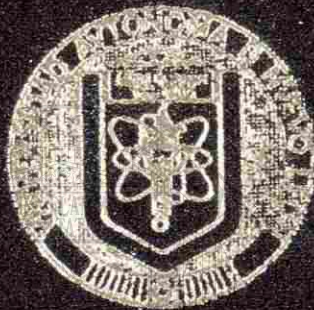


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA



COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS
EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOBSTETRICIA

PRESENTA EL DOCTOR
HORACIO MALDONADO PEÑA

ASESOR: DR. JESUS A. TAMEZ

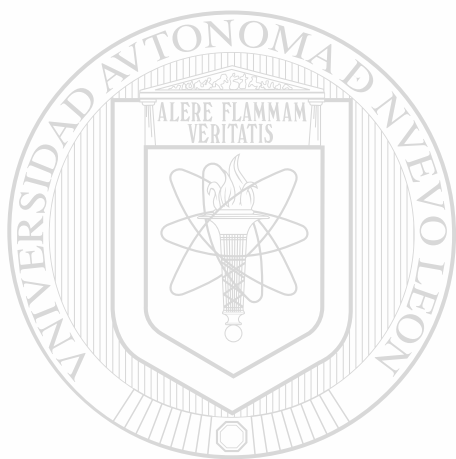
MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1991

TM
Z6658
FM
1991
MB



1020071200



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

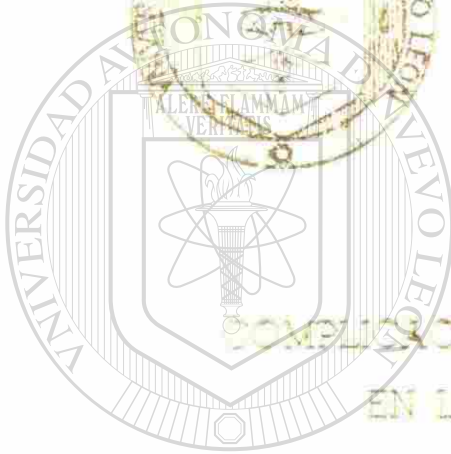


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA



U A N L

COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS
EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
T E S I S

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOBISTETRICIA

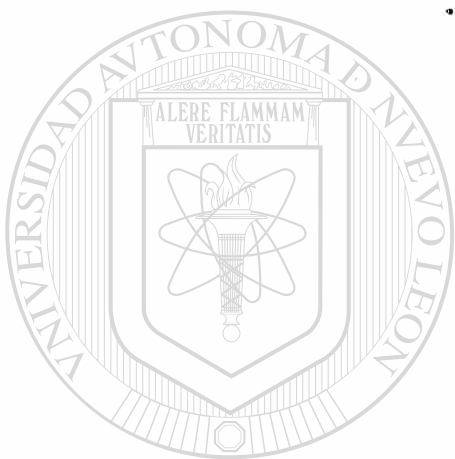
PRESENTA EL DOCTOR
HORACIO MALDONADO PEÑA

ASESOR: DR. JESUS A. TAMEZ

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1991

TM
26658
FA1
1991
413

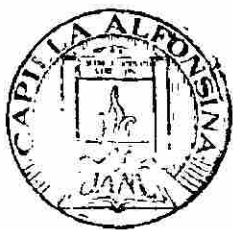


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO TESIS

165567

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA ESTATAL DE SALUD
HOSPITAL METROPOLITANO
" DR. BERNARDO SEPULVEDA "
MONTERREY, N.L.



COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA

ASESOR: DR. JESUS A. TAMEZ

UANL

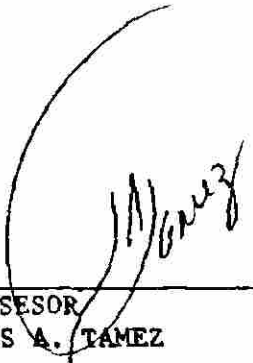
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



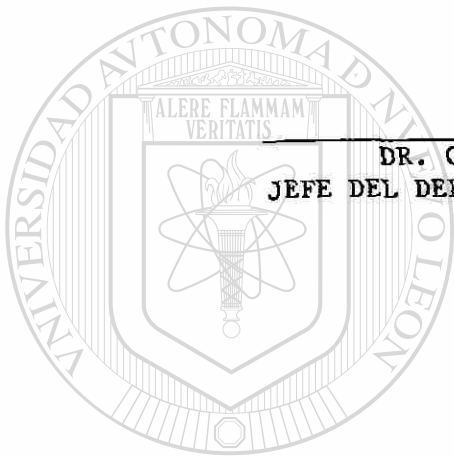
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

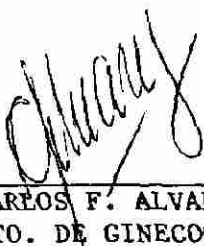
TESIS:
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD
DE GINECOBSTETRICIA.
PRESENTA EL DOCTOR
HORACIO MALDONADO PEÑA

ENERO DE 1991



ASESOR
DR. JESUS A. TAMEZ



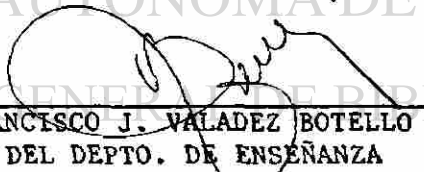


DR. CARLOS F. ALVAREZ
JEFE DEL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



DR. FRANCISCO J. VALADEZ BOTELLO
JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA
DEL HOSPITAL METROPOLITANO

DEDICATORIA:



A MI ESPOSA LETY POR SU APOYO COMPRENSION Y LARGA ESPERA

A MIS HIJOS: HORACIO Y DANIELA

UANL

A MIS PADRES POR SUS DESEOS DE SUPERARNOS Y AYUDA EN TODO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MOMENTO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



RECONOCIMIENTO:

AL DOCTOR JESUS A. TAMEZ POR SU COOPERACION EN LA
REALIZACION DE ESTE TRABAJO Y SUS ENSEÑANZAS - -
RECIBIDAS.

A LOS MEDICOS ADSCRITOS QUE DE ALGUNA MANERA O DE OTRA CONTRIBUYERON
EN MI FORMACION COMO GINECOBSTERA

DR. CARLOS FELIPE ALVAREZ

DR. SERGIO A. TIJERINA C.

DR. JOSE LUIS MARTINEZ ZOZAYA

DR. RICARDO GONZALEZ ELIZONDO

DRA. CLARA LEAL RODRIGUEZ

DR. EFRAIN CAMPOS BARBA

DR. IGNACIO CAVAZOS LOPEZ

DRA. LAURA DIAZ ALEMAN

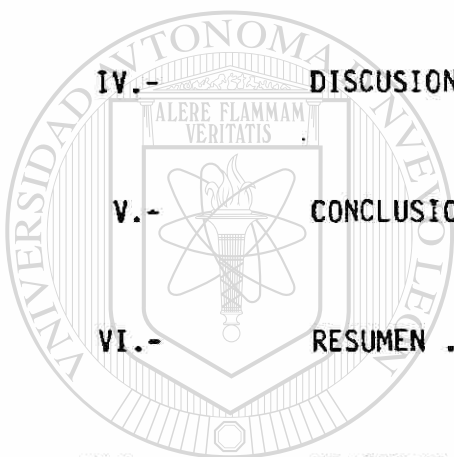


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



INDICE

	PAG.
I.- INTRODUCCION	1
II.- MATERIAL Y METODOS	2
III.- RESULTADOS	3
IV.- DISCUSION	5
V.- CONCLUSIONES	6
VI.- RESUMEN	7
VII.- GRAFICAS Y BARRAS	23
VIII.- BIBLIOGRAFIA	30



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

INTRODUCCION

En las complicaciones intra y postoperatorias en la Cirugía Ginecológica, se han reconocido factores que incrementan el riesgo quirúrgico dentro de los cuales se mencionan las condiciones generales de las pacientes, la coincidencia de enfermedades crónicas debilitantes, la vía de acceso quirúrgico, el tiempo operatorio y una adecuada supervisión y/o ejecución del procedimiento quirúrgico: En cualquier caso y sea cual sea el origen de la complicación -- puede significar además del riesgo para la paciente, una erogación económica para el Hospital traducida en días de estancia hospitalaria y/o reintervenciones quirúrgicas.

En la Cirugía Ginecológica como en cualquier acto quirúrgico pueden ocurrir complicaciones trans y/o postoperatorias, dentro de las primeras se pueden -- enumerar principalmente las lesiones a órganos vecinos (intestino grueso, intestino delgado, ureteres, vejiga, rectosigmoides; lesiones vasculares con su correspondiente complicación hipovolémica). Dentro de las complicaciones postoperatorias, el período más crítico son las primeras 72 horas durante las cuales se debe evaluar la respuesta fisiológica de la paciente a la Cirugía pélvica, dentro de las complicaciones que pueden ocurrir de índole cardiovascular (Sangrado, Trombosis) Respiratorias (Atelectasias, Neumonías) Renales y Digestivas (Ileon Adinámico) Infecciosas.

De acuerdo a algunos autores (1). Por ejemplo el riesgo de infecciones en -- en el caso de Histerectomía, puede variar de un 8 - 18 % y el riesgo se in- (R) crementa si la paciente es muy joven, con tiempo quirúrgico prolongado y si no se usan antibióticos profilácticos; otros autores (5) mencionan complicaciones intestinales hasta en el .8 % siendo la obstrucción la más frecuente con un 3 %, además de estas complicaciones existen otras que han sido debidamente estudiadas

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Metropolitano " DR. BERNARDO SEPULVEDA " de la SSA de 2o. nivel de la CD DE MONTERREY, N.L.: El estudio comprendió del 2 de Mayo al 2 de Noviembre de 1990; se incluyeron todas las pacientes sometidas a Cirugía Ginecológica electiva y de urgencia cuyos expedientes reunieran la información completa de todas las variables a analizar tales como: Nombre, edad, procedencia, registro, antecedentes diagnóstico pre operatorio, cirugía proyectada y realizada, hallazgos y complicaciones trans operatorias, tiempo quirúrgico, tipo de anestesia y sus complicaciones, nombre del cirujano, sangrado aproximado; si hubo necesidad de transfusión y cantidad, la estancia hospitalaria, la evolución y condiciones al egreso, si se hizo profilaxis con antibióticos o no y si hubo complicaciones postoperatorias.

Se analizaron un total de 130 casos de los cuales se excluyeron 30 por no reunir en forma satisfactoria los conceptos de inclusión de tal manera que nuestro universo fue de 100 pacientes para las cuales se diseñó un formato de colección de datos; los cuales se tabularon en forma de gráficas y barras de acuerdo a las variables.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESULTADOS

En la gráfica No. 1 se desglosan las cirugías efectuadas de acuerdo a la efectividad o urgencia con que fueron hechas, es notorio el hecho de que el gran porcentaje fueron cirugías electivas, 85 de las 100 pacientes (85 %) las cuales teóricamente fueron bien evaluadas previo a la cirugía.

En la gráfica No. 2 se observan los diagnósticos preoperatorios y el número de pacientes. La mayoría de las pacientes se intervinieron por distopia genital -- 31 %.

La indicación preoperatoria más común para histerectomía abdominal fue la miomatosis uterina; es interesante observar que el 15 % de los diagnósticos preoperatorios fueron intervenidas por Neoplasia intraepitelial.

En la tabla 1 se correlacionan grupos de edad con el tipo de cirugía realizada y nos muestra que las cirugías de urgencia se presentaron en las pacientes más jóvenes (embarazo ectópico y quiste torcido de ovario) y el gran porcentaje de histerectomías se realizó en pacientes de 30 - 49 años.

En la tabla No. 2 nos muestra el diagnóstico preoperatorio y el tipo de intervención quirúrgica.

En cuanto a la relación de cirugías con el tipo de anestesia administrada la gran mayoría fueron generales.

Tabla No. 3 el 100 % de las complicaciones se presentaron en histerectomías.

La tabla No. 5 nos muestra que en las complicaciones aumenta considerablemente los días de estancia hospitalaria.

El promedio de días de estancia en nuestro Hospital es de 3.7 días por Cirugía Ginecológica, en el caso de las complicaciones el promedio de días como Hospital fué de 8.09 días (tabla # 5).

En cuanto a la Profilaxis con antibióticos se empleo en la gran mayoría de los pacientes 71 % y en una cuarta parte no se empleo Profilaxis. La distribución con los diferentes medicamentos es como sigue:

35 %	Ampicilina
12 %	Gentamicine
7 %	Cefalosporinas
2 %	P G S C
10 %	Doble Antibiótico (como tratamiento)
3 %	Triple (como tratamiento Complicac)

Del 25 % de pacientes en quienes no se utilizó antibiótico Terapia Profiláctica 4 (16 %) tuvieron alguna complicación infecciosa y del 75 % de pacientes en -- quienes se utilizó esta medida 7 (9.3 %) presentaron alguna complicación infecciosa, incluyendo aquellos pacientes con problemas infecciosos reconocidos durante el acto quirúrgico.

Las pacientes que ameritaron transfusión fueron 8 en total, 2 pacientes se transfundieron antes de la cirugía; 2 con embarazos ectópicos rotos (por la Patología misma) y 4 en cirugías electivas que por lo tanto se consideran como complicación.

Si bien, el tiempo quirúrgico es otro factor muy importante en la morbimortalidad, nuestro promedio fue 2.03 horas como mínimo en una marsupialización; y -- tiempo máximo de 5.20 Hrs. en paciente complicada con lesión vesical que ameritó 2 tiempos quirúrgicos.

Salvo la paciente con lesión vesical, todas las pacientes con complicaciones -- postoperatorias cayeron dentro del margen del tiempo quirúrgico promedio y guía por abajo de este.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias los datos encontrados en los controles. El 63 % de las pacientes no tuvieron complicación, el 15 % de las pacientes no tuvieron control en el postoperatorio no se sabe si hubo complicación.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DISCUSION

Dentro de nuestro universo de 100 pacientes estudiadas en forma prospectiva, como primer dato interesante encontramos que un 85 % fueron cirugías electivas y un 15 % fueron de urgencia; si bien de nuestros datos se desprende el hecho de que ninguna de las cirugías urgentes tuvo complicación mientras que el 17.5 % de las cirugías electivas presentaron alguna forma de complicación pensamos que se debe a que en nuestro Hospital se catalogan adecuadamente. Las urgencias de tal manera que se dejan para cirugía electiva aquellas pacientes con riesgo quirúrgico elevado; por su propia patología o por un cuadro concomitante. Sin embargo hemos de aceptar que la gran mayoría de intervenciones electivas es efectuada por personal en entrenamiento de la especialidad, tal vez no siempre supervisados en una forma adecuada. Las indicaciones quirúrgicas en los grupos de edad en nuestro trabajo, son muy semejantes a las que reporta DICKER MD. CREENSPAN (4). Nuestras indicaciones para cirugía abdominal y vaginal no difieren mucho de lo reportado por otros.

La causa principal de cirugía ginecológica es la distopia genital gráfica No. 2. Sin embargo la incidencia de NIC (NEOPLASIA INTRAEPITELIAL) como indicación quirúrgica es elevado, si bien va de acuerdo con reportes previos (2).

En nuestras cirugías ginecológicas, se utilizó preferentemente la anestesia general seguido por bloqueos peridural no habiéndose observado complicaciones.

En la tabla (4). De nuestro dato se desprende que en total se efectuaron 71 -- histerectomías, 36 vaginales y 35 abdominales y es de hacerse notar que hubo mayor índice de complicaciones en la cirugía vaginal (25 %), mientras que en la abdominal tuvimos un 20 %.

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron sigue siendo aconsejable el uso de antibióticos profilácticos, dado que en las pacientes que no se usaron un -- 16 % presentaron una complicación infecciosas; mientras que en la se utiliza la profilaxis un 9 % la presentaron incluyendo pacientes con problemas infecciosos concomitantes.

Un aspecto importante de las complicaciones de cualquier cirugía es que repercute en los días cama en nuestro caso la diferencia es significativa ya que el promedio de pacientes con alguna complicación fue de 8.09 días mientras que en forma usual es de 3 días en pacientes no complicadas.

CONCLUSIONES

1. Una adecuada selección de la vía de abordaje quirúrgico, un diagnóstico preoperatorio adecuado y un estudio concienzudo del estado de la paciente seguramente ayudará a disminuir las complicaciones.
2. Siendo las complicaciones infecciosas las más frecuentemente observadas debe ponerse especial atención a la asepsia y antisepsia, al uso de antibióticos profilácticos y a la depuración de la técnica quirúrgica; de tal manera que esta complicación pueda abatirse, así mismo y con el fin de colaborar de alguna forma con el mejor entendimiento de los problemas infecciosos, su prevención diagnóstico y tratamiento; pienso que es conveniente agregar el siguiente resumen extraído de diversas fuentes bibliográficas actualizadas.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESUMEN

Siendo los problemas infecciosos; la complicación más frecuentemente encontrada en este estudio considero conveniente hacer un desglose final de los tipos de infecciones más frecuentes encontradas, su prevención, diagnóstico y tratamiento aconsejado por diversos autores de acuerdo a la bibliografía estudiada, los cuadros infecciosos son el estado patológico más frecuente después de procedimiento quirúrgico ginecológicos electivos y urgentes. Las tasas de infección varían mucho entre hospital y grupos de pacientes. Los criterios utilizados para definir la variedad de infecciones que pueden presentarse los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos y tal vez de máxima importancia los tipos de pacientes tratadas, contribuyen a las variaciones en los reportes.

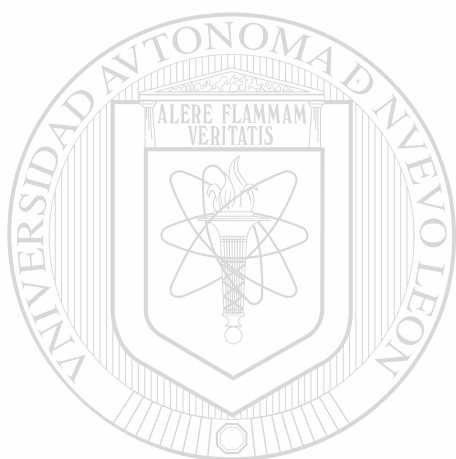
Solo con una valoración objetiva se podrá identificar y corregir estos problemas.

En 1964 se llevó al desarrollo una clasificación de heridas quirúrgicas que constituyo la base para tomar decisiones en cuanto a la administración de antimicrobianos en forma profiláctica y prevenir infecciones hospitalarias antes de dicha valoración casi todas las pacientes que eran objeto de algún procedimiento quirúrgico recibían antibióticos desde su ingreso al hospital hasta su egreso. La literatura médica de los últimos 20 años refleja los esfuerzos de innumerables investigadores para definir la naturaleza de las complicaciones infecciosas así como sus factores predisponentes y las técnicas quirúrgicas y médicas más adecuadas para disminuir estas complicaciones.

Una de las principales técnicas médicas ha sido la profilaxia con antibióticos, cuya aplicación en la práctica ha sido objeto de refinamiento notable.

En concepto de profilaxia a base de antibióticos data de la introducción de estos fármacos a mediados del decenio de 1940. Richardas en 1943 y Falk y Bunkin en 1946 utilizaron sulfas con fines profilacticos en técnicas ginecológicas con resultados variables. El interés revivió en 1961 cuando Burke señaló sus resultados en la profilaxia de heridas, demostró que cuando se administraba antibióticos particularmente en términos de una hora o tres horas después de la inoculación de microorganismos en incisiones experimentales, había una disminución notable en el tamaño de la herida. Como observaremos al comentarlo referente a la profilaxia los regímenes han cambiado.

Sin embargo las normas más aceptadas para valorar la idoneidad de un antibiótico o régimen particular como profiláctico no han cambiado mayormente. Estas pautas fueron propuestas por LEDGER en 1975 y más tarde modificadas por JOHNSON Y COL en 1983 CUADRO 1.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PAUTAS PARA LA PROFILAXIA CON ANTIBIOTICOS

- El método debe con llevar morbilidad postoperatoria notable de tipo infeccioso o una posible respuesta alterada del huésped a la infección.
- La técnica quirúrgica debe incluir una gran posibilidad de contaminación bacteriana.
- El fármaco debe tener poca toxicidad, antecedentes definidos de inocuidad y no ser utilizado. " rutinariamente " en infecciones graves.
- El espectro de actividad del fármaco debe incluir los microorganismos propios del sitio de contaminación que mayor probabilidad tengan de causar infección.
- El fármaco debe alcanzar una concentración razonable en tejidos durante el procedimiento y ser administrado por un período breve.

El Hospital en que este la enferma debe contar con un programa funcional de detección y supervisión de infecciones con pautas establecidas y llevar un registro de los patrones actuales de susceptibilidad a antibióticos, antes de emprender el empleo general de la profilaxia electiva con antibiótico.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

FLORA

La flora natural del sitio quirúrgico se consideró factor crítico en la aparición de infección postoperatoria después de procedimientos selectivos en pacientes no infectadas. Esto dirigió la atención a la importancia de la microbiología del sitio quirúrgico. Casi toda la información microbiológica se obtuvo de mujeres programadas para histerectomía electiva y la mayoría de ellas premenopáusicas. Se han identificado bacterias habitantes naturales en diversos estados fisiológicos, como la fase del ciclo menstrual en mujeres ovulatorias y tanto premenopáusicas como posmenopáusicas, así como posmenopáusicas tratadas con estrógenos. Se diseñaron estudios para identificar la relación entre esta flora de la porción inferior del aparato genital y la infección posoperatoria.

Las histerectomías sirvió como modelo para relacionar la flora con la infección. Las bacterias Gram positivas fueron las que con mayor frecuencia se aislaron de las especies aerobias y anaerobias. La mayor de los estafilococos aislados (81 %) eran *Staphylococcus epidermidis* y las especies de estreptococos que con mayor frecuencia se aislaron fueron *Streptococcus focalis* (47 %): *Escherichia coli* constituyó 66 % las enterobacterias.

Bacterioides Vibius fue el microorganismo que con mayor frecuencia se aisló de esa familia. El grupo de *Bacteroides fragilis* constituyó solo 7 % de los aislamientos y se obtuvo de menos de 5 % de las pacientes.

Estas bacterias se aislaron del endocervix en el preoperatorio de histerectomía abdominal o vaginal electiva.

CUADRO 2 DISTRIBUCION POR ESPECIES DE LOS TIPOS DE BACTERIAS AISLADOS DEL ENDOCERVIX DE 430 MUJERES ANTES DE HISTERECTOMIA VAGINAL O ABDOMINAL ELECTIVA.

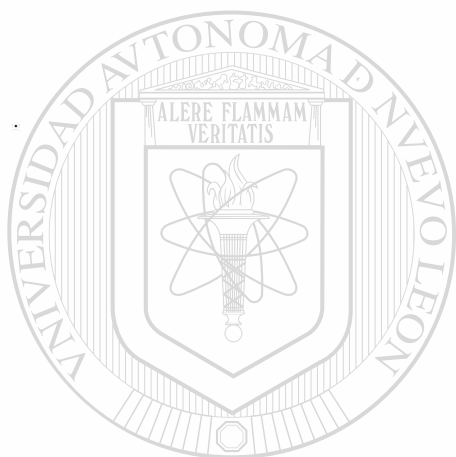
ESPECIE BACTERIANA	PORCENTAJE DE LA F
AEROBIOS	
Especies de estafilococos	15 %
Especies de estreptococos	23 %
Enterobacterias	18 %
<i>Pseudomonas Acinetobacter</i>	1
ANAEROBIOS	
Especies de peptostreptococcus	19
<i>Bacteroides bivius</i>	9
Otras especies de Bacterioides	7
Grupo de <i>Bacteroides Fragilis</i>	7
<i>Clostridium</i>	1

INFECCION POST HISTERECTOMIA

Las infecciones posoperatorias que pueden ocurrir después de una histerectomía se muestran en el CUADRO 3

SITIO QUIRURGICO

Cupula vaginal
 Celulitis pélvica
 Absceso pélvico
 Supravaginal
 Extraperitoneal
 Intraperitoneal
 Anexos
 Celulitis
 Absceso
 Incisión abdominal
 Celulitis
 Simple
 Progresiva bacteriana
 Aponeurosis necrosa
 Mionecrosis



SITIO NO QUIRURGICO

Vías urinarias
 Bacteriuria asintomática
 Cistitis
 Pielonefritis
 Vías respiratorias
 Atelectasia
 Neumonía
 Vascular
 Flebitis
 Tromboflebitis pélvica séptica

MORBILIDAD FEBRIL

La morbilidad febril o elevación de la temperatura en una paciente asintomática, no se incluyó dentro de las infecciones señaladas en el cuadro. La elevación de la temperatura es ciertamente un signo de infección, pero tal vez se confie demasiado en el como-- indicador de la presencia de infección pélvica postoperatoria. Hay una fuerte tenden-- cia a iniciar antimicrobianos por el diagnóstico de " probable infección pélvica " -- cuando el único efecto observado en el postoperatorio es un aumento de temperatura. La elevación recurrente de la temperatura es un fenómeno común después de histerecto-- mía abdominal que de la vaginal y mucho más frecuente que la infección. Parece ser que esta elevación de la temperatura:

- 1).- No se relaciona con una fuente identificable de infección
- 2).- No se relaciona con síntomas específicos
- 3).- Tiene relación con una exploración física normal
- 4).- Desaparece sin tratamiento.

Las mujeres que presentan morbilidad febril no son aquellas que después sufren elevación de la temperatura con infección que requiere tratamiento antimicrobiano parenteral. Parece haber dos grupos distintos de pacientes, aun cuando las cifras de registro de temperatura sean idénticas.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CELULITIS DE LA CUPULA

La forma más leve de infección pélvica poshisterectomía es la que aparece en el margen quirúrgico vaginal. Esencialmente toda mujer a quien se hace histerectomía presenta celulitis en ese sitio, pero muy pocas requieren tratamiento antimicrobiano. El borde vaginal suele tornarse hiperémico e indurarse durante varios días, éstos datos junto con la secreción vaginal, son indicativos de respuesta inflamatoria. En ausencia de síntomas y datos anormales físicos es innecesario el tratamiento antimicrobiano, algunas pacientes empiezan a tener molestias abdominales bajas o pélvicas y en la exploración mayor hipersensibilidad de la cúpula vaginal que lo normal estos datos relacionados con una elevación de la temperatura son indicativos de una infección que requiere antimicrobianos de amplio espectro. Esta infección suele responder rápidamente a los agentes de que se dispone en la actualidad para tratamiento parenteral.

En la experiencia de los autores esta infección es rara en el período postoperatorio inmediato, sin embargo, es la infección pélvica más frecuente después de un período posoperatorio inmediato sin trastornos y el alta del hospital. Si los síntomas y signos son mínimos, se pueden tratar con buen éxito a estas mujeres como externas con antimicrobianos orales.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CELULITS PELVICA

Cuando los mecanismos de defensa del huésped no pueden confinar la respuesta inflamatoria al borde quirúrgico vaginal, la infección se extiende hacia los tejidos blandos pélvicos contiguos del parametrio. Las mujeres que presentan esta infección lo hacen en al mismo tiempo que la celulitis de la cúpula. Su síntomas - suelen ser más intensos e incluyen molestias del dorso, dolor de piernas, además de los correspondientes al dolor abdominal y pélvico. La elevación térmica suele ser mayor que en al celulitis de la cúpula. Esta infección suele estar acentuada en un lado, lo que se sospecha por las manifestaciones de la paciente y su respuesta a la exploración bimanual. Se desarrolla con mayor frecuencia antes del egreso hospitalario.

Si el borde vaginal ha sido cerrado es necesario introducir un instrumento a través de el y abrirlo. Se han recuperado hasta 200 ml de suero o linfa de este espacio.

La celulitis pélvica en un parámetro o anexo, es rara después de procedimientos que no son de histerectomía. Pueden ocurrir después de operaciones de anexos, - embarazo ectóptico, dilatación y legrado conización y vaporización o crioterapia del cuello uterino con laser.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ABSCESO PELVICO

En ausencia de hematoma, el absceso pélvico es una infecci3n extremadamente rara -- en grupos de pacientes a quienes se hace histerectomía vaginal o abdominal en la actualidad. Casi todos los abscesos ocurren en el espacio extraperitoneal supravaginal y pueden ser drenados fácilmente mediante la técnica antes señalada y el espacio debe irrigarse copiosamente. Un drenaje en la zona puede ser más perjudicial -- que benéfico. Como es válido para las infecciones antes descritas puede aparecer un absceso durante la hospitalizaci3n inicial o después del alta; el tiempo o promedio entre la intervenci3n quirúrgica y la identificaci3n del trastorno fue de 18 días. En sus casos y en muchos otros había relativamente pocos síntomas e inespecíficos, -- antes de la rotura intraperitoneal de un absceso; suceso que pone en peligro la vida y requiere intervenci3n quirúrgica inmediata. La hipersensibilidad puede ser tal -- que impida al explorador palpar una tumoraci3n, en cuyo caso esta indicada una ultrasonografía pélvica, otras veces se presenta como bajas en el hemt3crito. En la experiencia raras veces se requiere intervenci3n quirúrgica para la infecci3n de cualquier localizaci3n, con la cobertura bacteriana proporcionada con los antimicrobianos conocidos.

UNIVERSIDAD AUT3NOMA DE NUEVO LE3N

DIRECCI3N GENERAL DE BIBLIOTECAS

INCISION ABDOMINAL

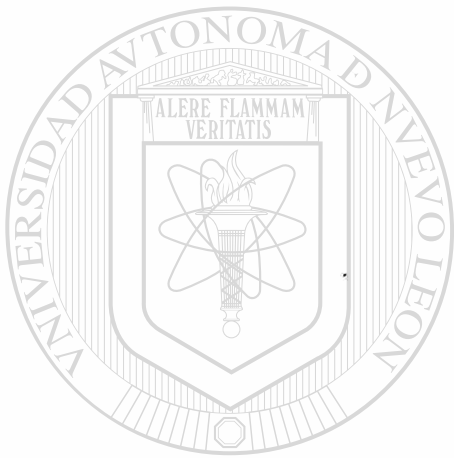
Hay más uniformidad en el diagnóstico de infección de herida quirúrgica abdominal. El eritema con hipersensibilidad de los bordes cutáneos y secreción purulenta - - simplemente indica celulitis. Estas infecciones de herida quirúrgica también son producidas por los patógenos potenciales presentes en la parte inferior del aparato reproductor y suelen ser polimicrobianas. La infección no aparece tan rápidamente como en todas las infecciones pélvicas, tal vez a un inoculo menos numeroso. La elevación térmica relacionada no suele aparecer hasta el cuarto día postoperatorio, es recidivante y se relaciona con un aumento de los síntomas en la incisión. La formación de hematoma o seroma puede tener el mismo efecto que la infección, debido a que la incisión no suele cerrarse de inmediato. Es importante tener muestras para cultivo antes del tratamiento. El tratamiento eficaz de casi todas las infecciones de la incisión abdominal depende del cuidado mecánico de la herida.

APONEUROSITIS NECROSANTE

Esta infección devastadora fue descrita originalmente por Jones en 1871 y recibió ese nombre por un cirujano de Parkland en 1952. En 1979 se propusieron criterios diagnósticos completos (cuadro 4) un inicio agudo es la regla, con evolución rápida y afección sistemática; las tasas de mortalidad varían de 20 - 76 %. Son factores predisponentes a esta infección Diabetes Mellitus (60 %) enfermedades debilitantes, edad mayor de 50 años y cardiopatía arterioesclerótica. Suele iniciarse con la introducción de flora bacteriana cutánea natural y contaminación con flora intestinal o vaginal y diseminación rápida al tejido contiguo en el plano de aponeurosis superficial. Las bacterias aisladas incluyen *S aureus*, - estreptococos hemolíticos del grupo A y B, *E coli*, enterococo, *pseudomonas*, - - *klebsiella*, *proteus*, *bacteroides*, *peptococos* y *Fusobacterium*. La aponeuritis necrosante puede empezar como cualquier infección con un poco eritema en la zona infectada. Ocurre formación de ampollas o bulas en tejido avascular de color -- anormal y exudación de un líquido gris. La piel se ve socavada y hay destrucción tisular, mucho más extensa de lo que parece en la superficie, la piel se separa del tejido subyacente. La detención temprana, la estabilización vigorosa y la extirpación quirúrgica inmediata, hasta producir hemorragia abundante es el tratamiento adecuado, desfigurante y de elección.

Se deben administrar antibióticos de amplio espectro desde antes de la operación

hasta que haya una buena base de granulación en el lecho quirúrgico, la herida - se deja abierta.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO DE APONEUROSITIS NECROSANTE

- Necrosis extensa de la aponeurosis superficial con socavo periférico de la piel normal.
- Reacción tóxica sistémica moderada grave.
- Sin afección muscular
- Ausencia de Clostridium en la herida y hemocultivo
- Ausencia de oclusión vascular mayor, pero presencia de trombosis microvascular.
- Infiltrado leucocitario intenso en tejido subcutáneo necrótico.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



INFECCION DE VIAS URINARIAS

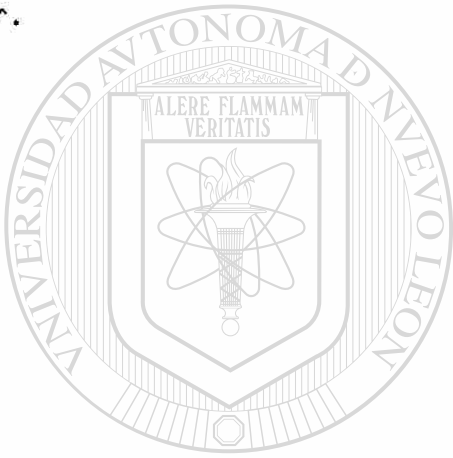
Cualquier mujer con síntomas debe ser valorada en busca de infección, tratada y curada antes de la operación. El no hacerlo se ha visto seguido por infección pélvica grave con cultivos positivos de un uropatógeno. El autor y sus cols, encontraron que ocurre infección de vías urinarias o colonización en menos del 3 % de sus pacientes. Estos datos incluyen mujeres a quienes se hizo corrección de incontinencia urinaria y se dejó una sonda de foley durante 3 - 5 días. El diagnóstico debe hacerse con confirmación microbiológica. Las enterobacteriaceas producen casi todas las infecciones de vías urinarias en mujeres.

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS

Muy pocas pacientes presentan infección grave de vías respiratorias después de procedimientos ginecológicos selectivos. El autor ha observado neumonía en sólo 6 de 4000 pacientes. La atelectasia es de diagnóstico más difícil y ocurre hasta cierto grado en todas las paciente, lo que indudablemente contribuye a la morbilidad febril poshisterectomía, más frecuente después de histerectomía abdominal que vaginal la hipersensibilidad de la insición abdominal genera hipoventilación y mala eliminación de secreciones que constituye la base de estos trastornos. El tabaquismo intenso, obesidad, edad avanzada, E.P.O.C. y los analgésicos aumentan la frecuencia de atelectasia

LESIONES OPERATORIAS DEL URETER

La lesión del ureter pelviano es una de las complicaciones más graves de la cirugía ginecológica, aun que por fortuna es infrecuente de 0.1 - 1.5 % de todos los casos de cirugía pelviana mayor. Este tipo de lesión se asocia con una alta morbilidad, - fistulas ureterovaginales y pérdida en potencia de la función renal. El riesgo de - compromiso renal obedece a que solo la tercera parte de todas las lesiones ureterales se reconocen en el momento de la operación, pues la mayoría se identifican por los síntomas postoperatorios cuando a ocurrido una obstrucción ureteral o una filtración de orina. Dada la íntima relación embiológica y anatómica de los tractos genital y urinario es impresindible que el cirujano conozca bien la anatomía del ureter.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ANTIBIOTICOTERAPIA

Cuando del paciente posoperado ha sido valorado por la presencia de infección y se hace un diagnóstico, los antimicrobianos por administrar deben cubrir el espectro de microorganismos patógenos que con toda posibilidad se pueden aislar de los sitios de infección. Casi todas las infecciones posoperatorias intra o extraperitoneales, intra o extravasculares son polimicrobianas y consisten en combinaciones de bacterias enumeradas del cuadro 1.

El tratamiento es empírico, suele haber un retraso 72 - 96 horas antes de que el médico reciba la identificación de la especie. Con los sistemas automáticos actuales se dispone de la misma información para E.coli en menos de 24 horas muchos laboratorios no hacen pruebas de sensibilidad de anaerobios debido al costo y esfuerzo necesario. Es importante que se incluya una buena cobertura de anaerobios en el tratamiento inicial, hay una gran variedad de antimicrobianos para elegir. El tratamiento combinado no garantiza una evolución satisfactoria. Para ser considerado objeto de tratamiento de estas infecciones debe haber signos de curación clínica en más de 90 %. El tratamiento eficaz con un solo agente de infecciones pélvicas postoperatorias agudas se ha obtenido con cefamandole, cefoperazona, cefoxitina, cefotetam, cefotaxima, ceftizoxima, roxalactam, cloranfenicol, clindamicina, mezlocilina, piperacilina, y ticarcilina. El tratamiento antimicrobiano combinado suele incluir clindamicina o metronidazol con un aminoglucósido y tal vez una penicilina. El tratamiento con un sólo agente suele ser menos o caro de administrar que las combinaciones -- por tanto es deseable, no obstante el costo debería ser la última consideración -- por hacer cuando se elige un tratamiento antimicrobiano, la eficacia debe ser el principal determinante para la selección de un esquema.

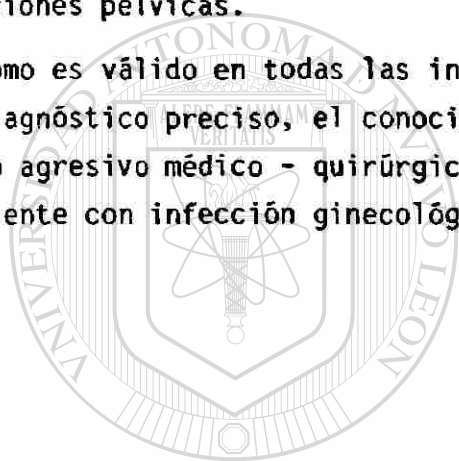
El tratamiento antimicrobiano parenteral hasta que la paciente se mantiene afebril durante 24 - 36 horas es suficiente; no hay recaída después del egreso hospitalario, momento en que los síntomas y la hipersensibilidad han desaparecido, la duración total del tratamiento puede ser sólo de 60 - 72 horas.

RESUMEN

Las infecciones que ocurren después de procedimientos ginecológicos son polimicrobianas y requieren tratamiento antimicrobiano parenteral hasta que la paciente haya estado afebril 24 - 72 horas. El tratamiento debe ajustarse a la infección específica y respuesta de la paciente. Cuando las infecciones se complican con abscesos y hematomas infectados, el tratamiento combinado parece ser eficaz en un período más breve y raras veces requiere tratamiento quirúrgico.

La administración de antibióticos inmediatamente antes de la intervención quirúrgica a mujeres con alto riesgo de infección postoperatoria a disminuido las infecciones pélvicas.

Como es válido en todas las infecciones, la prevención (cuando es posible) el diagnóstico preciso, el conocimiento de los patógenos potenciales y el tratamiento agresivo médico - quirúrgico son requisitos para una buena evolución de la paciente con infección ginecológica posquirúrgica.



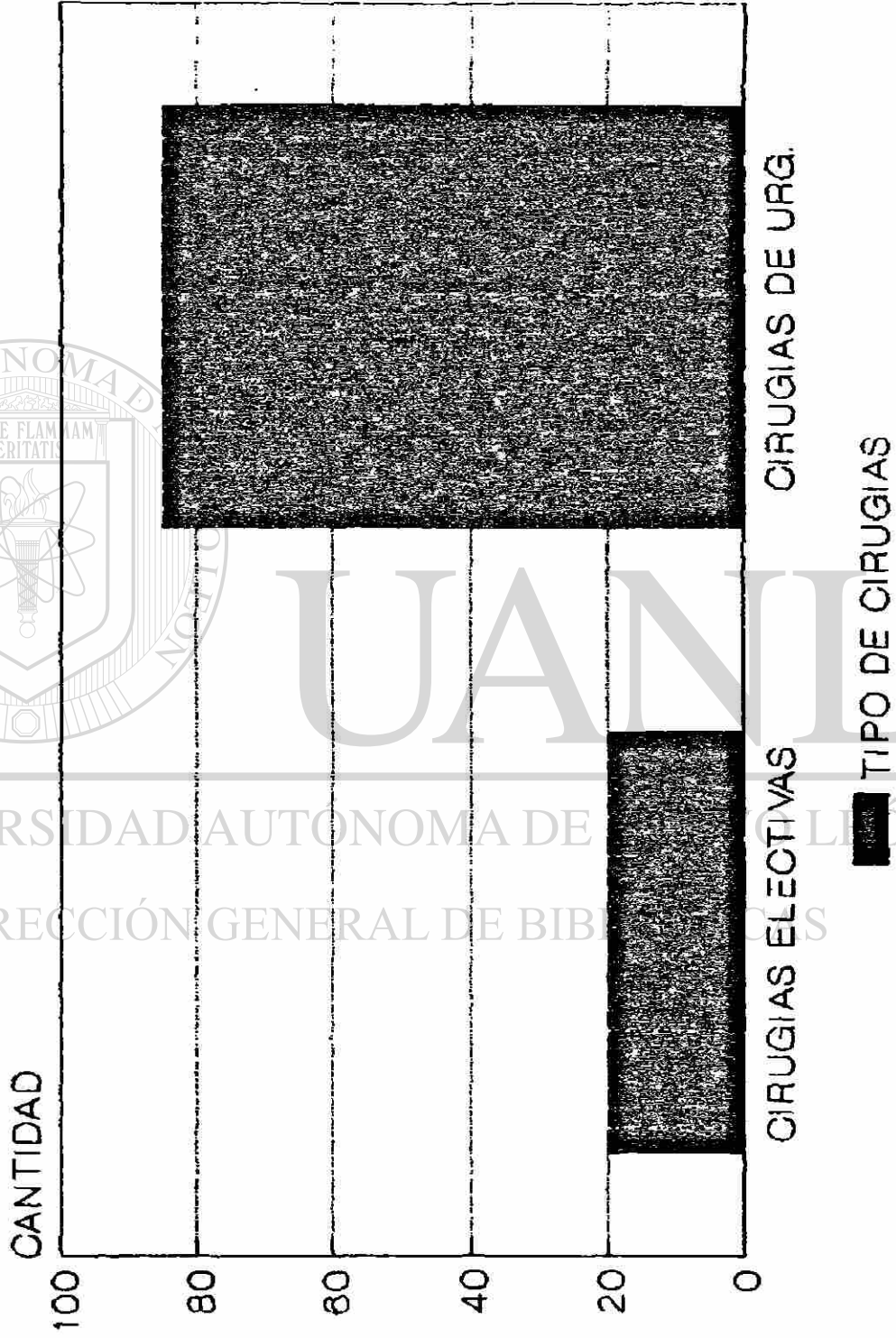
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

GRAFICA NO. 1



GRAFICA No. 2

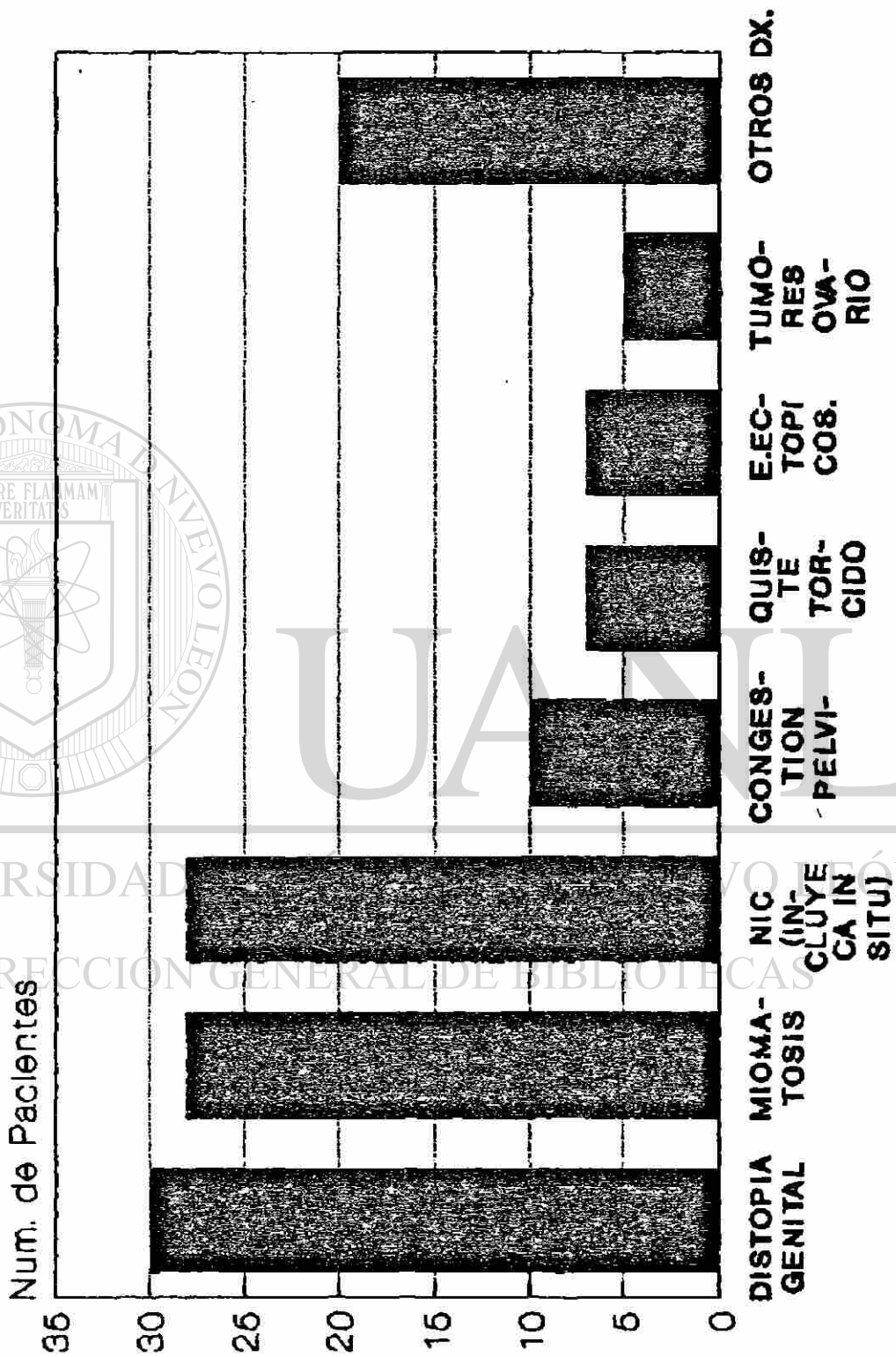


TABLA # 1

GRUPOS DE EDAD

	19-29	30-39	40-49	50-59	+ 59
CIRUGIA					
RESECCION O. OVARIO	6				
RESECCION E. ECTOPICO	4	2			
HISTERECTOMIA VAG.		8	12	9	6
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	2	16	17	4	
MARSUPIALIZACION O. BARTHOLIN.	2	1			

AÑOS

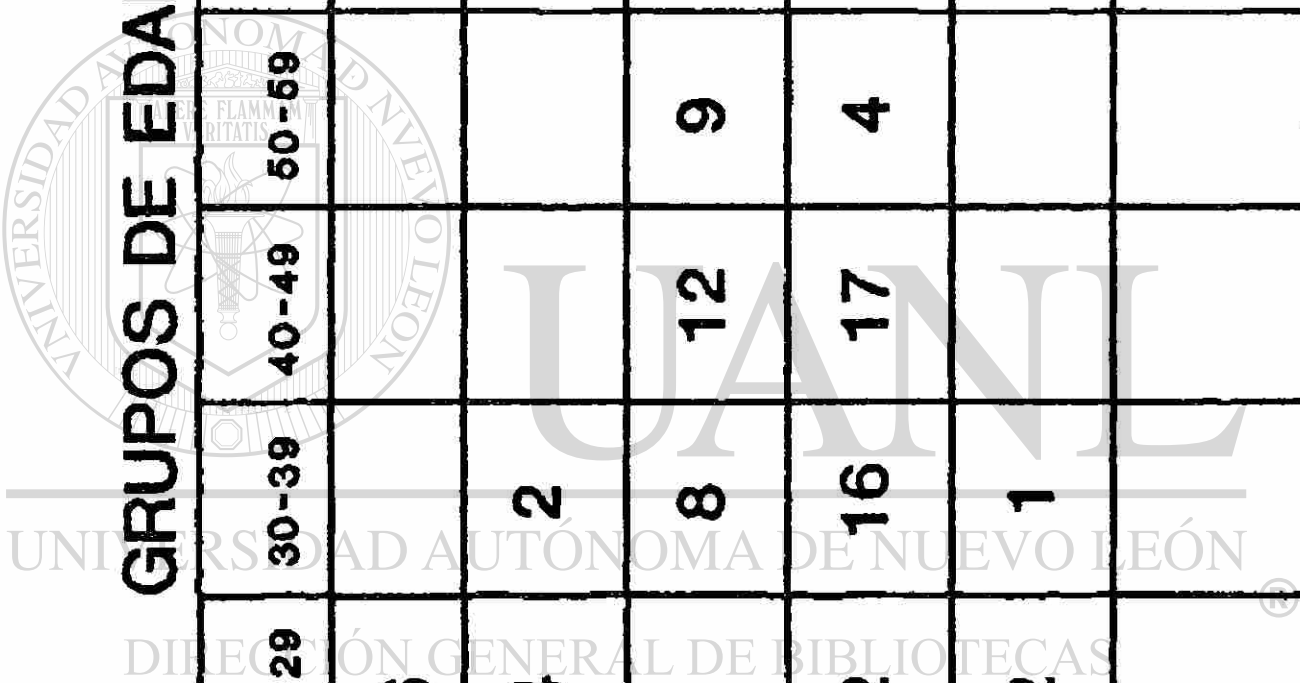


TABLA # 2**CIRUGIAS EFECTUADAS DE ACUERDO
AL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO**

CIRUGIA	DISTO- PIA	U. MIO- MAS.	NIO	E.I.P.Q.	ECOTOPICO	T. ANE- XIAL	OTROS
HISTERECTOMIA VAGINAL	31	1	3				
HISTERECTOMIA ABDOMINAL		16	10	8			4
RESECCION Q. TORCIDO						6	
RESECCION Q. OVARIO						4	3
MARSUPIA- LIZACION							
LAPAROTOMIAS							3
SALPINXECTOMIA					7		

TABLA # 3

RELACION DE CIRUGIAS CON TIPO DE ANESTESIA ADMINISTRADA

CIRUGIAS	BPD	BSA	A G
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	8	2	26
HISTER. VAGINAL	13	16	6
ECOTOPICO	1		5
Q. ANEXIAL CON TORSION			6
Q. ANEXIAL SIN TORSION		2	3
MARSUPIALIZACION	2		1
LAPARO			3

TABLA # 4

CIRUGIA EFECTUADA

COMPLICACIONES

HTA HTV RESECCION TUBOOVARICA MARSUPIA-LIZACION

COMPLICACIONES	HTA	HTV	RESECCION TUBOOVARICA	MARSUPIA-LIZACION
ABSCESO PELVICO	1	2		
ABSCESO DE CUPULA		2		
INFECCION H. OX.	2			
DEMIGENCIA H. OX	1			
INFECCION URINARIA		3		
NEUMONIA	1			
OBSTRUCCION URINARIA		1		
LESIONES VESICALES	1	1		
LESIONES URETERALES	1			

TABLA # 5

COMPLICACIONES

No.DE PACIENTES

DIAS HOSPITAL PROY.

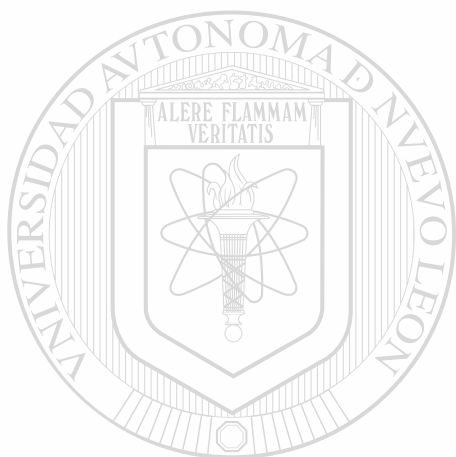
LESIONES VESICIALES	2	18
INFECCION H. OX.	2	13
LESIONES URETERALES	1	10
DEHISCENCIA H. OX.	1	6
ABSCESO PELVICO	3	6.3
ABSCESO DE CUPULA	2	6
NEUMONIA	1	10
INFECCION URINARIA	3	4.3

•SE INCLUYEN LOS DIAS DEL PRIMER INGRESO Y DE REINGRESO
POR LA COMPLICACION.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MERVYN SHAPIRO, M.B. ALVARO MUÑOZ PH. D. TAGER M.D. RISK FACTORS - FOR INFECTION AT THE OPERATIVE SITE AFTER ABDOMINAL OR VAGINAL - - HYSTERECTOMY. NEW ENGLAND JOURNAL MED. 1982 27 307 - 1661.
- 2.- PREVENTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE INFECTIONS -- WILLIAM J. LEDGER, MD. OBSTETRIC AND GYNECOLOGY 1980 VOL 55 203.
- 3.- THROMBOEMBOLISM COMPLICATING SURGERY FOR CERVICAL AND UTERINE MA-- LIGNANCY: INCIDENCE RISK FACTORS, AND PROHYLAXIS, DANIEL L. CLARKE PEARSON, MD. FREDERICK R. JELOVSEK, MD. OBSTET AND GYNECOL 61-87 - 1983.
- 4.- RICHARD C. DICKER M.D. JOEL R. GREENSPSN M.D. COMPLICATIONS OF AB-- DOMINAL AND VAGINAL HYSTERECTOMY AMONG WOMAN OF REPRESENTATIVE AGE IN THE UNITED STATES. AM J. OBSTET GYNECOL 144-841 1982.
- 5.- RONALD D. ALVAREZ MD. GASTROINTESTINAL COMPLICATIONS IN GYNECOLO-- GIC SURGERY: A REVIEW FOR THE GENERAL GYNECOLOGIST 72-533-1988.
- 6.- HANS B KREBS M.D. INTESTINAL INJURY IN GYNECOLOGYC SURGERY: A TEN - YEAR EXPERIENCE AM J OBSTET GYNECOL 1986 155-509-14
- 7.- WESLYE J. HARRIS M.D. AND CLIFORD. USE OF THE-TO-END ANASTOMOSIS STAPLING DEVICE IN LOW COLORECTAL ANASTOMOSIS ASSOCIATED WITH RA-- DICAL CYNECOLOGIC SURGERY CYNECOLOGIC ONCOLOGY 23 350-357 1986. ®
- 8.- DANIEL L. CLARKE - PEARSON MD. VARIABLES ASSOCIATED WITH POSTO-- PERATIVE THROMBOSIS: A PROSPECTIVE STUDY OF 411 GYNECOLOGIC PA-- TIENTS AND CREATION OF A PROGNOSTIC MODEL. OBSTET GYNECOL 69: -- 146 1987.
- 9.- INFECCIONES DESPUES DE OPERACIONES GINECOLOGICAS DAVID L. HEM-- SELL MD. CLINICAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA VOL/2 1989 369-384.
- 10.- BARTLET, MOON N, GOLDSTEIN P, ET AL: CERVICAL AND BACTERIAL -- VAGINAL FLORA: ECOLOGIC NICHES IN THE FEMALE LOWER GENITAL -- TRACT AM. J. OBSTET

- 11.- COHEN MP, PERNOLL ML GEVIRTA CM, ET AL: SEPTI C PELVIC THROMBOPHLEBITIS: AN UP DATE OBSTET GYNECOL 62;839 1983.
- 12.- DUFF P, PARK. RC: ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN VAGINAL HISTERECTOMIY: A REVIEW OBSTET GYNECOL 55 (SUPPL) 193 1980
- 13.- BALDWIN BECK , COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA. LIBRO DE TEXTO.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

