UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Manuel Rafael Castañeda Tabrera

Guatemala, Noviembre de 1974

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

GENERALIDADES

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS Y COMENTARIOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La realización de técnicas quirúrgicas a diferentes niveles durante todos los tiempos, ha sido consecuencia de discución, comentarios y modificaciones, debido a la aplicación de estas con resultados poco satisfactorios, con el riesgo que significan cada una de ellas para la paciente.

La morbilidad está sujeta a gran cantidad de factores, entre los cuales podemos mencionar: Hemorragias masivas, sépsis, tejidos traumatizados, neoplásis, pérdida de relación anatómica, etc. etc.; y no exclusivamente a la calidad del cirujano que efectúa la intervención.

Creemos de mucha importancia establecer causas específicas de morbilidad operatoria en cirugía ginecologógica, para lo cual han sido revisados los casos que se encuentran relacionado con este propósito.

No se han incluído en este estudio, las complicaciones mediatas en las cuales es predominante el problema infeccioso, porque los objetivos están establecidos para efectuar revisión de complicaciones operatorias propiamente dichas.

En procedimientos menores como parasentesis, culdotomías, biópsias, extirpación de pólipos por torsión en clínicas de emergencia o servicios internos, se ha observado, complicaciones leves de tipo: hemorrágico, punción de vejiga, cólon u otros, debido a la dificultad para la localización de estos casos no han sido estudiados y además es de hacer notar que son complicaciones de poca importancia, que no han ameritado otro tratamiento o aumento del tiempo de hospitalización.

La muerte de una paciente es definitivamente el accidente más grande que le puede ocurrir a un ciru-

jano, razón del interés de este estudio y de señalar las complicaciones más frecuentes.

Es claro el gran beneficio que se obtiene al recabar datos completos de las pacientes que incluyen: edad, antecedentes infecciosos pélvicos, cirugía abdominal, radiación, traumatismos, etc.; todos estos factores que influyen sobre el éxito de las intervenciones, por pérdida de la relación anatómica, bridas, adherencias, tumoraciones, aumento de la vascularización etc.

La finalidad de este trabajo creemos se ha logrado y esperamos despierte el interés para revisión y superación de técnicas, mejor estudio y apreciación de las pacientes, agregado a mejoría y adquisición de recursos a nivel hospitalario.

OBJETIVOS

El estudio de la morbilidad operatoria en la sección de Ginecología, durante el período mencionado, ha sido ideado con el propósito de hacer mayor énfasis en diversos factores que por no estar debidamente analizados, han provocado, el aumento de el riesgo quirúrgico, repercutiendo en el complejo: Cirujano-Paciente.

Es sumamente importante obtener datos estadísticos de esta incidencia en nuestro medio estableciendo una comparación con los obtenidos en hospitales de otros países, de más y mejores recursos.

No pretendemos desde ningún punto de vista, hacer recaer esta responsabilidad sobre el -Cirujano, ya que son complicaciones debidas a factores de diferente orden, tanto material como humano.-

Al detallar diversos parámetros, perseguimos, hacer una evaluación más específica para cada uno de

ellos y después del comentario adecuado, ofrecer un dato que sea útil para mejorar y disminuir la incidencia de problemas de este tipo.

Este trabajo servirá de incentivo para los médicos que participan en estas actividades, para hacer una revisión de las técnicas, previa a su utilización.

GENERALIDADES

Los errores y fracasos en Cirugía Ginecológica, son a menudo consecuencia de intervenciones efectuadas de prisa, algunas veces innecesarias, con mala valoración del riesgo operatorio, agregado a un diagnóstico inexacto, interpretaciones erróneas de síntomas y signos y como consecuencia, la elección de un método o técnica inadecuados; todos y cada uno de ellos influyen en el éxito de los mismos. (6)

Frecuentemente las capacidades operatorias son sobreestimadas y las dificultades de la operación propiamente dichas, son poco apreciadas; la prevención y el tratamiento de las diferentes complicaciones son discutidos. (6)

La Histerectomía Abdominal, es actualmente un procedimiento común en cirugía ginecológica, utilizado desde fines del siglo pasado y a pesar del avan

ce de las técnicas diagnósticas y anestésicas, así como de los cuidados pre y post operatorios, la aplicación de este procedimiento se considera siempre un reto al cirujano. (7) (4)

Las lesiones más comunes que se ocasionan, se mencionan en orden de frecuencia, según algunos autores, así: Hemorragia, lesiones o ligaduras de uréteres, lesiones de vegija y lesiones a intestino. (4)

La incidencia de estas lesiones, va a variar en su frecuencia de acuerdo a la vía que se utilice en la operación, ya sea abdominal o vaginal. (4)

Hace unos 20 a 30 años, era considerada cirugía reservada para hábiles y contados cirujanos y muy especialmente en la variante de Histerectomía total, principalmente por el temor de la complicación de tipo urinario (fístula post operatoria), consecuencia a la ligadura bilateral de uréteres durante la disección. (4) (14)

Hoy en día estas intervenciones se han popularizado entre los cirujanos, debido a los progresos en la técnica quirúrgica, como consecuencia de estudios profundos de la anatomía pélvica, además a la transfusión sanguínea, adelantos en la anestesia, en la preparación pre y post operatorias y el uso de antibióticos, reduciendo notablemente los índices de morbilidad y mortalidad. (9) (7)

COMPLICACIONES DE ANESTESIA:

Las complicaciones han sido consecuencia de diversos factores, se ha reportado casos de muerte de pacientes, por aspiración de vómitos, por lo cual se recomienda en pacientes que van a ser sometidos a cualquier tipo de operación, el uso de sonda nasogástrica, hay algunos autores que después de la aspiración gástrica, recomiendan el uso de antiácidos profilácticos. Aunque no es una complicación ligada propiamente a la técnica quirúrgica, también incide

en la morbilidad y mortalidad de las pacientes. (10)

OTRAS:

Se mencionan en la literatura mundial, como complicaciones aunque sumamente raras, tales como: a) un caso reportado de ruptura esplénica 3 días post histerectomía abdominal descubierto en el Hospital de San Diego California en 1972. Es el bazo un órgano intraabdominal alto, que no guarda relación con los órganos pélvicos propiamente dichos, en este caso no se refirió ninguna causa lógica, pero si existe este peligro. (5)

b) Se reporta también un caso de una paciente de 38 años de edad, con una fístula arteriovenosa comprobada por angiografía, secundaria a ligadura de arteria ilíaca interna, nueve años después de histerectomía total (11)

El empecinamiento del cirujano en disecar un uréter, separar la vejiga o el recto en casos de amplia

dhesión por procesos inflamatorios crónicos, con el in de extirpar el cuello, es una causa frecuente del umento de morbilidad. Algunos autores mencionan- l uso de progesterona en estos casos, en días pre- ios a la intervención, con el fin de facilitar el des- egamiento de la vejiga del cuello uterino por proce- os inflamatorios crónicos. (7) (1) (8) (6)

COMPLICACIONES DE TIPO URINARIO:

La hematuria, puede ser debida a traumas provo- ados al cateterizar o durante el acto operatorio pro- iamente dicho, sin lesiones trascendentales sobre a vejiga, sin embargo, este aspecto no descarta la osibilidad de haber dañado el órgano, por lo que de- e explorarse con sumo cuidado. (3)

Es importante el uso del catéter vesical, para ob ervar presencia o no de hematuria transoperatoria, a emás evita la distención vesical exagerada que limi a el campo operatorio y aumenta el riesgo quirúrgi-

co. (4)

FISTULAS:

Una fístula no es más que una comunicación anormal, que se establece entre cualquier parte del conducto genital por un lado y el tracto urinario o intestinal por el otro. (10)

Las causas más frecuentes antiguamente eran los traumatismos obstétricos, partos prolongados o difíciles, aplicaciones de fórceps con rasgaduras perineales extensas, produciéndose, necrosis o escarificaciones del conducto genital. Se han reducido estos problemas actualmente por las innovaciones en los métodos y técnicas en obstetricia. (16)

El desarrollo que ha alcanzado la cirugía y la radioterapia, ha dado como resultado que se produzcan fístulas genitales en un gran número de casos, la mayoría son debidas a lesiones de vejiga, uréteres o recto, en curso de operaciones especialmente en Histe-

rectomia radical, o como resultado de necrosis y escarificación producida posteriormente a radioterapia, a corrección de cistocele o a invasión propiamente de tumores, ulceraciones etc. (10)

LESIONES VESICALES:

Las lesiones vesicales que generalmente se presentan en cirugía ginecológica, son en cirugía radical por carcinoma del cérvix, y en una mayor frecuencia que en una histerectomía simple, dichas lesiones se deben más que todo a la dificultad para efectuar despegamiento de vejiga, para poder seccionar una parte aceptable de vagina. Generalmente, en iguales o menores circunstancias se presentan las lesiones a uréteres y a recto. (10) (1) (14)

FISTULAS URINARIAS:

Los cirujanos ginecológos más hábiles de cuando en cuando, inadvertidamente lesionan las vías urinarias, Graber, O'Rourke y McElrath han indicado que

se produce lesión grave de la vejiga en casi el 2% de las histerectomías. Los problemas se agudizan dependiendo de si se descubre la lesión o no, Mengert indica: "No es pecado cortar la vejiga; el pecado es no descubrir lo que ha pasado". (1) (3) (4)

Los tipos de fístulas más importantes son:
A) Vesico vaginal B) Uretrovaginal C) Ureterovaginal D) Combinaciones de las anteriores. La variedad más frecuente es la vesico-vaginal, la primera reparación con éxito de una fístula, fue realizada por Sims en 1855.

Actualmente como ya se indicó, la frecuencia ha disminuído, en la histerectomía radical se reporta una incidencia de 5 a 10% de fístulas urinarias, incluso en las mejores clínicas.

La fístula uretero-vaginal, es la que con mayor frecuencia se produce por heridas accidentales de los uréteres en histerectomias abdominales. Aparece ge

generalmente en el 14° día Post op.

SINTOMAS:

El síntoma característico consiste en la salida de orina por la vagina, variando en algunas ocasiones dependiendo del tipo y extensión de la fístula, los síntomas aumentan, debido a la irritación de vagina, vulva y perineo.

DIGNOSTICO:

Suele ser relativamente sencillo, las fístulas de gran extensión puede localizarse al efectuar examen ginecológico, las pequeñas menos accesibles, ameritan estudios especiales, de colorante como el azul de metileno, el procedimiento facilita la observación del colorante que pasa a través del trayecto fistuloso. Los estudios cistoscópicos, que deben realizarse preferentemente por el método de Kelly, proporciona a menudo valiosa información acerca de la localización de la fístula y sus relaciones con los uréteres, así

mismo, los estudios pielográficos más completos, nos facilitan el diganóstico definitivo del tipo de fístula de que se trate.

TRATAMIENTO:

Algunas fístulas pequeñas cierran solas, cosa que se facilita con tratamiento postural, restricción de líquidos, antisépticos urinarios y/o catéter de retención.

En otros casos casi siempre hay que utilizar la cirugía, la cual debe adaptarse a las circunstancias de cada caso.

En la mayoría de los casos priva el criterio esperar 4 a 6 meses después de producirse la lesión antes de intentar cualquier tipo de cirugía reparadora, con el fin de que disminuya el edema y la hiperhemia, para tener un buen pronóstico quirúrgico.

Como ya mencionamos, este tipo de fístulas puede deberse a necrosis tardía provocada por isquemia

consecuente a ligadura de vasos, siendo los sitios de mayor peligro cuando se efectua cirugía a nivel de ligamentos utero sacros de entrecruzamiento de uréteres con la arteria uterina y al peritonizar cerca del ligamento infundíbulo pélvico.

El tipo de lesiones ureterales pueden ser:

a) Periureterales: Cuando se produce un hematoma circunvecino, con acodadura del conducto urinario consecuente.

b) A nivel de adventicia: predominantemente si es circular, puede producir dilatación de éste.

c) Del mismo tipo, a nivel muscular produce disminución de irrigación e inervación

d) Lesión a nivel de mucosa: Produce isquemia, necrosis y/o infección. (11)

Específicamente las lesiones de uréteres se producen en el 10% de Histerectomías radicales y en 0.5% de Histerectomías totales.

Cerca del 85% de lesiones son unilaterales, en una relación de 6 : 1 de Histerectomía abdominal con histerectomía vaginal.

Tiene mucha importancia en la aparición de las fístulas, la experiencia del operador y la observación de diferentes técnicas, para prevenir hasta donde sea posible tal complicación que incide grandemente sobre la morbi-Mortalidad de las pacientes sometidas a procesos quirúrgicos de orden ginecológico.

MATERIAL Y METODOS

Fueron revisadas 517 papeletas que corresponden a pacientes intervenidas en la Sección de Ginecologia del Hospital General "San Juan de Dios" durante el período comprendido de los meses de junio de 1972 a mayo de 1974 de las cuales 35 de ellas fueron utilizadas, para el presente estudio.

Casos tabulados y analizados independientemente, con el propósito señalado. Por esa razón, al fi-

nal de cada uno de ellos, se acompaña de un comentario y se efectúa un estudio comparativo respecto a datos obtenidos con este fin, en hospitales de otros países.

Creemos necesario hacer la salvedad, que el total de casos encontrados, no identifica el número total de pacientes realmente operadas durante el período descrito, ya que por dificultad para la localización de las papeletas, tuvimos que prescindir de algunas de ellas.

CUADRO # 1

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

EDADES

Edades en años		No.	%
De 20	29	3	8.57
30	39	12	34.28
40	49	9	25.71
50	59	6	17.14
60	69	3	8.57
70	79	2	5.73
		35	100.00%

El mayor número de pacientes operadas, estuvo comprendido entre los 30 a 39 años de edad, haciendo un porcentaje de 34.38%, datos que están de acuerdo con estadísticas reportadas en otros países, para pacientes sometidas a intervención quirúrgica de tipo ginecológico.

La paciente de menor edad fue de 20 años y la de

mayor edad, 75 años, promedio de edad de 44.6 años. En un estudio efectuado en México obtuvieron datos de edades : de 14 a 70 años promedio de edad de 42.5 años (4)

CUADRO # 2

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

OCUPACION

Ocupación	No.	%
Oficios Domésticos	31	88.8
Maestra de Educación	1	2.8
Enfermera Auxiliar	1	2.8
Comerciante	1	2.8
Oficinista	1	2.8
	35	100.0%

Se puede deducir del presente cuadro, que el porcentaje de pacientes operadas (88.8%), corresponde a pacientes amas de casa, que tienen afluencia al hospital, aquí es importante hacer notar, que hay un

grupo de pacientes que se dedican a otro tipo de actividad, quienes declaran ser amas de casa, además que algunas de éstas efectivamente se dedican a oficios domésticos a pesar de tener un título o diploma.

CUADRO # 3

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

IMPRESION CLINICA DE INGRESO

IC	No.	%
Prolapso Uterino Grado II	2	5.71
Metrorragias secundaria a Utero Fibroide	11	31.42
Infertibilidad Sec.	1	2.86
Ca Cérvix LN_1	2	5.71
Tumor Pélvico	2	5.71
Fístula abdominal	1	2.86
Ca. escamoso invasivo	3	8.57
Cistoadenoma del Ovario	1	2.86
Infección Pélvica	1	2.86
Ca. de Vulva	1	2.86
Relajación Pélvica	1	2.86
Cistocele G. II	2	5.71
Fístula Vaginal	1	2.86
Adeno Ca. de Endometrio	1	2.86
Prolapso Genital G III	4	11.42
Pólipo endocervical	1	2.86
	35	100.00%

La impresión clínica de ingreso de las pacientes, e variado, lo más frecuente fue metrorrágicas secun arias a útero fibroide, Prolapso uterino y Ca.del Cér x reportado por citología, hacemos la aclaración ue esta impresión clínica es dada por los jefes del ervicio, al ser evaluadas las pacientes en la sec- ón de ginecología.

CUADRO # 4

ORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

GESTACIONES

estaciones	No.de Casos	%
4	15	42.8
9	10	28.7
14	7	20.0
19	3	8.5
	35	100.0%

De 0 a 4 gestaciones se encuentra el número ma- or de pacientes intervenidas: 15 casos (42.8%). De

estas pacientes, 17.14% no tenían hijos y el 2.9% fueron sometidas primeramente a operación Cesárea, por indicación que no tiene discución.

La paridad es un factor importante, ya que puede estar asociada directamente proporcional, a aumento de la trama vascular, siendo la más frecuente, várices vulvares.

CUADRO # 5

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

CITOLOGIA PREVIA

Citología	No.	%
Negativa	15	42.8
No se efectuó	9	25.7
Cervicitis crónica		
Hiperplasia epitelial	2	5.7
Ca. Escamoso Invasivo	5	14.2
Inflamación no específica ligera	2	5.7
Ca. escamoso de vulva	1	2.9
Ca. In situ	2	5.7
	35	100.0%

Citología negativa fue reportada en 15 casos

(42.8%), no fue efectuada en 9 pacientes (25.7%) fue positiva en el resto. Esto nos demuestra la importancia y gran utilidad que nos presenta la citología exfoliativa en este tipo de pacientes, lo cual hace variar en algunos casos, respecto a la impresión clínica efectuada o por si misma la confirma. Este aspecto radica en que puede ofrecernos facilidad para elaborar un plan operatorio, aunque la citología obviamente no es un dato diagnóstico ya que debe contarse con diagnóstico microscópico: Biopsia, conización, en otras según el caso, para adoptar una conducta más adecuada.

CUADRO # 6

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

	No.	%
Con cirugía previa	24	69.0
Sin Cirugía previa	11	31.0
	35	100.0

El mayor número de pacientes había sido sometida a cirugía anterior de diferente tipo, haciendo un total de 24 para un porcentaje de 69.0%, el tipo de cirugía previa no ginecológica fue de Colecistectomía 6 casos = 17%, siendo el resto de tipo puramente ginecológico, Cesáreas, Pomeroy, Histerectomías, Anexectomías etc.

Este antecedente hace que la morbilidad operatoria aumente considerablemente, debido a los factores ya mencionados, bridas, adherencias etc.

CUADRO # 7

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

TIEMPO PREVIO DE CIRUGIA ANTERIOR

Tiempo en Horas	No.	%
6 meses a 5 años	18	52
6 años a 10 años	5	14
11 años a 30 años	1	3
	24	69%

24 pacientes de las 35 estudiadas, tenían cirugía previa, de éstas 24, 14 presentaron un tiempo previo de cirugía de 6 meses a 5 años, el resto entre 6 a 30 años 52% y 17% respectivamente.

A partir de 60 días para unos y de 90 para otros, después de haber sometido a una paciente a cualquier intervención, el riesgo que se corre es poco, no es aconsejable hacerlo antes, debido a la mayor incidencia de complicaciones predominantemente de tipo trombótico y sépsis cuando la cirugía es muy reciente.

CUADRO # 8

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

OPERACION EFECTUADA

	No.	%
Histo. abdominal total	8	23.50
Salpingooforectomía Der.	4	11.42
Salpingooforectomía Izq.	2	5.71
Salpingooforectomía Bilateral	3	8.57
Salpingectomía Bilateral	1	2.86
Histo. Vaginal y correcciones	7	20.00
Correcciones	2	5.71
Corrección de cistocele	1	2.86
Histo. Radical tipo Wertheim	5	14.28
Resección en cuña de ovarios	1	2.86
Vulvectomía Radical	1	2.86
	35	100.00%

El número mayor de pacientes fue sometido a intervención quirúrgica por vía abdominal 24 pacientes 69%, 11 pacientes fueron sometidas a operación por vía vaginal 31%, presentándose en nuestro estudio el mayor número de complicaciones en las pacientes

sometidas a intervención vía abdominal.

La incidencia de morbilidad operatoria para el total de pacientes estudiadas corresponde a un 6.8% de las cuales la mayor frecuencia ocurrió en Histerectomía abdominal total, siguiendo en el orden correcciones y operación de Wertheim.

CUADRO # 9

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

TIEMPO DE OPERACION

Tiempo en horas		No. de Casos	%
0.30	1.00 hrs.	6	17.14
1.05	2.00 "	12	34.30
2.05	3.00 "	11	31.42
3.05	4.00 "	3	8.57
4.05	5.00 "	3	8.57
		35	100.00%

El total de horas empleadas para los 35 casos fue de 71 hora, las cuales hacen un promedio de 2 horas; referido a nuestro cuadro observamos que el mayor porcentaje se encuentra entre 1.05 a 3.00 horas, haciendo un total de 23 casos, con porcentaje de 65.7%. Creemos que a pesar de haber sido en la mayoría complicaciones que se corrigen en el mismo acto quirúrgico, el tiempo es el que usualmente se emplea para este tipo de operaciones.

CUADRO # 10

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

ANESTESIA UTILIZADA

Tipo de Anestesia	No. de Casos	%
General	22	62.85
Raquídea	8	23.50
Epidural	2	5.73
Asociados	3	8.5
	35	100.00

El tipo de anestesia más utilizada en las pacientes estudiadas, fue la anestesia general; 22 casos = a 62.8% en segundo lugar anestesia Raquídea: 8 casos = 23.5%. En tercer lugar la Epidural 2 casos = 5.7%. Tres casos de anestesia asociada = a 8.5%.

Se debe todo esto a que el tipo de operación se efectuó por vía abdominal en la mayoría de los casos, necesitándose para tales, relajación mayor de las pacientes.

CUADRO # 11

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA
TIPO DE COMPLICACION

Tipo de Complicación	No. de Casos	%
Lesión iatrogénica de Vejiga	9	25.74
Lesión iatrogénica de Intestino	6	17.14
Hemorragia del Muñón y de Vasos	10	28.56
Ligadura de Uréteres	5	14.28
Fístulas Vésico vaginales	5	14.28
	35	100.00%

Las lesiones encontradas en nuestro estudio en orden de frecuencia: a) Lesión iatrogénica de Vejiga : 9 casos = 25.74%. b) Lesión de Intestino: 6 casos = 17.14%. c) Hemorragia del Muñón y de Vasos: = 10 casos = 28.56%. Ligadura de Uréteres 5 casos=14,28%. Fístulas Vésico Vaginales 5 casos = a 14.28%.

Estos datos concuerdan con un estudio efectuado en México en el año de 1972 en los cuales el porcentaje encontrado en ese estudio fue similar.

En nuestros casos, esto estuvo condicionado por los problemas que conlleva el tipo operación que se efectúe, la técnica empleada y los antecedentes de Cirugía previa que distorcionan la Anatomía Normal de la Pelvis. Las Fístulas mencionadas y 3 de los casos de Ligaduras de Uréteres fueron diagnosticados tiempo después del acto quirúrgico.

CUADRO # 12

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

COMPLICACION DE ANESTESIA

Complicación	No. de casos	%
Sin complicación	25	71.5
Paro respirtatorio Hipotensión	2	5.7
Cefalea Pos Raqui-Anestesia	6	17.1
Naúseas Vómitos Post Op. y Anestesia General	2	5.7
	35	100.00%

El mayor tipo de complicación de anestesia fue Cefalea Post Raqui-Anestesia. 6 casos + 17.1%. Paro respiratorio e Hipotensión en 2 casos =. 5.7%, resueltos en el momento de la Operación. En 25 casos = 71.5% no existió ningún problema secundario a Anestesia. Es muy importante hacer notar el control Pre Operatorio que debe seguirse en pacientes que van a ser operados para prevenir complicaciones de

Anestesia y/o de otros.

CUADRO # 13

MORBILIDAD OPERATORIA EN CIRUGIA GINECOLOGICA

DESCUBRIMIENTO DE LA LESION

Descubrimiento	No. de casos	%
Durante la operación	23	65.87
En Post. Op. Inmediato	6	17.14
En Post. Op. Tardío	6	17.14
	35	100.00%

Las complicaciones operatorias fueron descu - biertas en su mayor número en 23 casos = 65.8%, durante la operación. En los 12 casos restantes =34.2% se descubrieron en el Post. Operatorio Inmediato y Tardío; esto disminuye el porcentaje de muertes o invalidez, pues la reparación de la Lesión se puede efectuar en el transcurso mismo de la Operación.

CUADRO # 14

MOBILIDAD OPERATARORIA EN CIRUGIA GIENECOLOGIA

REPARACION DE LA LESION

Reparación	No. de Casos	%
Sutura en 3 planos	16	46.00
Ligadura de vasos	7	20.00
Observación	3	8.6
Reimplante de Uréteres	5	14.3
Cierre de Fístula	4	11.4
	35	100.00%

El procedimiento de reparación de las Lesiones presentadas por nuestros casos, no presenta discusión, pues revisados los records operatorios, se utilizó la técnica adecuada, no presentando complicaciones posteriores a ella en el tiempo prudencial de control de las pacientes.

CONCLUSIONES

1. El mayor número de pacientes intervenidas, estuvo comprendido entre los 30 a 39 años de edad haciendo un porcentaje de 34.38%.

2. El 31.42% de las pacientes, ingresó con impresión clínica de Metrorragias sec. a útero fibroide.

3. La citología previa, fue efectuada en el 74.3% de todas las pacientes.

4. El 69% de nuestras pacientes tenía antecedente de cirugía anterior, de las cuales el 17% fue de tipo ginecológico: Cesáreas, Pomeroy, Laparatomías.

5. El tiempo previo de cirugía anterior para ser sometidas a nueva intervención, estuvo dentro de los límites aceptables 52% del total de pacientes.

6. El 69% de pacientes tuvo intervención por vía

vaginal.

7. El tiempo empleado en las intervenciones, fue el que generalmente se usa en operaciones de este tipo aún con complicaciones.

8. La anestesia utilizada con mayor frecuencia, fue la anestesia general 62.8%.

9. La región anatómica que con mayor frecuencia sufrió lesión, fue la vejiga 25.7% condicionada por errores en el manejo de técnica y de problemas de tipo anatómico, séptico etc.

10. La incidencia de lesiones a uréteres y de fístulas se reportó en el 28.6% de los casos, en forma similar a los hallazgos en México en 1972.

11. La hemorragía fue el segundo hallazgo más frecuente 28.56%, debido a la mala ligadura de vasos efectuada durante el acto quirúrgico mala técnica y/o material de mala calidad.

12. Complicaciones de anestesia se presentó en un

número menor de pacientes, siendo controlado-el problema durante el procedimiento.

13. Las complicaciones fueron descubiertas en el momento de la operación 65.8%, efectuándose la reparación debida.

14. El tiempo promedio de hospitalización fue de 10 días, para las pacientes con complicación.

15. Anatomía patológica de la pieza operatoria fue efectuada en el mayor porcentaje de los casos 91%.

RECOMENDACIONES

1. Efectuar una evaluación completa de las pacientes desde el punto de vista clínico y de laboratorio previa a la intervención quirúrgica, de acuerdo a la edad y otras necesidades.

2. Elección y revisión de la técnica a emplear más adecuada según el caso.

3. Recomendar a la sección administrativa del hospital General San Juan de Dios, respecto a el mantenimiento del instrumental de sala de operaciones, debiéndose descartar todo aquel que se considere deficiente.

4. Preparación local de la paciente de acuerdo al caso, por personal de efermería.

5. Utilización de sonda nasogástrica en pacientes que serán intervenidas sin haber tenido preparación previa, ni medicación, debido a la urgencia con que se efectúe.

6. Designación de la anestesia adecuada, previa evaluación, por condiciones especiales inherentes al personal de anestesiología.

7. Exploración previa al uso de la técnica, para detectar posibles problemas de tipo anatómico, séptico, etc.

8. Tener presente los antecedentes quirúrgicos de las pacientes para elegir la conducta más apropiada.

9. Mantener una exposición adecuada durante el procedimiento.

10. Evitar el pinsamiento y ligadura en bloque sin identificar previamente estructuras anatómicas.

11. No realizar secciones a ciegas.

12. Tener la seguridad, cuando se sospeche, que las lesiones han sido exploradas y reparadas - en el acto.

13. Evitar el uso frecuente de la disección roma

(torunda-compresa), por la desvitalización efectuada sobre los tejidos.

14. Revisión adecuada al cerrar la cúpula vaginal de tejidos adyacentes para identificar estructuras.

15. Recurrir a cirujanos especialistas cuando la lesión realizada ocurra en áreas que se cataloguen como fuera de la especialidad.

16. Esperar el tiempo prudencial para la reparación de una fístula, para obtener óptimos resultados.

17. Solicitar la obtención de recursos suficientes y adecuados, y no conformarnos con trabajar sólo con lo que se cuenta desde tiempos pasados.

BIBLIOGRAFIA

1. Bastidas, Sergio y Gloria M. López. Incidencia y manejo de lesiones y fístulas urogenitales en cirugía radical para Ca de cérvix. Ginecología y Obstetricia de México 35 (210): 449-458, abril 1974.

2. Bravo Sandoval, Jorge. La morbimortalidad en la histerectomía abdominal y en la histerectomía vaginal. Ginecología y Obstetricia de México 33 (199): 505-517, mayo 1973.

3. Bravo Sandoval, Jorge. La Morbilidad en histerectomía abdominal. Ginecología y Obstetricia de México 34 (86): 337-359, octubre - 1973.

4. Gómez Inés, Jaime y O. L. Pérez Bátiz. Problemas que presenta la histerectomía abdominal. Ginecología y Obstetricia de México 25 (147): 57-71, enero 1969.

5. Hoffman, R. L. Rupture of the spleen; a review and report of a case following abdominal histerectomy. Excerpta Médica Obstetrics and Gynecology 26 (3): 206-207, 1973.

6. Kaser, O. Errors and failures in operative gynecology, their cauces and their avoidoce. Excerpta Médica Obstetrics and Gynecology 26 (7): 448-489, 1973.

7. López, L. E. La histerectomía abdominal en los procesos benignos. Semana Médica de Centro

América y Panamá 22 (5): 6-10, agosto 15
6-10, agosto 15, 1973

. López Villegas, Jorge y J. L. Pérez de Salazar. Morbilidad en la histerectomía vaginal. Ginecología y Obstetricia de México 32 (194):567-570, diciembre 1972.

. Lourous, N. C. Suggestions and technique for what should be considered radical hysterectomy in carcinoma of the cervix. American Journal of Obstetrics and Gynecology 89 (4):432-438, Jun. 1965.

). Novak, E.R y H. W Jones. Fístulas. En su Tratado de Ginecología. Trad. por Alberto Folch y Pi. 8 ed. México, Interamericana, 1972. pp. 298-302.

1. Novel, J. Fístula arteriovenosa, un caso reportado en la literatura mundial post histerectomía abdominal total.

Excerpta Médica Obstetrics an Gynecology 26 (5): 342-343, 1973.

2. Shaw, Wilfred. Operation technique in surgery gynecologic. Texbook of Operative Gynecology pp 1304-1305, July 1954

3. Should, John. Operativa problems in surgery gynecologic. American Journal of Obstetrics and Gynecology 119 (6): 858-863, July 15, 1974.

4. Suárez Orantes, Aniceto. Urologic complications of cervicouterine cáncer. Surgery Gynecology and Obstetrics 117 (2): 159-160, August 1964.

Br. Manuel R. Castañeda C.

Dr. Victor Hugo González
Asesor

Dr. Otto Brolo H.
Revisor

Dr. Julio de León
Director de la Fase

Dr. Francisco Saenz B.
Secretario

Vo.Bo.

Dr.Carlos A. Soto
Decano