

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CIERRE POR TERCERA INTENCION DE DEHISCENCIAS
OPERATORIAS DE CESAREAS, EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN,
(Periodo: Enero-78 a Enero-81)

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

por

RONNY HENRY WOODS CONTRERAS

Previo a optar el título de

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. CONSIDERACIONES GENERALES
- VII. INTERPRETACION DE DATOS Y RESULTADOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

I.

INTRODUCCION

Las infecciones siguen ocupando el primer lugar en las complicaciones de cirugía obstétrica, siendo las de herida operatoria las más frecuentes; debido a la resistencia de ciertos gérmenes patógenos hacia los antibióticos, principalmente en áreas hospitalarias.

A pesar de los múltiples progresos logrados hoy en día, en la obstetricia quirúrgica, la evolución de una herida operatoria no siempre se lleva a cabo en forma normal y es de vital importancia la investigación sobre las complicaciones que conlleva la herida operatoria, para mejorar y evitar hasta donde sea posible que éstas se presenten en el período post operatorio y en cualquier momento puedan aparecer, los factores que hagan desencadenar una crisis, que le causara gran injuria, así como una situación emocional negativa a la paciente post cesarizada.

En consideración de lo anterior el presente trabajo de tesis es un estudio retrospectivo sobre: Cierre por Tercera Intención de Dehiscencias Operatorias de Cesáreas en el Hospital Nacional de Amatitlán. En el período de Enero de 1978 a Enero de 1981.

II.

ANTECEDENTES

1. En 1975 se efectuó un estudio sobre Morbilidad Materna post Cesárea en el Departamento de Obstetricia del Hospital del IGSS., encontrando morbilidad materna de 26.08o/o de un total de 700 casos, con predominio de la flora coliforme en las complicaciones infecciosas.
2. En 1976 un estudio retrospectivo de infección post cesárea en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, tomando en cuenta factores predisponentes en la infección no se lograron conclusiones reales del problema ya que la revisión se efectuó en dos meses (agosto y septiembre de 1974).
3. En 1978 se efectuó un estudio de mortalidad materna en el Departamento de Obstetricia del Hospital de Huehuetenango, se encontró una incidencia de cuadros infecciosos en cesáreas de un 23.91o/o sin especificar tipo de agente patógeno.
4. En 1980 se efectuó un estudio en el Hospital de Chiquimula sobre morbilidad materna post cesárea presentando dehiscencia de herida operatoria un 38.88o/o de un total de 18 pacientes que presentaron patología en una revisión de 150 casos.
5. En el Hospital Nacional de Amatitlán no existe ningún estudio previo sobre las complicaciones de heridas post operatorias de cesáreas.

III. OBJETIVOS

GENERALES:

1. Que el presente estudio pueda contribuir a estudios posteriores.
2. Contribuir al conocimiento de los principales problemas de salud, de acuerdo a la realidad nacional.

ESPECIFICOS:

1. Determinar el porcentaje de cierre por tercera intención en las dehiscencias de cesáreas en el Hospital Nacional de Amatlán.
2. Establecer el tiempo de recuperación de la paciente post cesari - zada después de cierre por tercera intención.
3. Determinar el tipo de material quirúrgico de sutura empleado en el cierre por tercera intención.
4. Analizar el tratamiento de acuerdo con el germen causal mediante estudios de laboratorio realizados previos al cierre por tercera intención.

IV.
HIPOTESIS

LA SOLUCION A LAS DEHISCENCIAS DE
HERIDAS POST CESAREAS, ES EL
CIERRE POR TERCERA INTENCION.

V.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Recursos Humanos:

1. Para la realización del presente trabajo, conté con la asesoría del Dr. Jorge Rolando Morales y la supervisión del Dr. Jorge Felipe Ovalle.
2. Personal del Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Amatitlán, facilitando la localización de los registros clínicos que comprenden el presente estudio.
3. Personal de Enfermería, de Maternidad y Sala de Operaciones de dicho hospital, facilitando la obtención de datos en estudio.

Recursos Materiales:

1. Edificio del Hospital Nacional de Amatitlán.
2. Departamento de estadística del mismo hospital.
3. Historias clínicas de Enero de 1978 a Enero de 1981 de pacientes que han sido intervenidas quirúrgicamente, efectuándoles cesárea y que por causas no determinadas se han infectado y han presentado dehiscencia en la herida operatoria; administrándoles como tratamiento el cierre por tercera intencion.
4. Bibliotecas: de El Colegio Medico, IGSS, INCAP y USAC.

METODO:

Para llevar a cabo los objetivos planteados, revisamos cuidadosamente los registros clínicos de las pacientes sometidas a cierre por tercera intención en cesáreas, en el período de enero de 1978 a enero de 1981; haciendo énfasis, en la recuperación del paciente, tipo de tratamiento, material de sutura y el porcentaje de cierre por tercera intención en cesáreas.

VI.**CONSIDERACIONES GENERALES****ANTISEPSIA Y TECNICA:**

La infección de las heridas ha constituido problema para los cirujanos, sin embargo no existe acuerdo unánime respecto a todos los factores relativos a la causa y prevención de infecciones.

Las infecciones de las heridas se clasifican de acuerdo a microorganismo causal, tipo de operación, tejido u órgano afectado, o extensión de la infección pero esto dificulta la interpretación. Muchos autores consideran infección el hecho de la presencia de secreción purulenta, otros incluyen en la infección eritema de los bordes de la herida.

Abordaremos el estudio según:

1. Microorganismos infectantes.
2. Paciente y enfermedad.
3. Medio ambiente, equipo y personal.
4. Técnica operatoria y
5. Papel de los antibióticos.

MICROORGANISMOS INFECTANTES:**Tipo:**

El mayor porcentaje de infecciones es a estafilococo, luego le sigue E. coli, proteus vulgaris, pseudomonas, aerobacter aerogenes, enterococos o estreptococos anaerobios.

Procede señalar que microorganismos en un tiempo no patógenos ahora son productores de infecciones.

Número de Microorganismos:

El tipo y virulencia de los microorganismos influirá en el desarrollo de la infección, así como también el número de microorganismos presentes. La dosis mínima formadora de pus de *Staphylococcus* por inyección intradérmica debería ser no menor de un millón de microorganismos, para producir infección. En una sutura de seda bastarían 100 microorganismos para producir infección.

Se desconoce exactamente por qué los cuerpos extraños ejercen efecto tan nocivo.

Frecuencia de la Infección:

Las heridas pueden clasificarse como siguen, según la probabilidad de contaminación.

1. **LIMPIA:** Operación en circunstancias asépticas sin defectos de técnica y sin reacción inflamatoria.
2. **LIMPIA-CONTAMINADA:** Igual que la anterior, pero con abertura o sección de vísceras con bacterias.
3. **CONTAMINADA:** Resultado de violencia acompañada de vaciamiento de una víscera hueca complicada por fallas técnicas.
4. **SUCIA:** Caracterizada por expulsión de materias fecales, secreciones o por drenaje de material purulento.

La contaminación es inevitable en los 2 últimos grupos.

En un estudio epidemiológico se comprobó que el 68o/o de heridas limpias tienen proliferación bacteriana. Por lo tanto el cirujano debe suponer que todas las heridas operatorias contienen bacterias.

Origen de las Bacterias:

El paciente mismo es una fuente de infección, así como el personal de las salas hospitalarias. El 80o/o del personal de hospitales es portador de estafilococos.

Se ha comprobado que la terapéutica antibiótica ejerce poco efecto, quizá ninguno sobre la frecuencia total de portadores.

Las manos del personal del equipo figuran como fuente de infección en 60o/o de los casos: nariz y garganta 14o/o, la nariz o piel del paciente 50o/o, aire existente sobre la herida 68o/o.

Además se comprobó un índice de infección del 60o/o en pacientes hospitalizados 2 días o menos, mientras que dicho índice se elevó a 14o/o en pacientes hospitalizados 3 semanas o más antes de la operación.

El Paciente y su Enfermedad:

La índole de éstos factores impide que el cirujano pueda modificar las probabilidades de infección por ejemplo: la edad, está relacionada directamente con la frecuencia de infección post operatoria.

La obesidad actúa como factor contribuyente y ciertas enfermedades como la diabetes, cirrosis, leucemia y uremia, están relacionadas con aumento de infección.

Medio Ambiente Equipo y Personal:

A pesar de las enormes mejorías introducidas en las salas de operaciones, es todavía remota la posibilidad de una esterilización completa.

Ha quedado plenamente demostrada la imposibilidad de esterilizar por completo la piel del paciente.

Procede estudiar el aseo del quirófano, la limpieza y esterilización de los instrumentos, la preparación y esterilización del material a usarse y otros muchos detalles que constituyen obligación del personal de sala de operaciones.

Estudios han demostrado que la tercera parte aproximadamente de los guantes utilizados durante la operación presentan perforaciones o desgarros. Un estudio interesante demostró que pueden pasar 18,960 estafilococos en 20 minutos a través de un orificio de aguja en un dedo de guante. Esta información indica que las manos del personal del equipo son una posible fuente de contaminación que puede controlarse, al menos en parte, por atención cuidadosa a la técnica de aseo y por conservación de guantes intactos.

Técnica Operatoria:

Desde el punto de vista de la técnica, cualquier factor que interfiera con la cicatrización de la herida, aumentará la posibilidad de infección.

Las incisiones y disecciones deben ejecutarse con bisturí, ya que se destruyen menos células que cuando se recurre a la disección roma.

Los vasos sanguíneos deben pinzarse con la menor cantidad posible de tejido adyacente y anudados con la ligadura más firme. Se debe hacer buena hemostasia ya que los coágulos actúan como cuerpo extraño y son excelente medio de cultivo para las bacterias.

La selección de suturas es importante, pero quizá lo sea más el uso apropiado de las mismas, los cuales deben aplicarse sin extrangulación de los tejidos o implantación excesiva de cuerpo extraño.

En cuanto al uso de antibióticos profilácticos, el cirujano no conoce el tipo exacto de bacterias potencialmente infectantes, ni la sensibilidad del microorganismo al antibiótico seleccionado.

En un estudio de operaciones potencialmente contaminadas se administraron 3 dosis de 600,000 U de penicilina G., 1 g. de Meticilina y 200 mg. de cloranfenicol, se administró: 1ra. dosis una ó dos horas antes de la operación; 2a. en acto operatorio; 3ra. dosis en sala de recuperación. Obteniendo el 80/o como índice de infección en contra de aquellas a las que no se les administró (270/o).

Suturas:

La elección del material y calibre de la suturas y ligaduras depende en gran medida del objetivo que pretenda cubrir y el criterio del cirujano.

Las suturas se clasifican en absorbibles como el Catgut y no absorbibles como seda, algodón, hilo metálico y suturas sintéticas.

Catgut y Colágena:

El intestino quirúrgico o Catgut consta esencialmente de colágena y es sutura de colágena estirada por presión a partir de tendones flexores profundos de bovinos que se tratan con enzimas proteolíticas.

El Catgut y la Colágena pueden ser simples o cromizadas que son de absorción más lenta.

Las suturas de colágena son más lisas y más uniformes, con menos tendencia a deshilacharse que el Catgut.

El Catgut 00 posee una resistencia a la tracción de 5 Kg. de fuerza y el nudo la mitad aproximadamente.

Los índices de pérdida de resistencia varían según los lugares donde se coloca la sutura. El Catgut simple pierde resistencia más rápidamente.

Reacción Tisular:

La reacción inicial consiste en la aparición de histiocitos, linfocitos, fibroblastos y algunos leucocitos polimorfonucleares y capilares, gradualmente estos elementos son sustituidos, por tejido fibroso en trance de maduración cuando comienza la absorción, adquieren predominio los mononucleares, adheridos a la superficie de la sutura.

Suele emplearse Catgut cuando se necesita una sutura fuerte, tan sólo durante la primera o segunda semana de la cicatrización y en aquellas técnicas quirúrgicas en que se desea absorción de la sutura.

Se recurre al Catgut cuando existe posibilidad de infección, basándose ésta indicación en que en caso de infección, el Catgut es absorbido rápidamente, mientras que otros no absorbibles permanecen en el foco de infección.

Seda:

Filamento continuo de proteína elaborado por gusano tipo Bombyx Mori, es la sutura no absorbible más usada donde el nudo se conserva bien, no es tan fuerte como el Catgut y es más débil que los sintéticos pero más fuerte que el algodón, aunque clasificada como no absorbible la seda desaparecerá lentamente de los tejidos, aunque el ritmo es variable y el proceso puede durar muchos años.

La seda conserva resistencia adecuada y produce escasa reacción tisular. En una sutura continua, la capilaridad del cordón de multifilamentos puede dar lugar a diseminación de la infección. Cuando hay infección en una herida suturada con seda, debe quitarse la sutura ya que actúa como foco de infección.

Algodón:

Es en esencia los hilos enrollados y plegados de la planta de algodón. Se manipula y anuda bien, aunque no tan fuerte como la seda conserva su resistencia mejor que la seda. Las fibras se desprenden del cordón principal aumentando la reacción tisular global. La principal ventaja del algodón es su bajo costo, pero en ningún momento sustituye a la seda.

Metales:

Hilos de acero inoxidable mono o multifilamentosos se han convertido en una sutura popular, tienen dificultades para su manipulación, se anuda perfectamente, es fuerte y mientras no se fragmenta, es escasa la pérdida de resistencia en los tejidos, da muy escasa reacción tisular, causa cierto efecto de corte en los tejidos.

Materiales Sintéticos:

Los más populares son nylon, dacrón y polipropileno que son largas cadenas de polímeros, el dacrón suele usarse como multifilamentoso y el polipropileno como monofilamento, sus inconvenientes, la dificultad para hacer nudos firmes y su tendencia a desprenderse en los tejidos; el nylon monofilamentoso es menos satisfactorio desde este punto de vista.

Las suturas con estos materiales son más fuertes que el Catgut, seda o algodón, pero más débil que el hilo metálico, casi no tienen pérdida de resistencia, quizá ninguna.

La reacción tisular consiste en la formación de una capa de tejido conectivo pero la reacción global es ligera. Las ventajas son su resistencia que perdura inalterable y la escasa reacción tisular.

Acido Poliglicólico:

Filamento sintético absorbible es un polímero del ácido glicólico (Acido Hidroacético). Se manipula mejor que la seda, se anuda fácilmente y el nudo persiste perfectamente bien. La resistencia es un poco mayor que la del Catgut. La absorción del ácido poliglicólico, casi siempre completa a los 4 meses.

Dehiscencia de Herida Operatoria:

Definición: Dehiscencia del latín - en cirugía: Separación sin desgarro de las partes de un órgano en la línea de unión.

Dehiscente: del latín dehiscens de dehiscere, abrirse, este de hiscere, y este de hiare.

Descripción de Herida Operatoria:

Hay varios tipos y grados de disrupción (rupturas), que pueden ocurrir siendo la más sencilla, la separación por pobre cicatrización o supresión prematura de los puntos de sutura.

Es sorprendente que el análisis de grandes series de casos revela que el accidente (dehiscencias) no está relacionada con el material de sutura empleado. La dehiscencia de herida operatoria se da, del segundo al 5o. día (24o/o) después de la operación y el 55o/o entre el 6o. y el 9o. días post operatorio. El 2lo/o restante después del noveno día.

Siguiendo la secuencia normal de apareamiento de los factores contribuyentes a la dehiscencia tenemos:

En el Pre Operatorio:

- a) Mal nutrición; b) Anemia crónica; c) Hipoproteinemia; d) Hemorragia recurrente con o sin shock; e) Tactos vaginales;

- f) Ruptura prematura de membranas.

En el Per Operatorio:

- a) Selección inadecuada del material de sutura o mala técnica de la misma;
- b) Hemostasis descuidada;
- c) Incisión más larga de lo normal;
- d) Derrame de líquido amniótico a cavidad peritoneal.

En el Post Operatorio:

- a) Arcadas;
- b) Distensión intensa;
- c) Esfuerzos de la pared abdominal por: tos, risa, estornudos, hipo, conducta maniaca con actividad motora incontrolable;
- d) Ascitis;
- e) Uremia;
- f) Infección.

Diagnóstico:

Standervers llegó a la conclusión de que en muchos casos el paciente se encuentra en sala de operaciones cuando comienza el desgarro, (dehiscencia). Un factor, el violento reflejo de tos, producido al retirar el tubo endotraqueal mientras el paciente se encuentra con anestesia superficial.

El dolor vivo corto en una herida abdominal (cesarea) pre-espitado por tos, vómitos, etc., es indicio de disrupción de la herida; la presencia de fiebre o fluido serosanguinolento indica dehiscencia o infección.

Debe cultivarse y hacer frote del material seroganguinolento o purulento. Si en el mismo no se aprecian bacterias o son escasas se tratará de una disrupción y deberá abrirse en sala de operaciones y los bordes separados deben afrontarse (cierre por Segunda Intención).

Tratamiento:

El tratamiento es multifactorial. Cuando las separadas son las capas profundas la manifestación es fluido serosanguinolento. Puede reoperarse o no, lo cual se decide por el estado del paciente y el criterio del cirujano.

De la hábil discriminación de los casos que deben tratarse inmediatamente con una nueva sutura, las que deben volver a ser suturadas en forma diferida y las que requieren tratamiento médico.

Técnicas Generales de Cierre:

Peritoneo: Se aplican puntos continuos, es debatible si se sutura o no. Cuando la fascia posterior está bien cerrada, resulta dudoso que la sutura del peritoneo contribuya a prevenir una hernia de la incisión. Para el cierre peritoneal, el material de elección será delgado y absorbible.

Fascia: La técnica más usada es la de puntos separados. La fascia es el tejido más resistente de la pared abdominal, la que cicatriza muy lentamente no alcanza su fuerza máxima antes de muchos meses, generalmente más de un año. Dado el tiempo de cicatrización y la lesión máxima de la herida, el material más indicado sería no absorbible y de tamaño mediano.

Piel: Puede hacerse el cierre con puntos separados o continuos y el material será no absorbible con aguja cortante curva o una aguja recta de costurero o la de Keith.

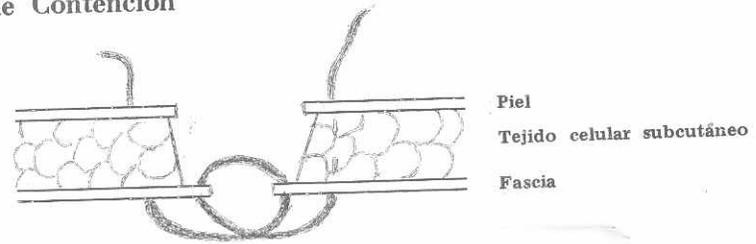
En la capa basal las células epiteliales se aplanan y comienzan a emigrar a la zona de la herida. Estas células migratorias se trasladan sólo en tejido vivo. Por lo tanto, descienden por el borde de la herida, hasta alcanzar tejido vivo ileso en la base de la misma para establecer contacto con células análogas que vienen del lado opuesto. Es necesario que los bordes de la herida se unan de manera precisa y estrecha a fin de evitar la formación de una cicatriz profunda y poco estética.

TECNICA QUIRURGICA DE CIERRE POR TERCERA INTENCION:

Como primer paso para el cierre por tercera intención se necesita que la dehiscencia este completamente sin infección.

En sala de operaciones bajo efectos de anestesia local o general (si el caso interesa útero) se procede a lavado y debridamiento de los bordes de la herida que presenten tejido cicatrizal, y se procede a ligadura de vasos sanguíneos, posteriormente se sutura fascia con puntos de contención, separados, se procede al afrontamiento de tejido celular subcutáneo empleando un material de absorción lenta (Catgut Crómico), y como último paso a cerrar piel con algodón entre los puntos separados de contención, a los cuales se les puede colocar botones para evitar la razgadura de piel.

Puntos de Contención



VII.

INTERPRETACION DE DATOS Y RESULTADOS

CIERRE POR TERCERA INTENCION POST CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN:

En el análisis me refiero al estudio que se efectuó a seis pacientes que por causa no determinada se cesarizaron y que presentaron dehiscencia de herida operatoria y como tratamiento se les efectuó cierre por tercera intención; en el período de enero de 1978 a enero de 1981, estando las pacientes en las edades de 15 a 36 años, y como promedio la edad de 21 años.

CUADRO No. 1
TIPO DE INCISION EN CESAREA

Tipo	No. Casos	o/o
Mediana Infraumbilical	431	99.54
Transversa	2	0.46
Total	433	100.00

CUADRO No. 2

EN CESAREA:

MATERIAL DE SUTURA USADO EN FASCIA

Fascia	No. Casos	o/o
Algodón	386	89.15
Seda	47	10.85
Nylon	---	---
Catgut Crómico	---	---
Acero Inoxidable	---	---
Total	433	100.00

CUADRO No. 3

EN CESAREA

MATERIAL DE SUTURA UTILIZADO EN PIEL

Piel	No. Casos	o/o
Algodón	433	100.00
Seda	---	---
Acero Inoxidable	---	---
Nylon	---	---
Total	433	100.00

CUADRO No. 4

TIPO DE CESAREA-RELACION INFECCION

Cesárea	No.	No. Casos con infección	o/o
C.S.T.P.	433	32	7.40
Corporea	---	---	---
Total	433	32	7.40

En el cuadro No. 1 se representa el tipo de incisión efectuado en las cesáreas; representando el 99.54o/o de los casos, que en total fueron 433 la incisión mediana infraumbilical y el 0.46o/o lo representa la incisión transversa.

Cuadro No. 2: La sutura de la fascia en el 89.15o/o se efectuó con algodón y el 10.85o/o se hizo con seda; de los 433 pacientes que se suturaron.

Cuadro No. 3: La piel en el 100o/o de los casos se efectuó con algodón.

Cuadro No. 4: En este cuadro se relaciona el tipo de cesárea y los casos con infección. El 100o/o de cesáreas se efectuó la segmentarea transperitoneal (CSTP) y de estas (433) se infectaron 32 pacientes constituyendo el 7.40o/o.

CUADRO No. 5
INTEGRIDAD DE MEMBRANAS Y FIEBRE COMO
SIGNO DE INFECCION

Ruptura de Membranas Tiempo Evolución en Hrs.	No. Casos	o/o	Días post CSTP aparición fiebre
Menos de 6 hrs.	3	50.00	4
Más de 6 hrs.	1	16.67	3
Membranas enteras	2	33.33	8
Total	6	100.00	15

En este cuadro vemos que el 50o/o de los casos presentó fiebre (por arriba de 38.5°C) al 4o. día post-operatorio con una ruptura de membranas de menos de 6 hrs. de evolución. El 16.67o/o de casos presentó fiebre a los 3 días de cesarizada, con más de 6 hrs. de evolución, y el 33.33o/o que corresponden a 2 casos de los 6 que se les efectuó cierre por tercera intención, presentaron fiebre a los 8 días después de la cesárea.

CUADRO No. 6
DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Laboratorio de Secreción de Herida			No. Casos	o/o
Cultivo	Frote	Otros		
		No se tomó	4	66.67
	Diplococos Gram negativos		1	16.66
Estafilococo Albus	Estafilococo Albus		1	16.67
Total			6	100.00

Del total de casos no se efectuó ningún examen de laboratorio a 4 casos que representa el 66.67o/o y dando como resultado el frote de secreción de herida diplococos gram negativo s en 16.66o/o, que corresponde a un caso cultivo y frote se le efectuó a una paciente dando el diagnóstico estafilococcus Albus que corresponde también a 16.67o/o.

CUADRO No. 7
ANTIBIOTECOTERAPIA MAS FRECUENTE

Asociación	No. Casos	o/o
Penicilina y Cloranfenicol	4	66.67
Penicilina Gentamicina	2	33.33
Total	6	100.00

La asociación más frecuente de antibióticos utilizada en las dehiscencias de cesárea fue la penicilina-cloranfenicol presentando un 66.67o/o y penicilina-gentamicina un 33.33o/o de los 6 casos que se les dió tratamiento con el cierre por tercera intención a pesar que hubo una paciente que recibió indiscriminadamente penicilina-cloranfenicol, gentamicina, prostafilina, eritromicina, tetraciclina y ampicilina para eradicar la infección.

CUADRO No. 8

PUNTOS DE CONTENCION
CIERRE POR TERCERA INTENCION
MATERIAL DE SUTURA EN FASCIA

Fascia	No. Casos	o/o
Algodón	4	66.67
Seda		
Nylon	2	33.33
Acero inoxidable		
Total	6	100.00

Los puntos de contención que se colocaron en fascia todos fueron separados y a 4 pacientes se les aplicó algodón lo que constituye el 66.67o/o y a 2 pacientes se les efectuó cierre de fascia por tercera intención con nylon constituyendo el 33.33o/o de todos los casos.

CUADRO No. 9

CIERRE POR TERCERA INTENCION
PUNTOS DE CONTENCION EN PIEL

Piel	No. Casos	o/o	Promedio botones	o/o
Algodón	4	66.67	2	40
Nylon	2	33.33	3	60
Total	6	100.00	5	100

Para el cierre de piel por tercera intención en el 66.67o/o se utilizó algodón con 2 botones por dehiscencia como promedio y en el 33.33o/o se utilizó nylon monofilamento con un promedio de 3 botones, lo que constituye un 60o/o en el uso de botones.

CUADRO No. 10

TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE LAS
DEHISCENCIAS POST CESAREA

Tipo de Tratamiento	No. Casos	Rehabilitación días promedio	Antibióticos días promedio	o/o
Cierre por tercera intención	6	6.84	18.50	18.75
Tx Médico	26	18.46	42.60	81.25
Total	32	25.20	61.10	100.00

El tratamiento de las dehiscencias consistió en: tratamiento médico y tratamiento con cierre por tercera intención.

El tratamiento médico: Se efectuó en 26 casos de los 32 que presentaron dehiscencia, lo cual representa el 81.25o/o y el promedio de rehabilitación es de 18.46 días. Con antibióticos permanecieron 46.2 días como promedio para poder dar egreso.

Cierre por tercera intención como tratamiento quirúrgico: Se efectuó en 6 pacientes del total de casos (32) lo que representa el 18.75o/o, los cuales necesitaron 6.84 días como promedio para su rehabilitación después del cierre por tercera intención. Además necesitaron 18.50 días de tratamiento con antibióticos para someterse al cierre por tercera intención. La condición del tratamiento requiere que la herida no presente infección.

VIII.

CONCLUSIONES

1. El 94.58o/o de suturas se efectuaron con algodón presentando la incisión infraumbilical 7.40o/o de infección.
2. El 16.67o/o de casos presentó fiebre a los 3 días de cesarizada con más de 6 horas de evolución de membranas ovulares rotas.
3. El 66.67o/o de casos no se efectuó ningún examen de laboratorio de la secreción de la herida infectada.
4. La asociación de penicilina-cloranfenicol fue la más frecuentemente usada (66.67o/o) en la prevención de infección.
5. El uso indiscriminado de antibióticos y el tratamiento profiláctico como mal manejo del paciente.
6. El material de sutura más utilizado en el cierre por tercera intención fue el algodón en el 66.67o/o. Y el nylon monofilamento se aplicó en el 33.33o/o de los casos.
7. El cierre por tercera intención representa el 18.75o/o de tratamiento con 6.84 días como promedio para su rehabilitación.

IX.

RECOMENDACIONES

1. Que el conocimiento de la asepsia y antisepsia en el material operatorio y en sala de operaciones reviste vital importancia en la producción de cuadros infecciosos.
2. Deberá considerarse sistemáticamente la presencia de factores contribuyentes a la dehiscencia de herida operatoria de cada paciente, en los períodos pre, per y post operatorio.
3. La importancia de conocer el cuadro clínico de la dehiscencia aunque en la mayoría de las veces no ofresca dificultad, para su tratamiento.
4. Debe conocerse bien las técnicas generales de cierre en cuanto a tipo de sutura y material a emplear así como su aplicación a las pacientes de alto riesgo de dehiscencia; sean éstas cierre en varios planos o en uno sólo, así como el cierre por tercera intención.
5. Efectuar exámenes de laboratorio a las secreciones de las infecciones, para no administrar antibióticos indiscriminadamente, ya que esto redundaría en la economía del centro asistencial, y pérdida de tiempo.

X.

BIBLIOGRAFIA

1. Munro Kerr's. Operative Obstetrics. Octava Edición, 1971. Págs. 528-547.
2. Parsons/H. Ulfelder. Atlas de Operaciones Pelvianas. 6a. Ed. México, 1970.
3. Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. 2da. Edición, México. Ed. Manual Moderno. 1969. Págs. 551 a 555.
4. De León, Erick Mauricio. Operación Cesárea (Tesis). Guatemala, mayo 1979.
5. Jocol, Sergio Alfredo. Dehiscencia de Herida Operatoria (Tesis). Guatemala, Septiembre 1980.
6. Ernest Janetz, Manual de Microbiología Médica. Ed. Manual Moderno. 5a. Edición. Méx. 1973.
7. Sabiston, David C. Tratado de Patología Quirúrgica. 10a. Edición. México 1974.
8. Schwarcz, Ricardo, et al. "Obstetricia". El Ateneo. Pedro García S. A. Buenos Aires 1977. Págs. 557 - 641.
9. Hellman, M., Louis y Pritchard, A. J. "Williams Obstetricia", Salvat Editores, S. A. Barcelona, Madrid 1973. Págs. 723 - 805.

Br. 
Ronny Henry Woods Contreras

Dr. 
Asesor.
Dr. Jorge Rolando Morales

Dr. 
Revisor.
Dr. Jorge Felipe Ovalle

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim

Dr. 
Secretario
Dr. Raúl Castillo Rodas

Vo. Bo. 
Dr. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo