.8 %) y amenaza de parto pretérmino (36.8 %). **Conclusión:** Es crucial un diagnóstico y manejo oportuno del abdomen quirúrgico no obstétrico en gestantes para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal, resaltando la necesidad de protocolos específicos.

Palabras Claves: abdomen quirúrgico, embarazo, apendicitis, colelitiasis, abdomen agudo

Abstract

Introduction: Non-obstetric surgical abdomen in pregnancy represents 5% to 10% of medical emergencies in pregnant women, with appendicitis and cholelithiasis being the most common causes. Anatomical and physiological changes in this population complicate its management. **Objective:** To evaluate the clinical characteristics, diagnostic methods, and maternal-fetal outcomes of pregnant women with non-obstetric surgical abdomen at the Regional High Specialty Hospital for Women in Villahermosa, Tabasco (2019-2024). **Material and methods:** Observational, retrospective, and descriptive study based on 19 records of pregnant patients diagnosed with non-obstetric surgical abdomen. **Results:** Appendicitis was the most frequent cause (69%), followed by cholelithiasis (16%). The main symptom was abdominal pain (84.2%), with a higher incidence in the third trimester. Open surgery was predominant (73.7%), using subarachnoid block as anesthesia. Complications included sepsis (15.8%) and threatened preterm delivery (36.8%). **Conclusion:** Timely diagnosis and management of non-obstetric surgical abdomen in pregnant women is crucial to reduce maternal-fetal morbidity and mortality, highlighting the need for specific protocols.

Key words: Surgical abdomen, pregnancy, appendicitis, cholelithiasis, acute abdomen

Introducción.

El abdomen agudo constituye entre el 5% y el 10% de todas las emergencias médicas y representa un desafío diagnóstico y terapéutico importante en pacientes embarazadas debido a los cambios fisiológicos y anatómicos propios de la gestación (Abhirami et al., 2021; Zachariah et al., 2019). Este síndrome se caracteriza por condiciones intraabdominales graves que cursan con dolor, sensibilidad y rigidez muscular, y que requieren intervención quirúrgica urgente. Durante el embarazo, las patologías intraabdominales pueden ser obstétricas (relacionadas directamente con la gestación) o no obstétricas, siendo estas últimas las que presentan mayores dificultades debido a la presentación atípica de los síntomas y el riesgo materno-fetal asociado (Barber-Millet et al., 2016; Woodhead et al., 2019).

El abdomen quirúrgico no obstétrico incluye patologías graves como apendicitis, colecistitis, pancreatitis y obstrucción intestinal, cuya incidencia global durante el embarazo varía entre el 0.5% y el 2% (Fu et al., 2022). La apendicitis es la causa más común, seguida de enfermedades biliares como la colecistitis y la coledocolitiasis (Carvajal Camacho et al., 2022). En México, los datos específicos son limitados, pero se reconoce que estas patologías contribuyen significativamente a la morbilidad materna y fetal, especialmente cuando no se diagnostican o manejan de manera oportuna (Barber-Millet et al., 2016).

Los cambios anatómicos, como el desplazamiento de las vísceras por el crecimiento uterino, y los cambios fisiológicos, como la leucocitosis y el aumento de enzimas hepáticas, pueden enmascarar los síntomas clásicos, dificultando el diagnóstico precoz (Haataja et al., 2023; Zachariah et al., 2019). Esto subraya la necesidad de herramientas diagnósticas seguras, como la ecografía y la resonancia magnética sin contraste, que son útiles para identificar estas patologías con un bajo riesgo para el feto (Moreno et al., 2020; Soosman & Fananapazir, 2020).

En cuanto al manejo quirúrgico, se ha demostrado que la cirugía laparoscópica es segura durante el embarazo y presenta ventajas como menor estancia hospitalaria y menor incidencia de complicaciones postoperatorias en comparación con la cirugía abierta (Rege et al., 2020). Sin embargo, la elección del abordaje depende de factores como la edad gestacional, la experiencia del cirujano y la patología en cuestión (Rivera-Alonso et al., 2019).

Dado el impacto potencial de estas patologías sobre la salud materna y fetal, es fundamental fortalecer la capacitación de los equipos multidisciplinarios y desarrollar protocolos específicos para mejorar los desenlaces clínicos. Este estudio busca analizar las características clínicas, los métodos diagnósticos y los resultados materno-fetales de pacientes embarazadas con abdomen quirúrgico no obstétrico atendidas en un hospital de alta especialidad en México, proporcionando evidencia que permita optimizar el manejo de esta población.

Materiales y métodos

Este es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en Tabasco. Se incluyeron 19 expedientes de pacientes embarazadas que cursaron con abdomen quirúrgico no obstétrico entre enero de 2019 y enero de 2024 y se excluyeron pacientes con abdomen quirúrgico de origen obstétrico y pacientes con expedientes incompletos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, en cumplimiento con las normativas nacionales e internacionales de investigación en salud.

La información fue recopilada de los expedientes clínicos de las pacientes incluidas en el estudio, respetando estrictamente la confidencialidad de los datos y cumpliendo con los lineamientos de la Ley General de Salud en materia de investigación.

Para el análisis estadístico, los datos fueron organizados y procesados utilizando Microsoft Excel® 2019 para Windows. Posteriormente, se empleó el software SPSS® versión 25 para realizar análisis descriptivos. Las medidas incluyeron tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación estándar), análisis de normalidad, números absolutos y porcentajes para las variables categóricas y continuas.

Resultados.

En este estudio, se incluyeron 19 expedientes de pacientes con abdomen quirúrgico no obstétrico durante el embarazo atendidas entre 2019 y 2024. La incidencia estimada fue de 4.3 casos por cada 10,000 nacimientos, siendo la apendicitis la patología más frecuente, con una incidencia de 3 casos por cada 10,000 nacimientos, seguida por patologías de la vía biliar con 1 caso por cada 10,000 nacimientos.

La edad promedio de las pacientes fue de 24 años (rango: 14-39), con un peso promedio de 68.4 kg y una talla promedio de 154 cm. El 36.8% de las pacientes acudieron de forma espontánea al hospital, mientras que el resto fueron referidas de otros municipios o estados. En cuanto a antecedentes obstétricos, el 52.6% eran nulíparas y el 47.4% multíparas.

El dolor abdominal fue el síntoma más frecuente (84.2%), seguido de fiebre (15.8%). La mayoría de los casos se presentaron en el tercer trimestre del embarazo (47.4%), con un tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de 5 días. El diagnóstico inicial fue principalmente clínico (36.8%), complementado con ultrasonido (26.3%) y tomografía (15.8%).

El manejo quirúrgico predominó con laparotomía en el 73.7% de los casos, mientras que la laparoscopia se utilizó en el 26.3%. El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta la intervención fue de 5 días, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente (84.2%), seguido de fiebre (15.8%).

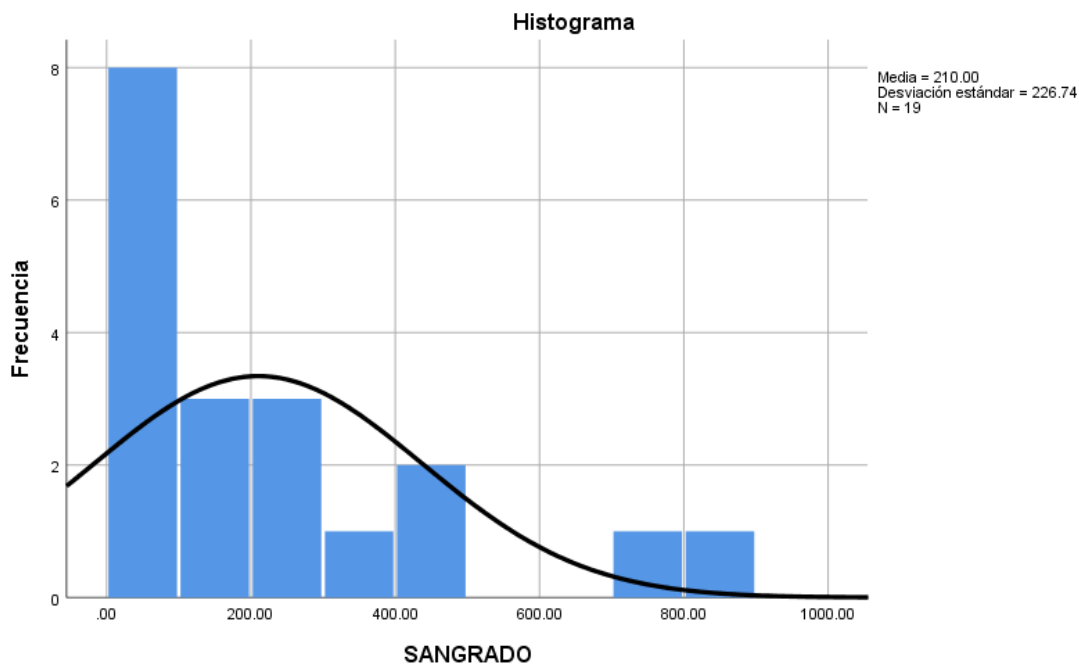
La mayoría de los casos ocurrieron en el tercer trimestre del embarazo (63.2%). El diagnóstico inicial fue clínico en el 36.8% de los casos, apoyado por ultrasonido (26.3%), tomografía (15.8%) y hallazgos quirúrgicos (21.1%).

Tabla 1. Resultados quirúrgicos y complicaciones

	Frecuencia	%	+DS
Laparotomía	14	73.7%	
Laparoscopia	5	26.3%	
Tiempo de síntomas (días)			5 ± 4.544
Dolor abdominal	16	84.2	
Fiebre	3	15.8	
Trimestre de presentación			
Primero	1	5.3	
Segundo	6	31.5	
Tercero	12	63.2	
Método diagnóstico inicial			
Clínica	7	36.8	
Ultrasonido	5	26.3	
Tomografía	3	15.8	
Hallazgo quirúrgico	4	21.1	
Tiempo quirúrgico (minutos)			90 ± 0.809
Días de hospitalización			8 ± 5.897
Días estancia en UCIA			6 ± 2.881

*DS: desviación estándar

El tiempo quirúrgico promedio fue de 90 minutos, el método anestésico más utilizado fue el bloqueo subaracnoideo (73.7%) (tabla 1). El sangrado promedio durante la cirugía fue de 210 ml, con un rango de 20-800 ml; 6 pacientes requirieron transfusión de hemoderivados (gráfica 1); con una estancia hospitalaria media de 8 días. Las pacientes ingresadas en la UCIA permanecieron en promedio 6 días.

Grafica 1. Volumen de sangrado en pacientes con abdomen quirúrgico no obstétrico.

La complicación no obstétrica más común fue la sepsis (15.8%), mientras que la amenaza de parto pretérmino fue la complicación obstétrica más prevalente (36.8%). El 50% de los neonatos fueron prematuros, con una edad gestacional promedio al parto de 36.6 semanas, con una edad mínima de 31 semanas de gestación (gráfica 2). El 21.1% de los recién nacidos requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El puntaje Apgar promedio fue de 7 al minuto y de 8 a los cinco minutos. El 84.2% de los embarazos se resolvieron por cesárea. El peso promedio al nacer fue de 2559 g (rango: 1300-3600 g), y la mayoría de los neonatos tuvieron una evolución favorable. Tabla 2.

Gráfica 2. Evaluación de la edad gestacional por Capurro en recién nacidos de madres con abdomen quirúrgico no obstétrico

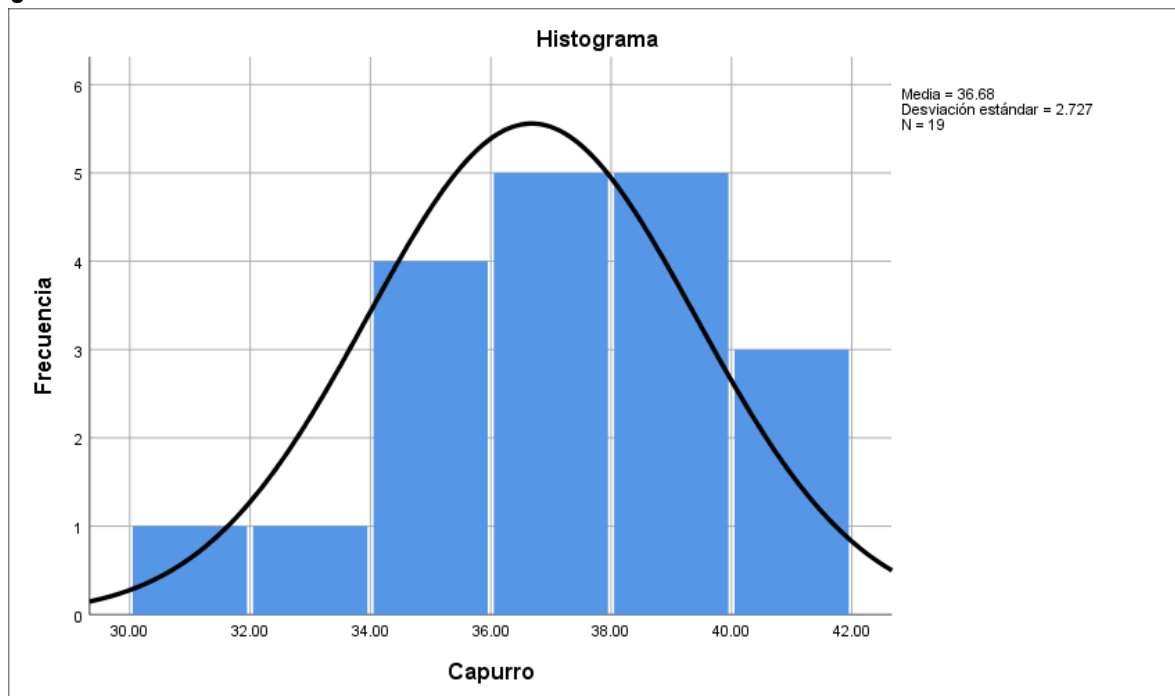


Tabla 2. Resultados Perinatales

	n	%
Prematuridad	10	50
Mortalidad Neonatal	-	-
UCIN	4	21.1
Vía de Resolución		
Parto Vaginal	3	15.8
Cesárea	16	84.2
Variables neonatales		
Apgar min. 1	7 ± 1.056	
Apgar min. 5	8 ± 0.561	
Peso Promedio (gramos)	2559 ± 6.746	

*UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

Discusión.

En el presente estudio se reportó una incidencia de 4.3 pacientes por cada 10,000 nacimientos en un periodo de cinco años y una prevalencia del 0.04 %. Estos hallazgos difieren de los reportados por Haataja et al.

(2023), quienes documentaron una prevalencia de 0.31 % a 0.73 %. Esta discrepancia puede atribuirse a las diferencias en las poblaciones estudiadas.

La apendicitis destacó como la causa más común de abdomen quirúrgico no obstétrico en gestantes, con una incidencia de 3 casos por cada 10,000 nacimientos. Estos resultados son consistentes con la literatura, que identifica a la apendicitis como la principal causa de abdomen agudo quirúrgico no obstétrico durante el embarazo (Okcu et al., 2021).

En relación con la edad de las pacientes, el rango fue similar a lo reportado por Abhirami et al. (2021), con una edad promedio de 24 años frente al rango de 21 a 25 años encontrado por dicho estudio. En cuanto a la distribución de casos por trimestre, el 47.4 % de los casos se presentaron en el tercer trimestre, en contraste con los hallazgos de Abhirami et al. (2021), que reportaron una mayor frecuencia en el segundo trimestre (50%)

Los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal y la fiebre, coincidiendo con lo señalado por Rege et al. (2020). Sin embargo, en este estudio la duración promedio de los síntomas fue de 5 días, mientras que Rege et al. (2020) reportaron una duración promedio de 3.5 días. El ultrasonido fue la principal herramienta diagnóstica en ambos estudios, con hallazgos consistentes.

Respecto a las técnicas quirúrgicas, el 26.3 % de las cirugías se realizaron por vía laparoscópica y el 73.7 % mediante abordaje abierto, cifras que coinciden con las reportadas por Vujic et al. (2019). En este estudio predominó el uso de bloqueo subaracnoideo como técnica anestésica (73 %), en contraste con el 97 % de anestesia general documentado por Vujic et al, (2019). El tiempo quirúrgico promedio en este estudio fue de 90 minutos, superior al promedio de 50 minutos reportado por Vujic et al, (2019). Asimismo, la estancia hospitalaria promedio fue de 8 ± 5.9 días, comparada con los 4 días observados en el estudio de referencia.

Estas diferencias pueden explicarse por la complejidad de los casos, la experiencia quirúrgica y las prácticas institucionales.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, sepsis e infecciones del sitio quirúrgico fueron las más frecuentes, coincidiendo con Abdelwahab et al. (2022). Sin embargo, a diferencia de ese estudio, en esta investigación no se registraron casos de reintervención quirúrgica, aunque un 31.6 % de los pacientes requirieron transfusión, una cifra inferior al 66 % documentado por Abdelwahab et al. (2022)

Por último, los resultados fetales adversos observados, como prematuridad, bajo peso al nacer y puntuaciones bajas de Apgar, son consistentes con los hallazgos del estudio realizado por Fu et al. (2022), que describe un aumento en el riesgo de estos desenlaces tras cirugías no obstétricas durante la gestación.

Conclusiones.

En este estudio, la incidencia de abdomen quirúrgico no obstétrico fue de 4.3 casos por cada 10,000 nacimientos en un periodo de cinco años. La apendicitis emergió como la causa principal de abdomen quirúrgico, seguida por colelitiasis, y se observó que el dolor abdominal y la fiebre eran los síntomas más frecuentes. La técnica quirúrgica abierta fue la más utilizada, y el tipo de anestesia más común fue el bloqueo subaracnoideo. En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas, la sepsis fue la más prevalente (15.8%), y en el ámbito obstétrico, la amenaza de parto pretérmino fue la complicación principal (36.8%).

Estos resultados subrayan la necesidad de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado para minimizar los riesgos de complicaciones maternas y fetales, especialmente en casos de abdomen quirúrgico no obstétrico durante el embarazo.

Declaración de conflicto de interés.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés financiero, personal, académico o institucional en relación con el desarrollo y publicación del presente estudio titulado 'Abdomen Quirúrgico No Obstétrico

en el Embarazo: Experiencia en un Hospital Regional de Alta Especialidad en Tabasco (2019-2024)'. Este trabajo se realizó de manera independiente y con estricto apego a los principios éticos y científicos.

Declaración de fuentes de financiamiento.

Este estudio no recibió apoyo financiero específico de agencias públicas, privadas o sin fines de lucro.

Referencias bibliográficas

- Abdelwahab, M., Lynch, C. D., Schneider, P., Thung, S., Costantine, M. M., O'Malley, D., Landon, M. B., Pawlik, T. M., & Venkatesh, K. K. (2022). Postoperative complications after non-obstetric surgery among pregnant patients in the National Surgical Quality Improvement Program, 2005–2012. *American Journal of Surgery*, 223(2), 364–369. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.04.002>
- Abhirami, G. R., Sathyavani, C., & Patil, R. N. (2021). Acute abdomen in pregnancy: a case series on clinical presentation and diagnostic dilemma. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(2), 742. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20210336>
- Barber-Millet, S., Bueno Lledó, J., Granero Castro, P., Gómez Gavara, I., Ballester Pla, N., & García Domínguez, R. (2016). Actualización en el manejo del abdomen agudo no obstétrico en la paciente gestante. In *Cirugia Espanola* (Vol. 94, Issue 5, pp. 257–265). Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.11.001>
- Carvajal Camacho, D., Durán Méndez, M. J., & Sanchún Chacón, M. (2022). Abdomen agudo: etiologías comunes en el embarazo. *Revista Medica Sinergia*, 7(1), e751. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i1.751>
- Fu, P.-H., Yu, C.-H., Chen, Y.-C., Chu, C.-C., Chen, J.-Y., & Liang, F.-W. (2022). Risk of adverse fetal outcomes following nonobstetric surgery during gestation: a nationwide population-based analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 406. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04732-w>
- Haataja, A., Kokki, H., Uimari, O., & Kokki, M. (2023). Non-obstetric surgery during pregnancy and the effects on maternal and fetal outcomes: A systematic review. In *Scandinavian Journal of Surgery* (Vol. 112, Issue 3, pp. 187–205). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/14574969231175569>
- Moreno, C. C., Mittal, P. K., & Miller, F. H. (2020). Nonfetal Imaging During Pregnancy: Acute Abdomen/Pelvis. In *Radiologic Clinics of North America* (Vol. 58, Issue 2, pp. 363–380). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2019.10.005>
- Okcu, N. T., Cesur, İ. B., & İrkörücü, O. (2021). Acute appendicitis in pregnancy: 50 case series, maternal and neonatal outcomes. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 27(2), 255–259. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2020.24747>
- Rege, S. A., Roshan, C., Siddhant, V., Shrinivas, S., & Ajinkya, R. (2020). Laparoscopic surgery for non-obstetric acute abdomen in pregnancy: A retrospective case series review. In *Journal of Minimal*

Access Surgery (Vol. 16, Issue 1, pp. 54–58). Wolters Kluwer Medknow Publications.

https://doi.org/10.4103/jmas.JMAS_145_18

Rivera-Alonso, D., Ruano-Campos, A., Hernández-Pérez, C., Elisa Pérez-Jiménez, A., Álvarez-Sánchez, C., & Torres-García, A. J. (2019). Acute cholecystitis during pregnancy. Surgical indication and treatment recommendations colecistitis aguda en el embarazo. Indicación quirúrgica y recomendaciones de tratamiento. *Annals of Mediterranean Surgery*, 2(2), 5–12.

<https://doi.org/10.22307/2603.8706.2019.03.002>

Soosman, S., & Fananapazir, G. (2020). Imaging of the Non-Obstetric Acute Abdomen in Pregnancy.

Seminars in Roentgenology, 55(4), 364–372. <https://doi.org/10.1053/j.ro.2020.06.016>

Vujic, J., Marsoner, K., Lipp-Pump, A. H., Klaritsch, P., Mischinger, H. J., & Kornprat, P. (2019). Non-obstetric surgery during pregnancy - An eleven-year retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2554-6>

Woodhead, N., Nkwam, O., Caddick, V., Morad, S., & Mylvaganam, S. (2019). Surgical causes of acute abdominal pain in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 21(1), 27–35.

<https://doi.org/10.1111/tog.12536>

Zachariah, S. K., Fenn, M., Jacob, K., Arthungal, S. A., & Zachariah, S. A. (2019). Management of acute abdomen in pregnancy: Current perspectives. *International Journal of Women's Health*, 11, 119–134. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S151501>