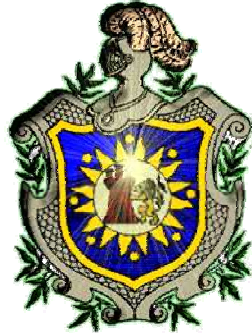


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEÓN**

FACULTAD DE MEDICINA



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS Y POSTQUIRÚRGICAS
DE LAS CIRUGIAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA. HEODRA – LEON,
JULIO A DICIEMBRE 2004.

Autor: Dr. Rigoberto Pérez López.

Tutor: Dra. Flor de María Marín.

León, Febrero de 2005

ÍNDICE

I. INTRODUCCION	5
II. ANTECEDENTES	8
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
IV. JUSTIFICACIÓN	12
V. OBJETIVOS	13
VI. MARCO TEÓRICO	14
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	33
VIII. RESULTADOS	37
IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	48
X. CONCLUSIONES	51
XI. RECOMENDACIONES	52
XII. BIBLIOGRAFÍA	53
XIII. ANEXO	55

DEDICATORIA

A Dios y María Santísima, por todas las bendiciones que me dan y permitirme continuar escalando éxitos en la vida.

A mis padres, Concepción Pérez y Alejandra López por su confianza, amor y apoyo incondicional que me han brindado en todos estos años.

A mi esposa, Dra. Martha Alejandra Caldera por todo su amor, disponibilidad, apoyo y comprensión en todo momento.

A mis hijos, Alejandra, Rigoberto y Miguel Alejandro, quienes son lo más importante en mi vida y por los que he luchado para ser cada día mejor.

AGRADECIMIENTO

A Dios y María, por brindarme la fortaleza y acompañarme siempre en estos años de estudio.

A mis suegros, MSc. Miguel Caldera y MSc. Martha Munguía por sus buenos consejos, apoyo en todo momento y ayuda en la realización de esta tesis.

A mi tutora, Dra. Flor de Maria Marín por su disponibilidad y ayuda en la culminación de esta tesis.

A mis hermanos, Patricia y Carlos y a mi tía Azucena Munguía, por su disponibilidad en todo momento.

Al personal de estadística, por facilitarme los expedientes clínicos para la recolección de los datos.

I. INTRODUCCION

Los resultados exitosos de los procedimientos ginecológicos son consecuencia de varios factores, además de la pericia quirúrgica y el uso de técnicas apropiadas los cuales consisten en la capacidad de evaluar y diagnosticar con precisión las lesiones y procesos patológicos ginecológico, la selección de la intervención quirúrgica apropiada y el seguimiento(asistencia y cuidados post-operatorios adecuados).⁽¹⁾

Todos los procedimientos quirúrgicos están bien estandarizados y el cirujano puede realizar una buena estimación estadística de la forma en que afectará el curso de un problema específico un procedimiento quirúrgico propuesto, sin embargo hay una gran variabilidad de aspectos individuales de la salud de un paciente lo cual puede afectar de manera significativa la evaluación del riesgo total.

Es indispensable una evaluación preoperatorio íntegra que incluya interrogatorio, examen físico y evaluación del laboratorio, para determinar el riesgo de morbilidad y mortalidad operatoria de cada paciente para detectar posibles complicaciones postoperatorias lo cual permite instituir medidas profilácticas preoperatorios.^(1,2)

El objetivo último de la atención perioperatoria es una recuperación sin complicaciones después de la intervención quirúrgica.

Los buenos cirujanos saben que han adoptado las precauciones apropiadas para reducir el riesgo de que ocurra una complicación. Sin embargo, saben que no existen intervención exenta de riesgos, y que muchas complicaciones intraoperatoria y postoperatorias no son susceptibles de prevención. La educación y orientación completa antes de la operación pueden ayudar a mejorar el conocimiento del paciente acerca de la naturaleza del procedimiento y los riesgos y beneficios que implica.⁽²⁾

Es importante el ejercicio de un juicio clínico apropiado y el conocimiento de las indicaciones y los diferentes procedimientos quirúrgicos. Con demasiada frecuencia se lleva a cabo una operación mayor innecesaria cuando hubiese sido suficiente un procedimiento menor. También con mucha frecuencia el cirujano interviene sin tener un conocimiento completo de la lesión patológica fundamental y sin haber llevado a cabo una investigación diagnóstica apropiada.

Las consecuencias de la cirugía inapropiada son graves. Antes de proceder a la intervención quirúrgica el cirujano debería considerar las tres indicaciones fundamentales:

- salvar la vida del paciente
- aliviar su sufrimiento
- corregir deformaciones

Si una intervención quirúrgica recomendada no puede justificarse por una o más de estas indicaciones el cirujano debe oponerse a ella. ⁽¹⁾

El período crítico del curso postoperatorio de un paciente abarca las primeras setenta y dos horas después de la operación. En este período debe evaluarse cuidadosamente la reserva fisiológica del paciente. La evaluación precisa de los sistemas cardiovascular, urinario y respiratorio suministra información indispensable acerca de las condiciones postoperatorias del paciente.

El cirujano debe evaluar todos los días a la persona en busca de evidencia de complicaciones quirúrgicas, de las cuales la más temida es la hemorragia postoperatoria. ^(1, 2,10)

Es necesario subrayar la importancia de identificar las pacientes en situación de riesgo de desarrollar trombosis venosa y administrar la profilaxis indicada.

Se ha demostrado que la mejoría del estado nutricional durante los períodos preoperatorio y postoperatorio facilita la cicatrización de la herida y reduce el tiempo de recuperación. ⁽¹⁾

Las medidas profilácticas encaminadas a la prevención de toda complicación postoperatoria se instituyen o continúan durante todo el período postoperatorio inmediato. ⁽²⁾

Es importante el conocimiento de todas las alternativas evolutivas de cualquier práctica u operación, como también saber en que forma resolver cada problema en particular. El diagnóstico precoz de las complicaciones se basa en tres pilares fundamentales: El conocimiento, la sospecha, y la experiencia, ellos son imprescindibles para solucionar una complicación. ⁽³⁾

II. ANTECEDENTES

Los primeros intentos de realizar una histerectomía abdominal involucraron casos en los cuales leiomiomas uterinos se diagnosticaron erróneamente como grandes quistes ováricos. A comienzos del siglo XIX, la laparotomía por quistes de ovario todavía se consideraba una operación peligrosa. Se consideraba imposible que se llevara a cabo con éxito la remoción abdominal del útero por leiomiomas o por cualquier otro motivo.⁽¹⁾

En 1825 se llevó a cabo el primer intento de remoción del útero a través de una incisión abdominal, la operación se realizó por cáncer cervical avanzado y la paciente falleció algunas horas más tarde por hemorragia postoperatoria.

Heath fue el primero en ligar ambas arterias uterinas, una idea novedosa en ese momento que fue olvidada durante casi cincuenta años, mientras la hemorragia continuaba siendo un problema operatorio y postoperatorio común y a menudo letal.

En 1853, G. Kimball, en Massachussets, fue la primera persona en realizar en forma deliberada y exitosa una histerectomía abdominal con diagnóstico preoperatorio correcto de leiomioma uterino.⁽¹⁾

El éxito de la cirugía depende del control del dolor, el control de la infección y el control de la hemorragia. En 1842 Crawford usó por primera vez éter como anestésico para una intervención quirúrgica. El control de la infección quirúrgica tuvo sus inicios en 1843 en Viena con los exitosos esfuerzos de Ignaz, seguido con el tratamiento de Joseph Lister en la década de 1860. Róger de Palermo en el año 1080 empleó ligaduras para los vasos sangrantes y las pinzas arteriales fueron inventadas por Ambroise Paré a mediados del siglo XVI.

En las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía se comenzó a utilizar con más frecuencia en el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicos. Durante el resto del siglo la ginecología evolucionó como una especialidad en medicina, el conocimiento de la función y la patología de los órganos reproductores se hizo más completo. Actualmente el uso apropiado de estos conocimientos y las técnicas diagnósticas modernas avanzadas permiten una elección más correcta del tratamiento y el uso del tratamiento quirúrgico solo cuando está indicado.

El reconocimiento y tratamiento de las enfermedades médicas complicantes, el uso apropiado de transfusiones de sangre, los antibióticos y mejoras de las técnicas anestésicas, el hábil cirujano ginecológico puede realizar una cirugía en una forma bastante segura.

La mortalidad por histerectomía en la mayoría de los centros médicos es de 1 a 2 por mil, no obstante la morbilidad continúa siendo un problema. Se pueden producir complicaciones de algún tipo hasta en el 25% de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y en el 50% de aquellas sometidas a histerectomía abdominal. Algunas complicaciones pueden ser severas (infección, hemorragia, lesión del tracto urinario y tracto gastrointestinal, embolia de pulmón).

En manos de un operador ocasional, es probable que la mortalidad y la incidencia de complicaciones significativas sean más elevadas. No obstante la tasa de complicaciones siempre debe ser lo más bajo posible. ⁽¹⁾

Un estudio realizado en el año 2003 en el Heodra, reveló un 24% de complicaciones en cirugía correctora de trastorno de estática pélvica, siendo las más frecuentes sepsis urinaria y retención urinaria, la mayoría eran pacientes mayores de 50 años y el antecedente patológico más frecuente fue la obesidad. ⁽⁴⁾

Otro estudio realizado en 1991 en el Heodra sobre complicaciones de cirugía vaginal se encontró 8.5% de complicaciones transquirúrgicas de las cuales la más frecuente fue la hemorragia y 34.5% de complicaciones postquirúrgicas siendo la más frecuente la infección de vías urinarias. El grupo etáreo en el cual se presentaron más complicaciones fue el de 35 a 44 años. ⁽⁵⁾

Un informe del Nacional Center for Health Statistics en 1985 reveló que la edad promedio de las pacientes sometidas a histerectomía fue de 42 años siendo las indicaciones más comunes leiomiomas (26.8%) y prolapso genital (20.8%). ⁽¹⁾

Se realizó un estudio en 1996 en el Heodra en el cual el 35% de las pacientes tenían edades comprendidas entre 41 y 50 años, el 68% eran del área urbana con 10.6% de complicaciones postquirúrgicas siendo la más frecuente infección de vías urinarias. ⁽⁶⁾

Un estudio realizado en 1994 en el Hospital Bertha Calderón sobre complicaciones de histerectomía se encontró como primera causa de histerectomía miomatosis uterina y como segunda causa los trastornos de estática pélvica, el 8% de los casos presentaron complicaciones siendo las más frecuentes; infección de herida quirúrgica, lesión vesical y retención urinaria. ⁽⁷⁾

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que se ha observado un aumento de las complicaciones de las cirugías ginecológicas se decide realizar este estudio para determinar las principales complicaciones que se presentan durante el transquirúrgico y postquirúrgico de las pacientes sometidas a cirugías ginecológicas y conocer los factores que están relacionados en la aparición de dichas complicaciones en sala de ginecología de julio a diciembre del 2004, HEODRA – León.

IV. JUSTIFICACIÓN

La mayoría de las complicaciones de las cirugías ginecológicas son situaciones con alto riesgo de morbi - mortalidad en las pacientes con problemas ginecológicos, mas aun si están acompañados con procesos crónicos tales como hipertensión arterial, obesidad y diabetes por lo cual es importante detectar y controlar estas patologías antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico.

A lo largo de estos años de residencia en el departamento de ginecología se ha venido observando un aumento en las complicaciones de las cirugías ginecológicas siendo la más frecuente la hemorragia trans y postoperatoria, la cual es una complicación muy temida ya que pone en riesgo la vida de las pacientes sino se toman las medidas necesarias y oportunas para su detección y manejo.

En el departamento de ginecoobstetricia del Heodra no se cuentan con estudios recientes sobre las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de las cirugías ginecológicas, por lo cual se decide realizar este estudio ya que estas complicaciones son factores que impiden la recuperación satisfactoria y rápida de las pacientes sometidas a cirugías.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Identificar las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de las cirugías ginecológicas y factores asociados, en el servicio de ginecología en los meses de julio – diciembre 2004 en el HEODRA – León.

5.2 Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de las cirugías ginecológicas.
2. Determinar las características generales de las pacientes sometidas a cirugías ginecológicas.
3. Identificar los antecedentes patológicos y no patológicos que se relacionan con más frecuencia a las complicaciones de las cirugías ginecológicas.
4. Describir las principales complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de las cirugías ginecológicas.
5. Asociar las principales complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas con la vía de realización de la cirugía.

VI. MARCO TEÓRICO

La realización de cualquier procedimiento quirúrgico comprende el control del dolor, de la infección y de la hemorragia. ⁽¹⁾

Existen dos verdades referentes a las complicaciones de las cirugías ginecológicas: la primera es que si se practica con suficiente frecuencia habrá complicaciones y la segunda es que es pecado venial ocasionar una complicación intraoperatoria, pero pecado mortal no reconocer que se ha hecho. ⁽⁹⁾

No debe despreciarse una complicación por su baja incidencia, pensando que si es tan baja es improbable su ocurrencia. Aunque el porcentaje sea tan despreciable probabilísticamente, cuando se presenta una complicación ocupa la totalidad de nuestra preocupación, poniendo en riesgo el 100% de nuestro prestigio, fortuna y salud mental. ⁽³⁾

La complicación intra y postquirúrgica más frecuente es la hemorragia. A veces algunas complicaciones intra y postquirúrgica ocurren simultáneamente, el reconocimiento precoz de las complicaciones es el factor más importante que determina el éxito del tratamiento. Esto implica una observación sistemática, cuidadosa del postoperatorio de la paciente, particularmente el pulso, presión sanguínea, función respiratoria, temperatura y diuresis, así como las cifras de hemoglobina y hematocrito.

La mortalidad de la cirugía mayor hoy día es menor del 0.2%, la morbilidad ha disminuido también gracias a todas estas medidas. ⁽¹⁰⁾

6. 1 Complicaciones intraoperatorias

6.1.1 Hemorragia

La cantidad de sangre perdida durante una intervención ginecológica oscila entre unos pocos mililitros y varios litros, con el mismo procedimiento el sangrado será distinto según el cirujano. ⁽¹⁰⁾

La cantidad de sangre perdida depende de:

- el tipo de operación
- la técnica quirúrgica utilizada
- factores locales y sistémicos de la paciente (como obesidad, estado de coagulación de la sangre y factores vasculares).

La pérdida de sangre se puede reducir significativamente mediante una técnica quirúrgica correcta y una hemostasia cuidadosa. ^(10,11)

Se han distinguido cinco tipos de sangrado quirúrgico:

- sangrado debido a error de técnica; falta de doble ligadura en vasos sanguíneos grandes o el pretender abarcar demasiado tejido en una pinza.
- sangrado debido a una coagulopatía preexistente.
- sangrado ocasionado por tratamiento farmacológico inadecuado. (uso excesivo de anticoagulantes o transfundir sangre incompatible).
- sangrado posterior a transfusión de grandes cantidades de sangre.
- sangrado por causas no determinadas. ⁽¹⁰⁾

En procedimientos quirúrgicos ginecológicos el sangrado intraoperatorio suele proceder de los vasos ováricos o uterinos. Los pedículos deben ser bien revisados y entonces es posible identificar los vasos y ligarlos. ^(1, 9,10)

La mayoría de las veces, especialmente si se cuenta con un buen ayudante, el vaso sangrante puede ser identificado, pinzado y ligado.

El sangrado arterial puede necesitar la identificación del origen de la arteria uterina en la arteria ilíaca interna, el cirujano ginecológico debe estar familiarizado con la técnica de ligadura de la arteria hipogástrica lo cual suele controlar la hemorragia. ^(3, 9,10)

Profilaxis de la hemorragia intraquirúrgica:

- el cirujano evaluará la dificultad de la intervención.
- la paciente debe estar bien relajada durante la intervención.
- exposición y visión adecuada del campo quirúrgico.
- la rapidez con la que se realiza la técnica quirúrgica debe ser apropiada para cada fase de la cirugía.
- realizar una técnica quirúrgica anatómicamente correcta y así prevenir sangrados en lugares demasiado profundos.
- Utilizar pinzas del tamaño adecuado para los vasos y pedículos.
- el instrumental utilizado en la profundidad de la pelvis debe ser suficientemente largo.
- no traccionar los vasos ligados.
- los vasos con riesgo elevado de sangrar como la arteria uterina se realizará ligadura doble.
- utilizar suturas de reabsorción tardía.
- si el sangrado es intenso, la aspiración es preferible que limpiar con compresas.
- usar métodos apropiado de hemostasia. ⁽¹⁰⁾

6.1.2. Lesiones de las vías urinarias.

a. Lesiones ureterales:

La lesión de los uréteres es una de las complicaciones más graves de la cirugía ginecológica. Afortunadamente esta lesión es infrecuente pues se produce en el 0.1% al 1.5% de todos los casos de cirugía pelviana. ^(1, 3,9)

El uréter se ubica muy cerca de los órganos de la reproducción femenina, en todo su recorrido desde el reborde pelviano hasta la vejiga. A pesar de estas asociaciones íntimas, la lesión del uréter ocurre rara vez y esto es debido a la habilidad y atención prestada al uréter por los cirujanos ginecológicos. Sin embargo la lesión ureteral puede ser inevitable en algunas situaciones aún en las manos del cirujano más hábil y experimentado. ^(1,11)

El uréter puede sufrir ligamiento, torcedura, cortes, apretamiento, quemadura o desvascularización accidentalmente. Tales lesiones tienen mayor probabilidad de producirse en la cirugía ginecológica por vía abdominal (75%), alrededor de un 25% ocurren durante procedimientos por vía vaginal. ^(1,9)

La lesión del uréter suele producirse en una de las siguientes localizaciones:

- en la base del ligamento ancho, el uréter pasa por debajo de los vasos uterinos.
- más allá de los vasos uterinos al entrar en el túnel en el ligamento cardinal y gira hacia delante y adentro para entrar en la vejiga.
- en la porción que atraviesa la pared vesical.
- en el ligamento infundíbulo pélvico o por debajo de él.
- a lo largo de su recorrido por la pared pélvica lateral, inmediatamente por encima del ligamento útero sacro. ^(1,11)

El uréter puede estar en mayor riesgo de lesión cuando se efectúa una operación para extraer un absceso tubo ovárico, endometriosis pelviana extensa, leiomioma intraligamentario, un anexo residual adherente o un remanente ovárico. ⁽¹⁾

Prevención de las lesiones ureterales.

El aspecto más importante de la lesión ureteral es la prevención primaria (prevención de la lesión antes de que ocurra). La prevención primaria comienza en el preoperatorio, con una evaluación cuidadosa de la enfermedad ginecológica de la paciente y el reconocimiento del riesgo para el uréter con el procedimiento quirúrgico planificado. ⁽¹⁾

Proporcionar una exposición suficiente a través de una incisión apropiada, es el primer paso para evitar las lesiones ureterales. La mejor defensa contra la lesión del uréter consiste en conocer sus relaciones anatómicas y utilizar espacios avasculares de la pelvis para identificarlo intraoperatoriamente. ^(1,9)

La prevención secundaria comprende el reconocimiento de la lesión ureteral durante la operación de modo que se pueda realizar de inmediato la reparación. Esto es importante para evitar una morbilidad postoperatoria grave y reducir la posibilidad de pérdida de la función renal. ^(1, 9,10)

Cuando la lesión ureteral no se diagnóstica ni es reparada durante la operación se puede desarrollar una fístula uréterovaginal y que puede ser necesario realizar nefrectomía. ⁽¹⁾

La prevención terciaria implica el reconocimiento de la lesión ureteral tan pronto como sea posible en el período postoperatorio. En la primera semana después de la cirugía, los signos de lesión ureteral incluye: dolor en el flanco, íleo persistente, fiebre inexplicable, masa abdominal inferior (urinoma), eliminación de orina por la vagina y volumen urinario reducido.

Los estudios diagnósticos especiales son útiles para evaluar la integridad de los uréteres. Consisten en un urograma excretor, ecografía de los riñones, cistoscopia y una prueba de colorante intravenoso de índigo carmín. ⁽¹⁾

Cuando se produce pinzamiento o ligadura del uréter y el cirujano se percató de ello, debe quitar inmediatamente la pinza o la sutura. En la mayoría de los casos el uréter se recupera en seguida y no suelen surgir problemas posteriores. ^(1,11)

Si se secciona el uréter de forma incompleta se repara con puntos entre cortados con catgut 4 – 0 ó 5 – 0, si la sección es completa se puede realizar anastomosis termino terminal previa introducción de un catéter por ambos extremos, o se realiza implantación del uréter en la vejiga cuando no es posible la anastomosis termino terminal por haber pérdida de tejido, siempre realizándola con catgut crómico 4 – 0 ó 5 – 0. ^(1,11)

b. Lesión vesical:

La lesión vesical se produce por traumatismo directo o indirecto durante la cirugía vaginal o abdominal. Por lo general es infrecuente la lesión de la vejiga presentándose en 0.3% al 0.8% de las pacientes. ^(2,10)

Durante una operación abdominal la incisión en la pared abdominal debe ser suficientemente amplia para permitir la exposición adecuada de la pelvis. Uno de los sitios más frecuentes de lesión al abrir la cavidad abdominal es la cúpula vesical. El cirujano debe ser especialmente cuidadoso cuando realiza una incisión abdominal en una paciente con una incisión previa. ^(1,10)

La falta de vaciamiento completo de la vejiga antes de la cirugía es uno de los principales errores por omisión que puede dar por resultado una laceración accidental del órgano al ingresar en el abdomen. ⁽¹⁾

Las lesiones de la vejiga ocurren más comúnmente durante la realización de una histerectomía abdominal o vaginal total especialmente durante el abordaje abdominal del carcinoma de cérvix, extirpación de miomas intraligamentarios, extirpación de un muñón cervical después de una histerectomía subtotal, enfermedad inflamatoria pélvica recurrente, endometriosis o radioterapia previa. ^(1,10)

Cuando se lesiona la cúpula de la vejiga, la pared vesical puede repararse fácilmente en dos capas con sutura continua de absorción retardada 3 – 0. En el postoperatorio debe dejarse colocada una sonda transuretral durante 7 a 10 días según la extensión de la lesión, la seguridad del cierre y la localización de la lesión. ^(1, 9,10)

Las lesiones extensas de la base vesical próximas a los orificios ureterales son más difíciles de reparar, se abordan mejor transperitonealmente y transvesical. En algunos casos los uréteres deben reimplantarse. ⁽¹⁰⁾

6.1.3 Lesión de las vías gastrointestinales

El intestino es muy susceptible a lesiones durante la laparotomía. El momento de penetración en la cavidad peritoneal es un paso crucial y se debe realizar con precaución. Estas lesiones se producen en el 0.3% de los casos. ^(3, 9)

Las pacientes con adherencias por cirugías previas, endometriosis o salpingitis se encuentran en alto riesgo de lesión intestinal transoperatoria al disecar el intestino adherido. ^(1, 9, 10)

Debido a la singular posesión de los intestinos en la pelvis femenina, la mayor parte de las complicaciones se presentan principalmente a nivel del íleon terminal, colon rectosigmoide y colon transverso. El 85% de las complicaciones gastrointestinales de la cirugía ginecológica se asocian con los últimos 100cms del íleon terminal. La lesión del rectosigmoide se asocia en el 10% de los casos. ⁽¹⁾

Las adherencias producidas por cirugías generales o ginecológicas pueden causar complicaciones intestinales en las cirugías ginecológicas. Las lisis de estas adherencias pueden causar enterotomías de intestino grueso y delgado, fístulas enterocutáneas o abscesos intraabdominales. ^(1,10)

La lesión puede afectar solo la serosa o la totalidad de la pared. Los defectos en la serosa se cierran con puntos sueltos, de serosa a serosa con material absorbible atraumático. Las lesiones perforantes se cierran con puntos cero musculares extramucosos con material atraumático absorbible 4- 0. Es esencial que los bordes de la herida tengan buena vitalidad, estén bien vascularizados y no se encuentren aplastados. ^(10, 11)

6.1.4 Paro Cardíaco

Ocurre con mayor frecuencia durante la inducción anestésica, pero también puede ocurrir durante el curso de alguna operación o incluso en el período postoperatorio.

Los padecimientos predisponentes incluyen cardiopatías preexistentes, infarto del miocardio previo, obstrucción de vías respiratorias y reacción a medicamentos. ⁽⁹⁾

Existen diversas medidas útiles para prevenir el paro cardíaco. La vigilancia cuidadosa de la presión arterial, con prevención de hipotensión, la ventilación adecuada con el volumen de oxígeno necesario debe mantenerse durante toda la cirugía. ^(1, 9)

En pacientes con factores de riesgo cardíacos lo más importante es realizar un estudio multidisciplinario que comprenda consulta preoperatorio con anestesiólogos, cardiólogos y el cirujano. ⁽⁹⁾

6.2 Complicaciones postoperatorias.

6.2.1. Hemorragia postoperatoria.

La razón más frecuente por la que se requiere una nueva laparotomía es el sangrado (menos del 1% de los casos). La hemorragia postoperatoria puede manifestarse como una pérdida de sangre por los drenajes 4 a 6 horas después de la cirugía, o como un sangrado recurrente después de varias horas o días. ⁽¹⁰⁾

Una de las complicaciones postoperatoria más graves es la hemorragia intraperitoneal oculta después de la cirugía vaginal o abdominal. Habitualmente no se desarrolla de manera súbita en la sala de recuperación. Los signos vitales pueden permanecer estables durante 12 a 18 horas después de concluida la operación y luego súbitamente una hipotensión severa, taquicardia, taquipnea, inquietud y distensión abdominal, lo cual hace el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal. ⁽¹⁾

El lavado peritoneal es una valiosa herramienta diagnóstica cuando se sospecha una hemorragia intraperitoneal postoperatoria oculta, si resulta positivo la paciente debe ser trasladada inmediatamente al quirófano para reexploración mientras se repone el volumen de sangre perdido. ⁽¹⁾

La razón más frecuente de shock postoperatorio es la hemostasia quirúrgica inadecuada. Un vaso cuya ligadura se ha soltado. ^(1, 9,10)

Puede existir la tentación de adjudicar el problema al sistema de coagulación y buscar algún defecto de los factores de coagulación. La hemorragia postoperatoria de la cavidad vaginal habitualmente proviene de la arteria vaginal del fórnix vaginal externo, lo más frecuente es que no esté adecuadamente asegurado o se haya soltado la ligadura. ^(1, 11)

El sangrado vaginal excesivo puede ser percibido en la sala de recuperación o después que la paciente ha regresado a su habitación. Cuando hay hemorragia importante la paciente debe ser llevada nuevamente al quirófano. Debe inspeccionarse la cúpula vaginal, si se puede ver el punto sangrante debe ser ligado desde abajo, sino puede realizarse la hemostasia quirúrgica por vía transvaginal puede ser necesario la laparotomía. ^(1, 10,11)

En algunas pacientes la hemorragia puede demorarse hasta 10 a 14 días después de la operación cuando el catgut pierde su fuerza tensil. El sangrado de las colporrafias anterior y posterior casi siempre procede de venas que no se han asegurado, un tapón vaginal bien comprimido habitualmente controla estas hemorragias. ^(1,11)

Un hematoma pelviano postoperatorio puede causar morbilidad grave en especial si es grande y se infecta. Los hematomas pueden desarrollarse encima de la cavidad abdominal, a lo largo de la pared externa de la pelvis. Cuando es posible, es preferible drenar los hematomas pelvianos desde un principio. ⁽¹⁾

Las hemorragias por conización del cuello pueden presentarse durante las primeras 24 horas o 7 a 14 días después, cuando las suturas cervicales pierden su fuerza tensil. También se presentan cuando se incide profundamente el estroma cervical o la paciente está embarazada. ^(1, 11)

Las medidas para controlar la hemorragia incluyen sutura, cauterización y nitrato de plata. Puede ocurrir una hemorragia grave o un hematoma de ligamento ancho el cual puede evitarse sondeando primero el cuello y determinar así la dirección del canal endocervical. ⁽¹⁾

6.2.2. Complicaciones pulmonares.

Las complicaciones pulmonares son uno de los riesgos principales en el período postoperatorio, cerca del 30% de las muertes que se producen dentro de las seis semanas posteriores a la operación se debe a complicaciones pulmonares. ^(9, 11)

a. Atelectasia

Es una complicación del postoperatorio que consiste en áreas de colapso de las vías respiratorias, causada por tapones mucosos o la colocación inapropiada del tubo endotraqueal. ^(1,9)

Los factores de riesgo conocidos incluyen: la edad avanzada, antecedentes de tabaquismo, obesidad, hospitalización prolongada, enfermedad pulmonar preexistente (asma y neumopatía obstructiva crónica), anestesia prolongada e infección respiratoria. ^(2,9)

Clínicamente el cuadro se caracteriza por fiebre y taquicardia, debe tenerse en cuenta como una de las causas más frecuente de fiebre en los 3 primeros días del postoperatorio, además podemos observar taquipnea, disnea y cianosis. ⁽¹¹⁾

La prevención de la atelectasia inicia en el período preoperatorio. Debe estimularse a las pacientes a dejar de fumar, las pacientes con enfermedades pulmonares crónicas deben recibir antibióticos y tratamiento físico del tórax. Cuando hay infección respiratoria superior se debe posponer la cirugía electiva hasta que la función mucociliar retorne a lo normal lo cual puede tardar 2 a 3 semanas. ^(9,11)

Se debe evitar la atelectasia en el postoperatorio reduciendo el dolor a un mínimo, estimulando las respiraciones profundas y deambulación temprana. ⁽⁹⁾

El tratamiento consiste en fisioterapia intensiva de tórax y oxígeno complementario. Debe controlarse el dolor ya que obstaculiza las respiraciones profundas. Si la fiebre persiste y se desarrolla neumonía es necesario administrar antibióticos. ^(2, 9)

b. Neumonía

La neumonía postoperatoria es menos frecuente después de la introducción de la deambulación temprana y la fisioterapia de tórax intensiva en el período postoperatorio. La neumonía a menudo se asocia con atelectasia e hipoventilación por lo cual la prevención o tratamiento rápido de estas condiciones es la mejor medida profiláctica ^(1,9)

Los mecanismos protectores normales del sistema respiratorio superior están abolidos en pacientes que tienen un tubo endotraqueal lo cual aumenta la probabilidad que se desarrolle infección. Se encuentran con mayor frecuencia microorganismos gram negativos como proteus o pseudomonas. ⁽¹⁾

El tratamiento debe basarse en la presencia de fiebre, la persistencia de un esputo purulento, presencia de leucocitosis, y signos físicos y radiológicos de neumonía. Debe instaurarse terapéutica antibiótica de amplio espectro y revisar según indique el cultivo de esputo. ^(1,9)

c. Embolia Pulmonar

Es la complicación más devastadora después del procedimiento quirúrgico. El diagnóstico debe sospecharse ante la presencia abrupta de síntomas cardíacos o pulmonares. La embolia pulmonar suele ocurrir a los 7 a 10 días después de la operación, el dolor torácico de inicio súbito, disnea, taquipnea y taquicardia preceden a una embolia pulmonar, aunque más del 70% de los pacientes que mueren de embolia pulmonar no despiertan sospecha de padecerla. ^(2,9)

La embolia pulmonar es más frecuente en mujeres mayores de 50 años, con trastornos venosos periféricos, cardiopatías, enfermedades pulmonares, en consumidoras de contraceptivos hormonales y en pacientes con tromboflebitis pélvica. ⁽¹¹⁾

Las medidas profilácticas incluyen: movilización precoz, masaje en las extremidades inferiores, ejercicios de respiración profunda, uso de medias elásticas, y en pacientes que usan contraceptivos hormonales suspenderlos dos meses antes de la intervención quirúrgica. ⁽¹¹⁾

Se debe realizar profilaxis con dosis baja de heparina en pacientes con factores de riesgo 5,000 unidades dos veces al día, iniciando la primera dosis dos horas antes de la intervención y terminando hasta lograr la deambulación regular. ^(11,12)

El tratamiento curativo comprende la administración de 10,000 unidades de heparina acuosa ante la primera sospecha, seguida de 5,000 unidades subcutánea cada 6 horas durante 7 a 10 días. El tiempo parcial de tromboplastina (TPT) debe mantenerse en 1.5 a 2 veces los valores de control. ^(9,11)

6.2.3. Complicaciones del aparato digestivo

La disfunción del tubo digestivo es común después de una intervención abdominopélvica, la mayoría de los médicos restringe la ingestión postoperatoria por vía oral hasta que exista evidencia de retorno de la función intestinal. ⁽²⁾

Cuando se presentan distensión abdominal y malestar perioperatorio, se debe determinar si son el resultado del retorno lento de la peristalsis normal del intestino o representan un estado más grave, como la obstrucción intestinal.

El íleo paralítico se caracteriza clásicamente por distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales y timpanismo abdominal a la percusión, esta complicación suele observarse dentro de las 48 a 72 horas después de la cirugía. ^(1,9).

Las causas más graves de íleo postquirúrgico son la peritonitis por el desarrollo de un absceso, lesiones intestinales o de uréter, alteraciones severas del equilibrio hidroelectrolítico, hemorragia intraperitoneal y la obstrucción mecánica. ⁽¹⁰⁾

Las consideraciones terapéuticas incluyen: la descompresión del estomago e intestino con una sonda nasogástrica, corregir cualquier trastorno hidroelectrolítico y estimulaciones del peristaltismo con agentes colinérgicos. ^(9, 10, 11)

Puede ocurrir obstrucción intestinal como complicación de cualquier operación intraperitoneal. Es probable que surja como consecuencia de peritonitis o irritación generalizada de la superficie peritoneal dando lugar a la formación de adherencias. ⁽⁹⁾

La obstrucción ocurre habitualmente entre los 5 a 7 días postoperatorio, los síntomas son: dolor cólico abdominal, vómitos y aumento de los ruidos peristálticos. ^(9, 10)

Es posible tratarla de forma conservadora mediante descompresión con sonda nasogástrica y normalización del equilibrio hidroelectrolítico, si la obstrucción no cede durante un periodo de 48 horas deberá operarse nuevamente.

La obstrucción esta relacionada con desplazamiento de grandes cantidades de liquido en la luz intestinal por lo cual se requiere hidratación intensa y vigilancia electrolítica cuidadosa. ⁽⁹⁾

6.2.4 Complicaciones del aparato urinario

a. retención urinaria

La queja urológica más común después de la realización de procedimientos ginecológicos es la retención urinaria, se presenta en cerca del 10% de los casos. ⁽⁹⁾

Después de una intervención quirúrgica abdominal la paciente a menudo se resiste a contraer los músculos abdominales y así aumentar la presión intraabdominal e iniciar el reflejo de micción.

Después de una colporrafia anterior, el espasmo, edema y dolor de los músculos pubococcigeos pueden interferir con la micción. ⁽¹⁾

Con los procedimientos de plastia vaginal o los suprapúbicos que se practican para la incontinencia urinaria, las suturas cerca de la uretra o el edema uretral pueden dificultar la micción. ^(9, 11).

Extraer por cateterización mas de 100 ml. de orina es diagnóstico de este problema.

El tratamiento de esta alteración consiste en la evacuación urinaria mediante cateterismo vesical, el cual se puede retirar en un plazo de 24 a 48 horas, excepto después de un procedimiento de cirugía plástica vaginal o suspensión del cuello vesical que suelen requerir drenaje por mayor tiempo. ⁽⁹⁾

b. infección de las vías urinaria

La infección del tracto urinario es una complicación frecuente de la cirugía ginecológica con una incidencia de aproximadamente 15%. ^(1, 9).

Las manifestaciones sistémicas de la infección urinaria suelen desarrollarse luego de 24 a 48 horas de retiro del catéter urinario. La paciente puede presentar fiebre, disuria, frecuencia y urgencia urinaria, pero en muchos casos no se observan síntomas. ⁽¹⁾

El criterio para definir una infección del tracto urinario consiste en más de 100 mil colonias /ml. de un patógeno único en un urocultivo. La inserción adecuada y el manejo de catéteres permanentes son importantes en la prevención de la infección urinaria.

Los catéteres deben de ser eliminados tan rápido como sea posible después de la cirugía.⁽¹⁾

Para facilitar el vaciamiento completo de la vejiga debe aumentarse la hidratación y estimularse la movilización precoz. Después de obtener muestras de orina para cultivo, debe instaurarse terapéutica antibiótica adecuada. Los antibióticos derivados de las quinolonas ofrecen el espectro de cobertura más amplio para patógenos urinarios, el cual deberá ajustarse en base al resultado del cultivo de orina.^(1, 9)

6.2.5 Infección de heridas

La frecuencia y grado de infección postoperatoria de las heridas depende de muchos factores tales como: edad de la paciente, salud, estado nutricional, hábitos de higiene personal, obesidad, hospitalización prequirúrgica prolongada, tiempo de cirugía prolongado, diabetes mellitus, inexperiencia quirúrgica y falta en el uso de antibióticos profilácticos.^(1, 9)

En las histerectomías el porcentaje de infección de heridas es de 3.3% ya que se clasifican como heridas limpias contaminadas.⁽¹⁾

Desde hace mucho tiempo se sabe que el uso de profilaxis antibiótica reduce la infección en la incisión de procedimientos abdominales y vaginales no complicados. La infección activa en el sitio operatorio (absceso pélvico, rotura de apéndice) o en un sitio distante, aumenta el riesgo de infección de la herida por contaminación directa o propagación hematológica.⁽⁹⁾

El diagnóstico de infección de la herida se hace durante la investigación de alguna fiebre postoperatoria inexplicable, alrededor del cuarto al quinto día y la presencia de signos de infección en el sitio operatorio.

Los patógenos que con mas frecuencia se cultivan son bastones gram negativos, anaerobios, estreptococos beta hemolíticos y los estafilococos. ^(1,9)

Los pasos esenciales del tratamiento consisten en la apertura de la incisión para el drenaje, asegurarse que la fascia esta intacta, limpieza intensa con agua oxigenada o yodo-povidona y desbridamiento periódico 3 a 4 veces al día, esto suele requerir semanas o aun meses. ^(1,9)

En cuanto a la profilaxis de la infección de herida se debe tener en cuenta;

- Tratar antes de la intervención las vaginitis, vulvitis y otras infecciones locales.
- La estancia hospitalaria debe de ser lo mas corta posible.
- Desinfección extensa y minuciosa del campo quirúrgico antes de la intervención.
- Realizar técnica quirúrgica atraumática.
- Utilizar drenajes de manera generosa y por poco tiempo en las heridas limpias.
- Uso de profilaxis antibiótica. ⁽¹⁰⁾

6.2.6 Dehiscencia y evisceración de heridas

La dehiscencia de la herida es la rotura de cualquiera de los planos de la incisión quirúrgica, el peritoneo permanece intacto. La rotura superficial que solo afecta piel y tejidos subcutáneos es bastante común y se presenta en 2 a 5 % de las cirugías ginecológicas abdominal. ⁽²⁾

La incisión transversa de la parte baja del abdomen rara vez se revierte. Las incisiones verticales pueden conllevar un riesgo mayor de rotura. La integridad aponeurótica y la técnica quirúrgica para el cierre de la aponeurosis son factores de riesgo importante. ⁽⁹⁾

Otros factores que pueden contribuir a la dehiscencia de herida son.: demasiadas suturas y excesivamente juntas, aumento de la presión intraabdominal (tos, vómitos, íleo), obesidad, presencia de infección, caquexia, déficit vitamínicos y anemia. ⁽¹⁰⁾

La evisceración es la separación de todas las capas de la pared abdominal con protrusión de las asas intestinales a través de la incisión; constituye una complicación crítica del periodo postoperatorio. ⁽⁹⁾

El tratamiento de la dehiscencia y la evisceración incluyen el tratamiento de los factores contribuyentes. Tratar la peritonitis y el cierre de la incisión tan rápido como sea posible. ⁽¹⁰⁾

Si se produce protrusión del intestino debe ser cubierto inmediatamente con una compresa estéril húmeda, llevar de nuevo a la paciente al quirófano y antes de reponer las asas intestinales se lavaran con solución salinas. ⁽¹⁰⁾

Los defectos superficiales pequeños de la herida se realizara simple lavado y permitir la cicatrización por segunda intención.

Los defectos de uno a dos cms. en la aponeurosis sin evidencia de hernia del intestino pueden cerrarse a pie de cama o no tocarlos y dejar cerrar por segunda intención la piel que los cubres. Las pacientes con defectos extensos deben trasladarse a sala de operaciones y retirar cualquier material extraños, suturas, coágulos antes de cerrar y emplear suturas separadas de *smead - Jones* o con puntos de retención. ⁽²⁾

6.2.7 Hematomas

Los hematomas o acúmulos séricos pequeños a menudo se resuelve en forma espontánea, pero algunos se infectan. Se utilizan drenajes con aspiraciones cerrada para prevenir hematomas intraabdominal.

Puede sospecharse la presencia de un hematoma cuando existe un descenso del hematocrito acompañado de fiebre de poca cuantía.

Los hematomas pélvicos no suelen drenarse, a menos que estén infectados y haya fracasado la terapéutica antibiótica. El sitio y la extensión del hematoma se pueden identificar mediante examen pélvico y abdominal así como por ultrasonografía. ⁽⁹⁾

6.2.8 Tromboflebitis

La incidencia de tromboflebitis es superior después de cirugía ginecológica que tras otras cirugía. La histerectomía tanto abdominal como vaginal comporta un riesgo de 3 a 4%. Los factores de riesgo para tromboflebitis son: edad mayor de 40 años, obesidad, venas varicosas, trombosis previas, infarto de miocardio, enfermedad pulmonar crónica y aterosclerosis. ^(9, 11)

Como medidas profilácticas se recomiendan el levantamiento y deambulación precoz el primer día de la intervención, ejercicios activos y pasivos de las piernas, compresión con manguitos neumáticos de las pantorrillas, uso de medias elásticas y elevación de los pies de la cama 15 grados sobre la horizontal. ⁽¹¹⁾

La profilaxis con pequeñas dosis de heparina se recomienda en mujeres con factores de riesgo y se administra a dosis de 5000 ud. 2 a 4 horas antes de la cirugía y posteriormente cada 8 horas durante 7 días o hasta que la paciente sea dada de alta. ^(9, 11, 12)

El tratamiento de la tromboflebitis debe iniciarse lo más precoz posible para evitar que se produzca una embolia pulmonar, se debe realizar con heparina acuosa a dosis de 10000 ud. por vía subcutánea cada 12 horas por un periodo mínimo de 10 días. ⁽¹¹⁾

6.2.9 Prolapso de la cúpula vaginal

Es una complicación poco frecuente que puede aparecer en el postoperatorio tardío. La causa fundamental que determina su aparición es en la mayoría de los casos una incorrecta indicación quirúrgica, al no valorar correctamente la existencia de un defecto en los músculos del periné e indicar una histerectomía abdominal y no reparar el defecto perineal. ^(11, 14)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal realizado en el departamento de ginecoobstetricia en el servicio de ginecología del 1 de julio al 31 de Diciembre del 2004 en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello (Heodra-León)

7.2. Unidad de análisis y observación

Todas las pacientes sometidas a cirugía ginecológica en el servicio de ginecología del Heodra-León.

7.3. Población de estudio

Todas las pacientes sometidas a cirugía ginecológica en el período de julio a diciembre del 2004 Heodra-León.

7. 4. Selección y tamaño de la muestra

Todas las pacientes a las cuales se les realizó cirugía ginecológica en el servicio de ginecología de julio a diciembre del 2004 Heodra-León.

7.5. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: paciente sometida a cirugía ginecológica en el período de estudio

Exclusión: paciente ingresada a sala de ginecología a la cuales no se les realizó cirugía.

7.6. Recolección de los datos

La recolección de la información se realizó a través de la revisión de expediente clínico de todas las pacientes que fueron sometidas a cirugía ginecológica en el servicio de ginecología del Heodra-León, se extrajeron los datos de las pacientes por el investigador a través de una ficha de recolección de datos de los archivos de estadística del Heodra-León.

7.7. Operacionalización de variables

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características generales		
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Menor o igual a 19 años De 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años mayor o igual a 50 años
Procedencia	Lugar de residencia actual.	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria Otro
Antecedentes personales patológicos y no patológicos	Padecimiento de enfermedades crónicas y antecedentes de cirugía.	Hipertensión arterial Diabetes Obesidad Enfermedades cardíacas Cirugías anteriores Ninguno

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Diagnóstico prequirúrgico	Motivo por el cual se realizó la cirugía.	Miomatosis uterina Adenomiosis Quiste de ovario Displasia cervical Dolor pélvico crónico Trastorno estática pélvica Hiperplasia compleja atípica
Vía de la cirugía	Vía por la cual se realizó el procedimiento quirúrgico.	Abdominal Vaginal
Procedimiento quirúrgico realizado.	Tipo de cirugía que se realizó	Histerectomía abdominal Histerectomía vaginal Mas colporrafias Laparotomía exploradora Conización cervical Uretrocistopexia
Nivel que realizó el procedimiento quirúrgico.	Categoría del médico que conduce el acto quirúrgico.	Residente 2 Residente 3 Residente 4 Médico de base
Complicaciones transquirúrgicas.	Accidente que sobreviene durante el acto quirúrgico	Hemorragia Lesión de intestino Lesión de vejiga Lesión de uréter Paro cardiorrespiratorio Ninguna

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Complicaciones postquirúrgicas.	Procesos mórbidos que se presentan después de la cirugía.	Hemorragia Retención urinaria. Infección de vías urinarias Tromboflebitis Infección de herida quirúrgica. Dehiscencia de herida Hematoma Ninguna

7.8. Plan de análisis

Para este estudio se diseñó un instrumento de recolección de datos, luego la información se capturó en el programa fox pro para Windows, la depuración y análisis se realizó en el paquete estadístico SPSS 11 para Windows.

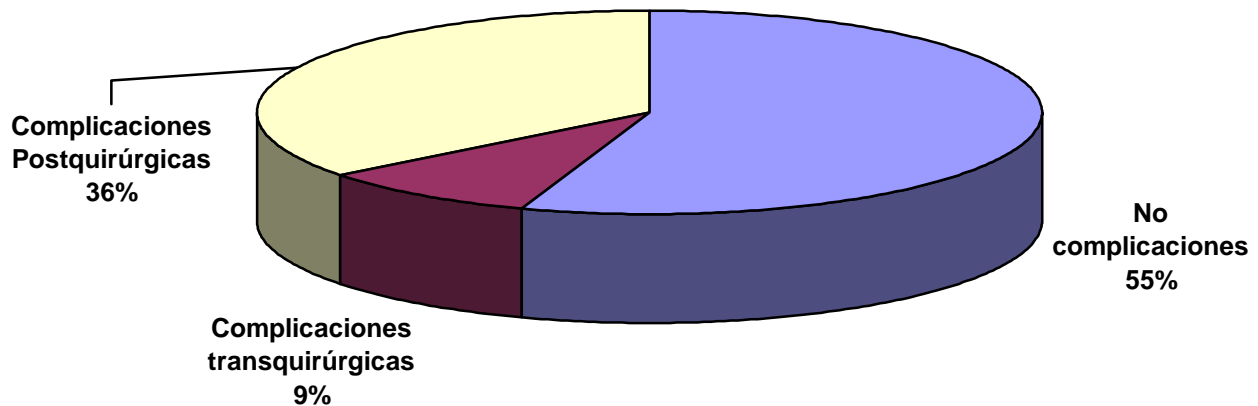
Para la presentación de los resultados se elaboraron gráficos, tablas de distribución de frecuencia y cruces de algunas variables para conocer la relación entre las variables más importantes.

VIII. RESULTADOS

Durante el período de estudio de julio a diciembre del 2004, ingresaron un total de 401 pacientes al servicio de ginecología, de las cuales 230 (57.3%) fueron intervenidas quirúrgicamente, presentándose 9% de complicaciones Transquirúrgicas y 36% de complicaciones postquirúrgicas (Ver Gráfico No.1)

Gráfico No. 1

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES TRANS Y POSTQUIRÚRGICAS DE LAS PACIENTES QUE SE LES REALIZO CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGIA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004

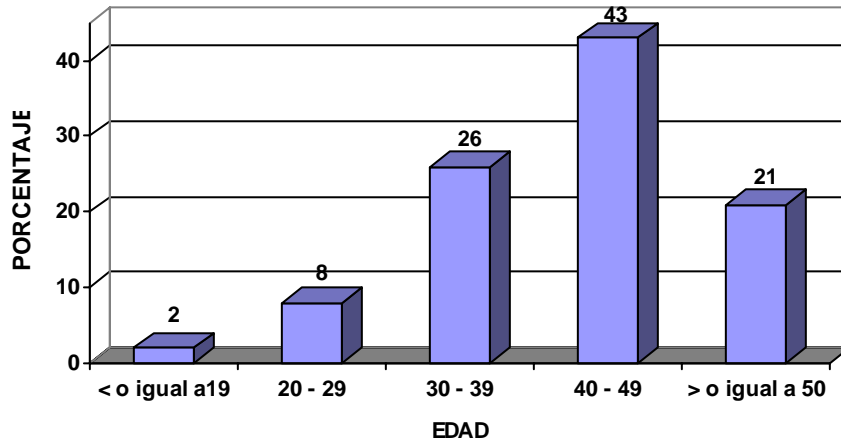


Fuente: Secundaria

En cuanto a la edad de las pacientes sometidas a cirugía se encontró que el 43% tenían entre 40 y 49 años, seguido por el grupo de 30 a 39 años con 26% y 21% para las mayores de 50 años (Ver Grafico 2)

Gráfico No. 2

EDAD DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004



Fuente: Secundaria

De acuerdo con el lugar de procedencia el 64% de las pacientes eran del área urbana y el 36% del área rural (Ver Cuadro No.1)

Cuadro No. 1

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004

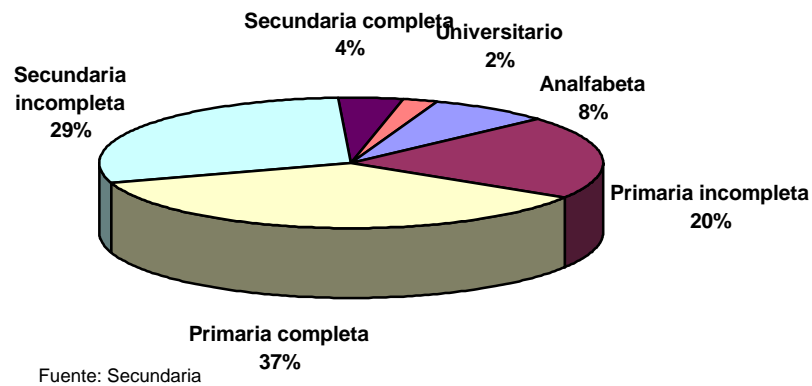
Procedencia	Cantidad de Pacientes	%
Urbana	146	64
Rural	84	36
Total	230	100

Fuente: Secundaria

En cuanto al nivel de escolaridad de las pacientes predominó el grupo de primaria completa con 37% seguido de secundaria incompleta con 29% y 20% correspondió a primaria incompleta. (Ver Gráfico 3).

Gráfico No. 3

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGIA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004



En relación a los antecedentes personales patológicos y no patológicos el 20% padecían hipertensión arterial, el 14% de las pacientes eran obesas y el 12% tenían antecedente de cirugía abdominal (Ver Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS DE LAS PACIENTES
QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA.
HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004**

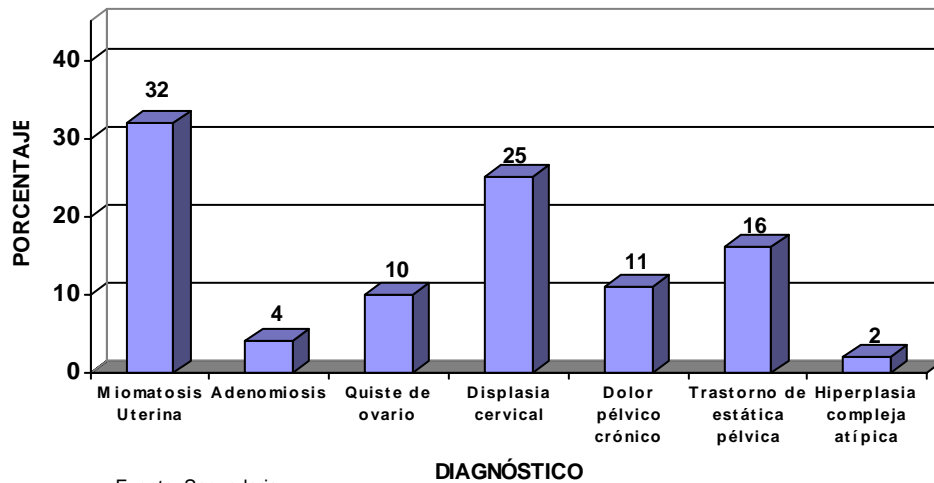
Antecedentes patológicos y no patológicos	Cantidad de Pacientes	%
Hipertensión arterial	45	20
Diabetes mellitus	18	8
Obesidad	31	14
Enfermedad cardiaca	1	0.4
Cirugías anteriores	28	12
Ninguno	107	45.6
Total	230	100

Fuente: Secundaria

Los diagnósticos principales por los cuales se realizo la cirugía fueron; miomatosis uterina con un 32%, displasia cervical en 25%, trastorno de estática pélvica 16% y dolor pélvico crónico en un 11%. (Ver Grafico No. 4).

Gráfico No. 4

DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004



Fuente: Secundaria

Referente a la vía por la cual se realizó la cirugía se encontró que el 64% se hizo por vía abdominal y 36% por vía vaginal (Ver Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3

VÍA POR LA CUAL SE REALIZÓ LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004

Vía de la cirugía	Cantidad de Pacientes	%
Abdominal	146	64
Vaginal	84	36
Total	230	100

Fuente: Secundaria

Las principales cirugías que se realizaron fueron; histerectomía abdominal en el 51% de las pacientes, conización cervical en 22% y la histerectomía vaginal mas colporrafias en el 11% de las pacientes (Ver Cuadro No. 4).

Cuadro No. 4

**PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO A LAS PACIENTES QUE FUERON
SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA.
HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004**

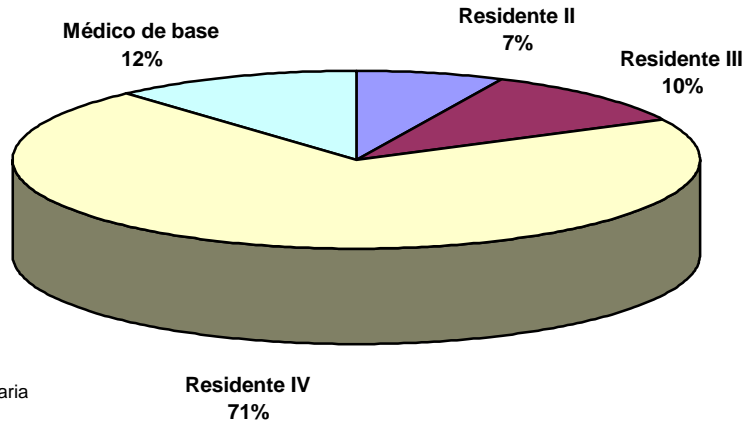
Procedimiento quirúrgico	Cantidad de Pacientes	%
Histerectomía abdominal	117	51
Histerectomía vaginal más colporrafias	25	11
Laparotomía exploradora	24	10
Conización cervical	51	22
Uretrocitopexia	13	6
Total	230	100

Fuente: Secundaria

En relación al nivel que realizo la cirugía se encontró que el 71% de los procedimientos fueron realizados por R4 supervisados por medico de base, 12% por medico de base y 10% por R3 bajo tutoría del medico de base (Ver Gráfico No. 5).

Gráfico No. 5

NIVEL QUE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004

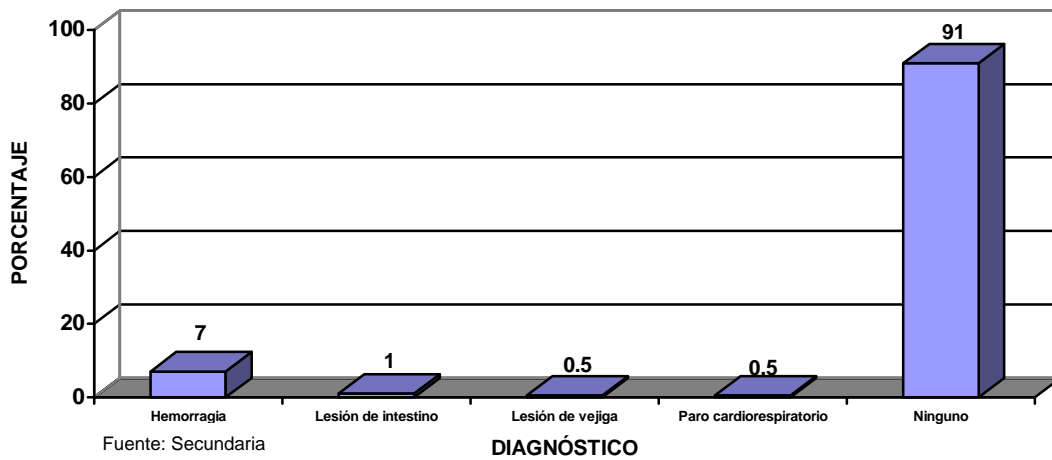


Fuente: Secundaria

En cuanto a las complicaciones Transquirúrgicas se presentaron en el 9% de las pacientes siendo la mas frecuente la hemorragia en el 7% de las pacientes, seguido por lesión de intestino en 1% y lesión de vejiga en 0.5% de las pacientes (Ver Gráfico No. 6).

Gráfico No. 6

COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004



Fuente: Secundaria

Se encontró un 36% de complicaciones postquirúrgicas siendo la anemia la más frecuente con un 13%, seguida de la infección urinaria con un 11% y hemorragia en el 4% de los casos (Ver Cuadro No. 5).

Cuadro No. 5

**COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS
A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA.
HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004**

Complicaciones Postquirúrgicas	Cantidad de Pacientes	%
Hemorragia	9	4
Retención urinaria	7	3
Infección de vías Urinarias	26	11
Anemia	30	13
Infección de herida quirúrgica	5	2
Dehiscencia de herida quirúrgica	4	1.6
Hematoma	1	0.4
Ninguna	148	64
Total	230	100.0

Fuente: Secundaria

Al relacionar los antecedentes patológicos y no patológicos de las pacientes con complicaciones transquirúrgicas se encontró que del total de pacientes hipertensas, el 9% presento hemorragia transquirúrgica y el 2% lesión de vejiga, con las pacientes con obesidad el 13% de ellas presento hemorragia y una paciente presento paro cardiorrespiratorio, de las pacientes diabéticas ninguna presento complicación (Ver Cuadro No. 6).

Cuadro No. 6

RELACIÓN ENTRE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS Y LAS COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004

Antecedentes patológicos y no patológicos	Complicaciones transquirúrgicas					Total
	Hemorragia	Lesión de intestino	Lesión de vejiga	Paro cardiorrespiratorio	Ninguna	
Hipertensión arterial	4 (9%)	-	1 (2%)	-	40 (89%)	45
Diabetes mellitus		-	-	-	18 (100%)	18
Obesidad	4 (13%)	-	-	1 (3%)	26 (84%)	31
Enfermedad cardiaca	-	-	-	-	1 (100%)	1
Cirugías anteriores	4 (14%)	1 (4%)	-	-	23 (82%)	28
Ninguno	5 (5%)	1 (1%)	-	-	101 (94%)	107
Total	17 (7%)	2 (1%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	209 (91%)	230

Fuente: Secundaria Nota: Los porcentajes se obtuvieron en base al total de la fila

Al relacionar las complicaciones transquirúrgicas con el nivel que realizo la cirugía se encontró que el 86% de las complicaciones se presentan con el residente de 4to año siendo la más frecuente la hemorragia en el 66% de los casos (Ver Cuadro No. 7).

Cuadro No. 7

RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS Y NIVEL QUE REALIZÓ LA CIRUGÍA DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA. HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004

Complicaciones transquirúrgicas	Nivel que realizó el procedimiento quirúrgico				Total
	Residente II	Residente III	Residente IV	Médico de base	
Hemorragia	-	-	14 (66%)	3 (14%)	17 (80%)
Lesión de intestino	-	-	2 (10%)		2 (10%)
Lesión de Vejiga	-		1 (5%)		1 (5%)
Paro cardiorrespiratorio	-	-	1 (5%)		1 (5%)
Total	-	-	18 (86%)	3 (14%)	21 (100%)

Fuente: Secundaria

Al asociar las complicaciones transquirúrgicas con la vía por la cual se realizó el procedimiento se encontró que el 86% se presentan por vía abdominal y el 14% por vía vaginal, siendo la más frecuente la hemorragia con un 71% para la vía abdominal y 10% para la vía vaginal (Ver Cuadro No. 8).

Cuadro No. 8

**RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS Y LA VÍA POR LA CUAL SE REALIZÓ LA CIRUGÍA DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA.
HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004**

Complicaciones transquirúrgicas	Vía que realizó el procedimiento quirúrgico		Total
	Abdominal	Vaginal	
Hemorragia	15 (71%)	2 (10%)	17 (81%)
Lesión de intestino	2 (10%)	-	2 (10%)
Lesión de Vejiga	-	1 (5%)	1 (5%)
Paro cardiorrespiratorio	1 (5%)	-	1 (5%)
Total	18 (86%)	3 (14%)	21 (100%)

Fuente: Secundaria

Al relacionar las complicaciones postquirúrgicas con la vía por la cual se realizó la cirugía se encontró que la hemorragia postquirúrgica se presentó únicamente cuando la cirugía se realizó por vía vaginal en un 11% de los casos. La anemia se presentó más frecuentemente cuando la cirugía se realizó por vía abdominal en un 29%, la infección de vías urinaria se presentó con mayor frecuencia cuando la vía fue abdominal en un 26% (Ver Cuadro No. 9).

Cuadro No. 9

**RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS Y LA VÍA POR LA CUAL SE REALIZÓ LA CIRUGÍA DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN SALA DE GINECOLOGÍA.
HEODRA - LEÓN, JULIO A DICIEMBRE 2004**

Complicaciones postquirúrgica	Vía que realizó el procedimiento quirúrgico		Total
	Abdominal	Vaginal	
Hemorragia	-	9 (11%)	9 (11%)
Retención urinaria	2 (2%)	5 (6%)	7 (8%)
Infección de vías Urinarias	21 (26%)	5 (6%)	26 (32%)
Anemia	24 (29%)	6 (7%)	30 (36%)
Infección de herida quirúrgica	5 (6%)	-	5 (6%)
Dehiscencia de herida quirúrgica	4 (5%)	-	4 (5%)
Hematoma	1 (1%)	-	1 (1%)
Total	57 (70%)	25 (30%)	82 (100%)

Fuente: Secundaria

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En los meses comprendidos de julio a diciembre del 2004, se ingresaron al servicio de ginecología 401 pacientes de las cuales se le realizo cirugía a 230 pacientes, complicándose el 45% de las pacientes de las cuales el 9% correspondía a complicaciones transquirúrgicas y el 36% a complicaciones postquirúrgicas, lo cual coincide con la literatura consultada la cual refiere que la mayoría de las complicaciones se presentan en el periodo postquirúrgico. Un estudio realizado en 1996 en el Heodra reporto 10.6% de complicaciones postquirúrgicas y 0.4% de complicaciones transquirúrgicas, esto no concuerda con este estudio ya que se encontró menor porcentaje de complicaciones.

Al determinar el grupo etáreo que con mayor frecuencia fue sometido a cirugía ginecológica fue el grupo entre 40 – 49 años con un 43% concordando con el estudio realizado en 1996 en el Heodra, en este grupo etáreo son más frecuentes las patologías ginecológicas benignas.

La mayoría de las pacientes del estudio eran procedentes del área urbana con un 64%, habiendo completado sus estudios primarios el 36% de las pacientes, lo cual concuerda con un estudio realizado en el Heodra en 1992.

En relación a los antecedentes patológicos y no patológicos de las pacientes se encontró que la patología que presentaban más frecuentemente era hipertensión arterial seguida de obesidad y un 12% se le había realizado cirugía anterior, no concordando con un estudio realizado en el 2002 en el HEODRA el cual reporto que la patología que más predominó fue la obesidad.

La principal indicación para realizar la cirugía ginecológica fue la miomatosis uterina en un 32%, seguido por las displasias cervicales y trastornos de la estática pélvica, esto podría ser debido a que estas patologías se presentan con mayor frecuencia en adultas jóvenes siendo este grupo el que más se sometió a cirugía.

Con respecto a la vía por la cual se realizó la cirugía se encontró que la mayoría se abordó por vía abdominal, siendo el procedimiento más frecuente la histerectomía abdominal en un 51% de las pacientes, lo cual concuerda con un estudio realizado en el hospital Bertha Calderón en 1994 en el cual el principal procedimiento realizado fue la histerectomía abdominal.

En relación al nivel que realizó el procedimiento quirúrgico el 71% de las cirugías fueron realizadas por residentes del 4to año, esto es debido a que este estudio se realizó en un hospital escuela y este tipo de cirugía son parte del entrenamiento de este nivel de residencia.

Con respecto a las complicaciones transquirúrgicas se encontró que la más frecuente es la hemorragia intraoperatoria, seguida por lesión de intestino, coincidiendo con la literatura consultada en la cual la complicación más frecuente y temida durante la cirugía es la hemorragia.

En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas se encontró que la anemia y la infección de vías urinarias son las más frecuentes, lo cual coincide con el estudio realizado en 1992 en el Heodra, esto puede ser debido a la técnica de asepsia y permanencia de la sonda uretral, y la anemia probablemente al sangrado presentado durante la cirugía.

Al asociar los antecedentes patológicos y no patológicos con las complicaciones transquirúrgicas se encontró que del total de hipertensas el 9% de las pacientes presentó hemorragia transoperatoria, del total de pacientes obesas el 13% presentó hemorragia y una paciente sufrió paro cardiorrespiratorio, lo cual nos orienta que estas patologías son factores adversos para la evolución satisfactoria de las pacientes.

Al relacionar las complicaciones transquirúrgicas con el nivel que realizó el procedimiento quirúrgico se encontró que la mayoría de las complicaciones se presentan con el residente del 4to año siendo la hemorragia la más frecuente, esto

podría deberse a que la mayoría de las cirugías son realizadas por el residente del 4to año.

Al asociar las complicaciones transquirúrgicas con la vía por la cual se realizó la cirugía se encontró que la mayoría de las complicaciones se presentaron por la vía abdominal siendo la hemorragia la más frecuente solo una paciente presentó lesión de vejiga y la cirugía fue realizada por vía vaginal. La vía por la cual se realizan la mayoría de las cirugías es la abdominal lo cual explicaría el porque se presentan mayores complicaciones por esta vía. Esto concuerda con la literatura consultada que refiere que la mayoría de las complicaciones resultan de la cirugía abdominal.

Al relacionar las complicaciones postquirúrgicas con la vía por la cual se realizó la cirugía se encontró que la hemorragia postquirúrgica se presentó solamente en las cirugías vaginales, la anemia se presentó en su mayoría cuando se realizaron cirugías abdominales, lo cual concuerda con el estudio realizado en el Heodra.

X. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas en este estudio fue de 9% y 36% respectivamente.
2. El grupo etáreo que con mayor frecuencia fue sometido a cirugías ginecológicas esta en las edades comprendidas de 40-49años con un 43%, la mayoría procedían del área urbana y habían culminado sus estudios primarios en un 37%.
3. Los antecedentes patológicos y no patológicos que se relacionan con más frecuencia a las cirugías ginecológicas son; la hipertensión arterial seguido de obesidad y las cirugías anteriores, siendo la hemorragia la complicación más frecuentemente asociada.
4. Las complicaciones transquirúrgicas más frecuentes son la hemorragia en un 7% y lesión de intestino 1%, las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes son la anemia en un 13% seguido de infección de vías urinarias y hemorragia postoperatoria.
5. Según la vía de realización de las cirugías la hemorragia transquirúrgica se presentó en un 71% por vía abdominal y 10% por vía vaginal.
6. la complicación postquirúrgica más frecuente por vía abdominal fue la anemia y la más frecuente por vía vaginal fue la hemorragia postoperatoria.

XI. RECOMENDACIONES

1. Realizar técnica quirúrgica adecuada, conocer y emplear adecuadamente las medidas hemostáticas para controlar y prevenir la hemorragia trans y postquirúrgicas.
2. Realizar control adecuado de las patologías crónicas en atención primaria y orientar la disminución de peso de las pacientes previo a su traslado al hospital en la medida de lo posible.
3. promover la valoración por anestesia, medicina interna y cardiología por consulta externa antes de ingresar a las pacientes con patologías crónicas.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Rock. John. MD. Thompson. John. MD. Ginecología Quirúrgica. Te Linde. 8va edición. Editorial medica panamericana. Buenos aires Argentina. 1998.
2. Scott James k. MD. Et al. Danforth. Tratado de obstetricia y ginecología 8va edición. Mc Graw-Hill. Interamericana editores, SA. México .DF. 2000.
3. E. Chave J. Complicaciones de la cirugía abdominal. Hospital "Donación Francisco Santojanni" octubre 2000.
4. Berrios C Dr. Complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas de las cirugías correctoras de trastornos de estática pélvica. HEODRA. León 2002. Monografía.
5. Cantillano J. Dr. Complicaciones médicas y quirúrgicas en las cirugías ginecológicas por vía vaginal. HEODRA León 1991. Monografía.
6. Moncada O. Dr. Complicaciones médicas y quirúrgicas de las cirugías ginecológicas según su vía de elección. HEODRA León 1996. Monografía.
7. Talavera I. Dra. Histerectomías. Complicaciones en el hospital Bertha Calderón. 1994.
8. Miranda V. Dr. Factores de riesgo en las complicaciones de las cirugías ginecológicas. HEODRA León. 1992. Monografía.
9. Decherney A. Pernoll M. Diagnostico y tratamiento gineco-obstétrico, 7ma edición. Editorial El manual moderno. México D.F. 1997.
10. Hirsch. H. A MD. Kaser. O. MD. Atlas de cirugía Ginecológica. 5ta edición. Editorial Marban, S. L Madrid España. 2003.

11. González merlo J. Atlas de operaciones ginecológicas. Tomo I. SALVAT. Editores S.A. Barcelona España.
12. Hernández A. Fernández S. Nuestra experiencia en la prevención de la enfermedad tromboembolica en cirugía ginecológica con una heparina de bajo peso molecular. CY- 16 Actual. Obstet Ginecol. 1991.
13. Guzmán E. Histerectomía vaginal. Hospital Sotero del Río. Universidad de Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2001.
14. Torres. J. Espinoza. O. Prolapso de cúpula vaginal. Hospital Barros Luco. Universidad de Chile. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2001

XIII. ANEXO

Instrumento de recolección de la información

Características generales.

P1. Edad

1. menor o igual de 19 a.
2. 20 – 29 a.
3. 30 – 39 a.
4. 40 – 49 a.
5. mayor o igual de 50 a.

P2. Procedencia

1. Urbana
2. Rural

P3. Escolaridad

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Universitario
7. Otro

P4. Antecedentes patológicos y no patológicos

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes mellitus
3. Obesidad

4. Enfermedad cardiaca
5. Cirugías anteriores
6. Ninguna

P5. Diagnostico prequirúrgico

1. Miomatosis uterina
2. Adenomiosis uterina
3. Quiste de ovario
4. Displasia cervical
5. Dolor pélvico crónico
6. Trastorno de la estática pélvica
7. Hiperplasia compleja atípica

P6. Vía por la cual se realizo la cirugía

1. Abdominal
2. Vaginal

P7. Procedimiento quirúrgico realizado

1. Histerectomía abdominal
2. Histerectomía vaginal mas colporrafia
3. Laparotomía exploradora
4. Conización cervical
5. Uretrocitopexia

P8. Nivel que realizo el procedimiento quirúrgico

1. R2
2. R3
3. R4
4. MB

P9. Complicaciones transquirúrgicas

1. Hemorragia
2. Lesión de intestino
3. Lesión de vejiga
4. Lesión de uréter
5. Paro cardiorrespiratorio
6. Ninguna

P10. Complicaciones postquirúrgicas

1. Hemorragia
2. Retención urinaria
3. Infección de vías urinarias
4. Anemia
5. Infección de herida quirúrgica
6. Dehiscencia de herida
7. Hematoma
8. Tromboflebitis
9. Ninguna