

ARTÍCULO ORIGINAL

Complicaciones en las puérperas laparotomizadas de urgencia

Complications in puerperae who has undergone emergency laparotomy

Dr. Victor Manuel Sierra Alfonso

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Mayabeque, Cuba. **Correspondencia a:** Dr. Víctor Manuel Sierra Alfonso, correo electrónico: victor.sierra@infomed.sld.cu.

RESUMEN

La presencia de una complicación intrabdominal postoperatoria después de una laparotomía agrava el estado de salud del paciente y ensombrece el pronóstico, a pesar del uso adecuado de antimicrobianos, de la correcta nutrición y de las ventajas de los cuidados intensivos. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, con el objetivo de caracterizar las complicaciones en las puérperas, a las que se les practicaron laparotomías de urgencia. Se analizaron las referidas pacientes atendidas en el Hospital Ginecoobstétrico "Piti Fajardo" y en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", en el periodo comprendido entre enero del 2010 y diciembre del 2012. La muestra quedó conformada por nueve pacientes. Las complicaciones más presentadas fueron los trastornos hidroelectrolíticos y los trastornos del equilibrio ácido básico. No hubo muerte materna ni fetal. Las puérperas que más complicaciones presentaron fueron las de 35 años y más, con diagnóstico de placenta acreta, hematoma de la cúpula vaginal y atonía uterina. El tiempo de evolución hasta el tratamiento definitivo fue menor de 12 horas.

Palabras clave: LAPAROTOMÍA, URGENCIA; PUERPERIO COMPLICADO; ABDOMEN AGUDO; COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

Descriptor: LAPAROTOMÍA; ABDOMEN AGUDO; HEMORRAGIA POSTPARTO.

ABSTRACT

The onset of a postoperative intraabdominal complication after a laparotomy worsens the patient's health and affects the prognosis, in spite of the appropriate use of antimicrobial drugs, the correct nutrition and the advantages of the intensive care. A retrospective and descriptive study was carried out with the objective to characterize the complications in puerperae who underwent emergency laparotomy in "Piti Fajardo" Gynecology and Obstetrics Hospital and in "Aleida Fernández Chardiet" General Teaching Hospital from January, 2010 to December, 2012. The sample comprised nine patients. The hydro-electrolytic disorders and the basic acid equilibrium were the most frequent complications. There was neither maternal nor fetal death. 35-year-old and older puerperae presented more complications, diagnosed with placenta accreta, fornix vaginae hematoma and uterine atony, where there were also more complications, and the evolution time until the definitive treatment was less than 12 hours.

Key words: EMERGENCY LAPAROTOMY; COMPLICATED PUERPERIUM; ACUTE ABDOMEN; POSTOPERATIVE COMPLICATIONS.

Descriptor: LAPAROTOMY; ABDOMEN, ACUTE; POSTPARTUM HEMORRHAGE.

INTRODUCCIÓN

En el puerperio por parto normal, en el abdomen agudo no se ofrecen prácticamente cambios al examen físico, respecto a un adulto normal, pero no se puede confiar en la ausencia de signos de irritación peritoneal, pues raramente está presente en el puerperio inmediato y mediato, producto de la relajación de la pared abdominal en el postparto. (1)

En el puerperio, cuando el parto de la embarazada fue realizado mediante cesárea, en los primeros 10 días existen diversas situaciones que hay que tener presentes en estas pacientes y son las siguientes:

- En las primeras 72 horas pueden estar presente los signos invariantes (reacción peritoneal, contractura abdominal, etc.) y ser considerado como normal.
- En las primeras 48 a 72 horas existe un íleo reflejo postoperatorio que es normal.
- El neumoperitoneo postoperatorio puede durar de 3 a 4 días, pero no más de cinco.
- Es normal que no defeque ni expulse gases en los primeros 3 ó 4 días del postoperatorio.
- La herida quirúrgica reciente es dolorosa y la palpación del abdomen refleja hipersensibilidad.

Existen signos invariantes en el examen físico de estas pacientes que sugieren un abdomen agudo, como son los siguientes: shock postoperatorio, con punción abdominal positiva o drenaje espontáneo (pus, orina, sangre, bilis, etc.); shock postoperatorio, descartando causas cardiorrespiratoria o desequilibrio hidromineral y ácido-básico puede ser indicación de reexplorar la paciente; drenajes abdominales con salida de pus, sangre, etc.; distensión abdominal, posterior a las 72 horas y rayos-x de abdomen simple con niveles hidroaéreos y /o líquido intraperitoneal; salida de líquido serosanguinolento por la herida operatoria (evisceración); evolución hacia la falla múltiple de órganos, sin foco séptico extraperitoneal; septicemia por bacteroides frágilis en una recién operada de cesárea; un ultrasonido abdominal puede detectar un foco séptico en la cavidad abdominal. (1)

La cirugía, como ciencia, ha dado pasos importantes con el desarrollo sucesivo de los avances tecnológicos. Sin embargo, a pesar del nivel científico de los cirujanos y el desarrollo de la docencia médica especializada, en nuestros hospitales surgen complicaciones que requieren una evaluación profunda y en ocasiones de una reintervención temprana. (2) La presencia de una complicación intrabdominal postoperatoria, después de una laparotomía, agrava el estado de salud del paciente y ensombrece el pronóstico, a pesar del uso adecuado de antimicrobianos, de la correcta nutrición y de las ventajas de los cuidados intensivos. (3) Más connotación aún, si se trata de una puérpera, no solo por la repercusión sobre esta paciente, sino también la consecuencia que puede engendrar en el producto de la gestación.

Las características del puerperio constituyen una situación especial, que modifican el comportamiento de las complicaciones en las puérperas

laparotomizadas de urgencia. Ello motivó la realización de esta investigación, donde se caracterizan este tipo de pacientes, atendidas en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" y el Hospital Ginecoobstétrico "Piti Fajardo", en el periodo comprendido desde enero del 2010 hasta diciembre del 2012.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, con el objetivo de caracterizar las complicaciones en las puérperas, a las que se les practicaron laparotomías de urgencia. Se analizaron las referidas pacientes atendidas en el Hospital Ginecoobstétrico "Piti Fajardo" y en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", en el periodo comprendido entre enero del 2010 y diciembre del 2012. La muestra quedó conformada por nueve pacientes, mayores de 15 años, de 0 a 42 días después del parto, ingresadas por alguna de las causas de abdomen agudo, que se les realizó laparotomía y presentaron algún tipo de complicación, con los datos necesarios plasmados en las historias clínicas. Se revisaron todas las historias clínicas que estaban disponibles en el departamento de archivo de ambos hospitales.

Se analizaron variables como la edad, diagnóstico etiológico, el tiempo desde iniciados los síntomas hasta el tratamiento definitivo y las complicaciones.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las complicaciones de las puérperas con abdomen agudo, expuestas en la **tabla 1**, muestran un predominio de los trastornos hidroelectrolíticos, con un 84,6 %, seguida por los trastornos del equilibrio ácido-básico (76,9 %) y el íleo paralítico (46,2 %).

TABLA 1. Complicaciones de las puérperas con abdomen agudo

Complicaciones	Nº	%
Trastornos hidroelectrolíticos	11	84,6
Íleo paralítico	6	46,2
Hidrotórax de base izquierda	1	7,7
Flebitis	2	15,4
Infección de herida quirúrgica	2	15,4
Trastornos equilibrio ácido - básico	10	76,9
Infección urinaria	1	7,7
Seroma de la herida quirúrgica	1	7,7
TEP de rama fina	1	7,7
Muerte materna	0	0
Muerte fetal	0	0

Fuente: historias clínicas.

No hubo muerte materna ni fetal.

En la literatura consultada, con relación a las complicaciones hay diferencias a las encontradas en este estudio; Salazar (4) en su estudio hace mención de abscesos de la pared, bronquitis e hipoglicemia. Otros autores (5, 6) hacen referencia a las complicaciones presentadas en púerperas, pero con la particularidad para cada enfermedad en específico, no de forma global, como se plasma en este estudio.

El hecho que no exista muerte materna ni fetal pone de manifiesto la actividad desarrollada por el médico de familia y su equipo de trabajo, así como por los ginecoobstetras en la atención materno infantil, llevada a cabo en el país.

TABLA 2. Relación entre la presencia de complicaciones y la edad en las púerperas con abdomen agudo

Grupo de edades (años)	Púerperas Complicadas	
	Total	%
15 - 19	1	7,7
20 - 24	1	7,7
25 - 29	2	15,4
30 - 34	2	15,4
35 y más	3	23,1
Total	9	69,2

Fuente: historias clínicas.

En la **tabla 2** se observa la relación entre la presencia de complicaciones y la edad en las púerperas con abdomen agudo, o donde hubo un total de nueve púerperas (69,2 %) complicadas y dentro de ellas, predominó el grupo etareo de 35 y más años, con 23,1 %.

Las púerperas complicadas fueron las del grupo etareo donde comienzan a aparecer riesgos, tanto para la madre como para el producto de la gestación. Sáez (7) plantea que la edad materna ha sido identificada como un factor que incrementa la morbilidad materna y se producen complicaciones obstétricas con mayor frecuencia a medida que aumenta la edad.

En las adolescentes la madurez biológica y psicológica no se ha alcanzado, generalmente no tienen una independencia económica y no han culminado sus estudios, y en el caso de las añosas, se considera el inicio del envejecimiento del sistema reproductor. (8)

Sánchez, (9) en su estudio refleja un predominio de púerperas con edades superiores a los 31 años, donde manifiesta que está en relación con la

posibilidad de tener la paciente uno o más factores de riesgo que compliquen el puerperio.

En la siguiente tabla (**tabla 3**) se observa la relación entre el diagnóstico etiológico y la presencia de complicaciones en las púerperas, donde predominaron las complicaciones en pacientes con diagnóstico de placenta acreta (30,8 %), seguidos por el hematoma de la cúpula vaginal y la atonía uterina, con un 15,4 %, respectivamente.

TABLA 3. Relación entre el diagnóstico etiológico y la presencia de complicaciones en las púerperas

Diagnóstico Etiológico	Púerperas complicadas	
	Total	%
Hematoma de la cúpula vaginal	2	15,4
Sangramiento del lecho placentario	1	7,7
Placenta acreta	4	30,8
Atonía uterina	2	15,4
Parametritis	1	7,7
Peritonitis reactiva	1	7,7
Hematoma subaponeurótico y sangramiento de la histerorrafia	1	7,7

Fuente: historias clínicas.

En la **tabla 4** se muestra la relación entre el diagnóstico etiológico y las complicaciones en las púerperas, donde predominaron las complicaciones en la placenta acreta, el hematoma de la cúpula vaginal y la atonía uterina.

La mayor cantidad de púerperas complicadas fueron las que presentaron acretismo placentario, donde la literatura manifiesta que aunque es de presentación poco frecuente, está asociada a una alta morbilidad y en relación con cicatrices uterinas (cesáreas), (10-18) al igual que con la atonía uterina y el hematoma de la cúpula vaginal.

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. La atonía uterina es la causa más frecuente, y la literatura recoge un 80-90 % de dichas hemorragias. Los desgarros/laceraciones suponen la segunda causa más frecuente de hemorragia postparto, después de la atonía uterina. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2 500 partos), aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. La placenta acreta es una de las emergencias obstétricas más temidas en la práctica diaria, por la alta morbilidad materna fetal que ocasiona. (10-18)

TABLA 4. Relación entre el diagnóstico etiológico y las complicaciones en las puérperas

Diagnóstico Etiológico	Trastornos hidro-electrolíticos	Trastorno Ácido- Básico	Íleo paralítico	Flebitis	Infección de la Herida Quirúrgica	Serosa	TEP	ITU	Hidro-tórax
Hematoma de la cúpula vaginal	2	2	1				1		1
Sangramiento del lecho placentario	1	1	1						
Placenta acreta	2	2	1			1		1	
Atonía uterina	2	2	1	1					
Parametritis	1			1	1				
Peritonitis reactiva	1	1	1		1				
Hematoma subaponeurótico y sangramiento de la histerorrafia	1	1	1						

TEP: tromboembolismo pulmonar.

ITU: infección del tracto urinario.

Fuente: historias clínicas.

La mayor diversidad de complicaciones fue presentada por el hematoma de la cúpula vaginal, la placenta acreta y la atonía uterina, tal como lo refleja la literatura consultada. (10-18) En el caso del hematoma de la cúpula vaginal, está en relación con una insuficiente hemostasia a nivel de la cúpula una vez retirado el útero, (19) incluso la formación de acúmulos de sangre en la cúpula vaginal constituye la fuente principal de infección para la formación de abscesos, lo que concuerda con Guvenal. (20)

TABLA 5. Relación entre el tiempo desde iniciados los síntomas, hasta el tratamiento definitivo en las puérperas complicadas

Tiempo de Evolución	Total	%
Menos 12 horas	5	55,6
12 - 24 horas	1	11,1
Más de 24 horas	3	33,3

Fuente: historias clínicas.

En la **tabla 5** se observa la relación entre el tiempo desde iniciados los síntomas, hasta el tratamiento

definitivo en las puérperas complicadas, donde predominó el tiempo de evolución menor de 12 horas, con un 55,6 %; seguido por las de evolución mayor de 24 horas, con un 33,3 %.

Las complicaciones se presentaron con más frecuencia en aquellas, que tuvieron menos de 12 horas de evolución hasta el tratamiento definitivo, esto en relación con la elevada morbilidad de los tres principales sangramientos postparto, presentados en estas pacientes, (12-18) y que el tiempo fuese menor de 12 horas significa también la rápida actuación por parte del servicio de ginecoobstetricia ante esta eventualidad.

CONCLUSIONES

Las complicaciones más frecuentes fueron los trastornos hidroelectrolíticos y los trastornos del equilibrio ácido básico. No hubo muerte materna ni fetal. Las puérperas que más complicaciones presentaron fueron las de 35 años y más, con diagnóstico de placenta acreta, hematoma de la cúpula vaginal y atonía uterina, donde también las complicaciones fueron más numerosas y el tiempo de evolución hasta el tratamiento definitivo fue menor de 12 horas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Regalado García EN. Situaciones especiales en el abdomen agudo quirúrgico.sus invariantes. (Internet). Ciudad de la Habana. 2006. [Citado 25 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.sld.cu/conexión.html>. <http://fcmfajardo.sld.cu/conferencias/abdomen%20agudo.htm>.
2. Hennessey DB, Burke JP, Ni-Dhonochu T, Shields C, Winter DC, Mealy K. Infección del sitio quirúrgico después de la cirugía gastrointestinal. Ann Surg [revista en internet] 2010 [Citado 25 de noviembre 2014]; 252(2). Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=67341>
3. Amador Fraga Y, López Martín JE, Concepción Quiñones L. Reintervenciones quirúrgicas abdominales. Revista de Ciencias Médicas La Habana [revista en internet] 2013 [Citado 25 de noviembre 2014]; 19(3). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol19_3_13/hab06313.html.
4. Salazar Peredo D. Abdomen agudo quirúrgico durante el embarazo y puerperio inmediato. Sociedad Boliviana de Cirugía [revista en internet] 2001 [citado 25 de noviembre 2014]. Disponible en: http://www2.bago.com.bo/socbolcir/publicacion/vol3_n1/abd_agudo.html.
5. Malvino E. Infecciones graves en el embarazo y en el puerperio [en línea] 2011 [citado 20 de noviembre 2014]. Disponible en: http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Infecciones_Graves.pdf.
6. Montoya Cid FR, León Cid I, Hernández Pedroso W, Segura Fernández A, Rodríguez Iglesias G, Atienza Barzaga AM. Caracterización de pacientes obstétricas críticas. Rev Cub Med Mil [revista en internet] 2011 Jun [citado 25 de noviembre 2014]; 40(2): 126-136. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138655720110002_00004&lng=es.
7. Sáez Cantero V, Daudinot Cos CE. Análisis de un quinquenio en la histerectomía obstétrica de emergencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en internet] 2010 Jun [citado 25 de noviembre 2014]; 36(2): 21-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000200004&lng=es.
8. Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros II MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Salud Pública [revista en internet] 2013 [citado 25 de noviembre 2014]; 39(1). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000500004&lng=es&nrm=iso.
9. Sánchez García RW, Morejón Chávez J, Herrera García M, Rodríguez Molina M, Robles Lozano R, Martínez López I. Puerperio complicado: estudio en una unidad de cuidados intensivos [en línea] 2006 [citado 25 de noviembre 2014]. Disponible en: http://indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion3_puerperio_complicado/martinez_lopez.htm.
10. Souza Lourdes M, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann Odaléa M, Drake E. Mortalidad materna en Brasil debida a hemorragia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en internet] 2013 Jun [citado 25 de noviembre 2014]; 21(3): 711-718. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300711&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009>.
11. Scasso S, Laufer J, Sosa C, Verde E, Briozzo L, Alonso J. Tratamiento conservador en la hemorragia posparto refractaria al tratamiento médico. Sutura de B-Lynch. Rev. Méd. Urug [revista en internet] 2010 [citado 25 de noviembre 2014]; 26(3): 172-177. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902010000300008&lng=es.
12. Bautista Gómez EA, Morales García VB, Hernández Cuevas JC, Calvo Aguilar OD, Flores Romero AL. Acretismoplacentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas. Ginecología y Obstetricia de México [revista en internet] 2012 [citado 25 de noviembre 2014]; 80(2). Disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84857974295&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=acretismo&st2=placentario&sid=E113C6D299F9F7C3DB8FFF01E4A61B1E.aqHV0EoE4xIIF3hgVWgA%3a40&st=q&sdt=b&sl=41&s=TITLE-ABS-KEY-AUTH%28acretismo+placentario%29&relpos=6&relpos=6&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEYAUTH%28acretismo+placentario%29>.
13. Wortman AC, Alexander JM. Placenta Accreta, Increta, And Percreta (Review). Obstetrics and Gynecology Clinics of North America [revista en internet] 2013 [citado 25 de noviembre 2014]; 40(1). Disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?origin=recordpage&zone=relatedDocuments&eid=2-s2.0-84875238317&citeCnt=0&noHighlight=false&sort=plf-f&src=s&imp=t&sid=E113C6D299F9F7C3DB8FFF01E4A61B1E.aqHV0EoE4xIIF3hgVWgA%3a330&st=br&sdt=a&sl=56&s=SOURCEID%2812732%29+AND+PUBYEAR+IS+2013+AND+NOT+DOCTYPE%28ip%29&relpos=0>.
14. Hagenbeck Altamirano F, Leis Márquez T, Ayala Yáñez R, Juárez García L, García Moreno C. Antenatal diagnosis of placental acretism-percreta. Ginecología Y Obstetricia De México [revista en internet] 2013 [citado 25 de noviembre 2014]; 81(5): 259-271. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).

15. Noguera Sánchez M, Krivitzky S, Rabadán Martínez C, Sánchez P. Placenta accreta, a growing problem. Prenatal diagnosis as successful treatment. *Ginecología Y Obstetricia De México* [revista en internet] 2013 [citado 25 de noviembre 2014]; 81(2): 99-104. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
16. Aguilar Ponce S, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en internet] 2011 [citado 25 de noviembre 2014]; 38(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100013.
17. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Cairo González V, Pérez Viera S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en internet] 2011 [citado 25 de noviembre 2014]; 37(4): 481-488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400005 &lng=es.
18. Nodarse Rodríguez A, Capote Arce R, Cuevas Hidalgo E, Borrego López J, Martínez Cernuda I, Couret Cabrera Martha P. Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en internet] 2013 Jun [citado 25 de noviembre 2014]; 39(2): 128-134. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200008 &lng=es.
19. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE, Perpiñán LLuesma L. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. *AMC* [revista en internet] 2013 Jun [citado 25 de noviembre 2014]; 17(3): 347-355. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300010&lng=es.
20. Guvenal T, Ozsoy AZ, Kilcik MA, Yanik A. The availability of vaginal hysterectomy in benign gynecologic diseases: a prospective, non-randomized trial. *J Obstet Gynaecol Res* [revista en internet] 2010 [Citado 25 de noviembre 2014]; 36(4): 832-7. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0756.2010.01183.x/abstract;jsessionid=7D4F90C6C3B2CABDCF5D-C3E34B85DD5D.f04t01?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+Saturday%2C+15+March+from+10%3A00-12%3A00+GMT+%2806%3A00-08%3A00+EDT%29+for+essential+maintenance&userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>.