

112313  
2ej  
①

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

CLINICA HOSPITAL ZONA II No. 1

MEXICALI, BAJA CFA.

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
CLINICA HOSPITAL ZONA II, No. 1 MEXICALI, BAJA CFA.**

*RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR*

**TEMA: "SEPTICEMIA EN PACIENTES POSTQUI-  
RURGICOS DE CIRUGIA GENERAL Y GINECO-  
OBSTETRICIA Y SUS REPERCUSIONES EN  
LA DINAMICA FAMILIAR."**

REALIZADO POR:

**DRA. CECILIA MURO MIRAMONTES**

ASESOR

**DR. JORGE OLIVARES ESQUER**

MEXICALI, B. C.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

DICIEMBRE 1983



**IMSS**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *INDICE GENERAL.*

*1.- PROLOGO .*

*2.- INTRODUCCION.*

*3.- MARCO TEORICO*

*3.1 Definiciones.*

*3.2 Datos Generales.*

*3.3 Vigilancia de Pacientes Graves.*

*3.4 Datos Estadísticos.*

*3.5 Peritonitis.*

*3.6 Infecciones Quirúrgicas de las Vías Genitales Femeninas.*

*3.7 La Familia.*

*4.- SEPTICEMIA EN PACIENTES POSTQUIRURGICOS DE CIRUGIA GENERAL Y GINECO\*OBSTETRICIA Y REPERCUSSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.*

*4.1 Introducción.*

*4.2 Material y Método.*

*4.3 Resultados.*

*4.4 Conclusiones.*

*4.5 Anexos.*

*5.- BIBLIOGRAFIA .*

## PATOLOGO

*El médico es el profesional de la Salud, el cual en su ejercicio diario se encuentra con limitantes, interrogantes e inquietudes de los padecimientos, sus etiologías y fisiopatologías, enfrentándose frecuentemente a tener que admitir su desconocimiento de estos aspectos. Surge de esta forma la inquietud por investigar más profundamente un determinado aspecto de estas cuestiones.*

*Esta investigación lo llevará a aumentar sus conocimientos mediante la resolución a esas interrogantes planteadas, cuando tiene en sus manos el resultado de su esfuerzo diario, de su dedicación a la investigación se plantean medidas preventivas tendientes a mejorar la atención de sus pacientes.*

*Considero que el compromiso de el profesional de la medicina es mayor que el de cualquier otro profesionista dado que esta tratando con seres humanos, los cuales confían en que la persona que han elegido para confiarle su salud y bienestar es la idónea y mejor capacitada.*

*El médico Familiar tomando en cuenta su preparación en las áreas técnico-administrativas, técnico-médicas y de enseñanza e investigación, su compromiso es mayor tanto para consigo mismo como para con sus pacientes buscando siempre el bienestar Familiar.*

*La inquietud para realizar un estudio como el presente nace al observar la evolución y manejo de pacientes jóvenes, en edades productivas y reproductivas, las cuales ingresan a una Institución de salud con expectativas alentadoras y desgraciadamente la evolución de las mismas no es la esperada, se prolonga su estancia intrahospitalaria, sus condiciones generales llegan a ser críticas, se eleva el número de intervenciones quirúrgicas que se deben efectuar, para finalmente llegar a un desenlace relativamente benigno al lograr sobrevivir a dicho episodio, pero desgraciadamente en otras ocasiones causa la defunción de los pacientes.*

*Se trata de analizar la problemática de Septicemia en Pacientes Postquirúrgicos, haciendo una comparación entre los servicios de Ginecología y Obstetricia y Cirugía General dado que en términos generales estaríamos en posibilidades de comparar los dos grupos de pacientes involucrados, en busca de medidas correctivas que nos encominen a una atención óptima a nuestros derechohabientes.*

## INTRODUCCION

En el presente trabajo se comprueba que los cuadros de Septicemia en pacientes postquirúrgicos se presentan en la gran mayoría por técnicas quirúrgicas deficientes por retraso en establecer el diagnóstico correcto y por lo tanto el retraso en la iniciación de el tratamiento adecuado, prolongando la estancia hospitalaria de los pacientes y aumentando de esta forma el costo de su manejo intrahospitalario.

En ocasiones estos pacientes ameritan intervenciones quirúrgicas que les limitan sus perspectivas de reproducción y además durante su prolongada estancia intrahospitalaria no están en condiciones de cumplir con sus roles establecidos en el núcleo familiar, con la consiguiente alteración en la dinámica Familiar.

Problemática esta que no solo interesa al médico tratante de segundo nivel que se encuentra adscrito a los servicios de Ginecología y Obstetricia y Cirugía General que son los directamente responsables de el manejo de estos pacientes, sino también interesa al médico de Terapia Intensiva, servicio al cual recurrimos para lograr las condiciones óptimas de manejo adecuado. También interesa al médico Familiar porque es el encargado de el manejo a posteriori de estos pacientes y sus familias, las cuales van a presentar alteraciones en la dinámica familiar y que seguramente acudirán a él, como el médico de primer contacto en el cual buscan el apoyo y la guía para positivamente su problemática.

## MARCO TEORICO

Iniciaremos por definir los términos mas empleados en este trabajo:

**SEPTICEMIA:** Estado morboso debido a la existencia en sangre de bacterias -- patógenas y/o productos de las mismas, que se traduce clínicamente mediante la identificación de dos o mas focos infecciosos que concurren en un paciente acompañado de el cortejo sindromático propio de el proceso infeccioso. (6)

**POSTQUIRURGICO:** Se denomina así al periodo comprendido desde el momento de dar por finalizado el acto quirúrgico hasta lograr la reincorporación de el paciente a su medio familiar, social y laboral.

**QUILIJOTACTISMO:** Es un movimiento direccional o intencional superpuesto a los movimientos ambientales normales, carentes de dirección, propios del glóbulo blanco. La rapidez de el movimiento no aumenta solo se realiza en una dirección constante. ( 11)

**INFECCION INTRAHOSPITALARIA:** Es la infección clínica presente en un paciente posterior a su ingreso hospitalario y que no se encontraba en el periodo de incubación a su ingreso. También incluye infecciones que se adquieren en el Hospital pero que se manifiestan hasta después que el paciente abandona el mismo. La septicemia se encuentra incluida dentro de el grupo de infecciones intrahospitalarias. ( 6)

**FAMILIA:** Grupo de dos o mas personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca.

*DINAMICA FAMILIAR: Se refiere precisamente a la interacción constante que se presenta entre los miembros de una familia y mediante el cual un fenómeno - que afecte directamente a un miembro de la familia repercutirá en el resto de los integrantes.*

#### *DATOS GENERALES:*

*Pocas anomalías de la fisiología del operado revisten mayor importancia para el paciente y el cirujano, que las derivadas de la insuficiencia de los mecanismos propios de la lucha contra la infección. De hecho, muchos logros técnicos destacados y buena parte de nuestra indudable devoción a la atención diaria del paciente, siguen fracasando porque fundamentalmente no hemos sido capaces de vencer el fenómeno infeccioso. Durante 30 años hemos buscado un arma absoluta, un antimicrobiano nuevo y perfecto recurriendo a medidas cada vez más complicadas, más caras y tal vez más peligrosas. Al ir apareciendo sustancias nuevas, al ensayarlas, se ve con toda claridad que la adaptación de los gérmenes al nuevo medicamento es tan rápida que solo sabemos cambiar el uniforme de nuestro enemigo, sin avanzar en nuestra línea de combate.*

*Se han logrado algunos adelantos en la lucha contra la infección durante los últimos 30 años. Pero la continuación de esta danza de los antibióticos quizá cada vez más peligrosa, no parece de momento ser la solución. De hecho solo investigando la naturaleza fundamental de la interacción entre el microbio y el huésped, sano o enfermo, cabe esperar algún progreso.*



Así como los antibióticos fallaron por el hecho de que su espectro de acción no era bastante amplio, es posible predecir el inevitable fracaso de la vacunación o de la inmunización específica. En cambio si fuera posible, el reforzamiento de algún aspecto de los mecanismos inespecíficos no inmunitarios de defensa del huésped podría alcanzar una modificación de el equilibrio en sentido favorable para el cirujano y sobre todo para el paciente.

La identificación de la invasión microbiana como fenómeno fisiológicamente significativo en muchos aspectos resulta más compleja de lo que podría esperarse pues los microorganismos que constituyen hoy día las fuentes más notorias de invasión microbiana forman parte del ambiente diario de muchos lugares normales. El fenómeno de identificación no depende en realidad de una anomalía del invasor, sino más bien de la presencia de un microbio comensal clásico, pero en una situación anormal o inadecuada.

La respuesta frente a esta invasión microbiana, por ejemplo a nivel de tejidos blandos, es vascular en primera instancia. Se observa una constricción momentánea de los vasos que desembocan en isquemia local. Esta isquemia transitoria va seguida pronto de dilatación de los capilares locales, con hiperemia. Se acumula líquido, bajo la forma de plasma en el foco de invasión bacteriana, y van precipitándose redes de fibrina. En las fases precoces se limita el proceso mediante la liberación de leucotoxinas las cuales "llaman" las células inflamatorias primarias para que respondan a la invasión bacteriana. Los leucocitos, en especial los polimorfonucleares, son atraídos hacia el foco de infección y llegan muy pronto a la zona contaminada.

Se presenta también el fenómeno quimiotáctico por los microorganismos invasores. La hipotensión y los traumatismos en el mismo sitio de la lesión provocan alteraciones en estos mecanismos. Interviene también la opsonización y la fagocitosis en estos fenómenos de limitación de la infección. Pudiendo presentarse fallas en cualquier nivel, favoreciendo el desarrollo de el proceso infeccioso.

La infección invasora se manifiesta clínicamente por un grupo de síntomas y signos que pueden pertenecer a una misma área o pueden afectarse varias áreas del paciente o en forma global, como toxemia generalizada. La toxemia puede acompañarse de bacteriemia y puede ser consecuencia de extensión de la producción de toxinas bacterianas o de invasión bacteriana intralinfática masiva. De cualquier forma estos datos indican defectos en los mecanismos normales de defensa.

Estos factores comprenden la lesión de la piel, principal barrera protectora. Isquemia secundaria a oclusión vascular, radiación, choque, hipovolemia y la endotoxemia favorecen la fijación de bacterias a las lesiones. - Cuerpos extraños en las heridas quirúrgicas. El dejar espacios muertos y coágulos superficiales. La isquemia aunque sea corta favorece el desarrollo de bacterias aun con dosis subinfectantes como la que se provoca con la aplicación de anestésicos con vasoconstrictores, traumatismos locales, o deficiencia en la perfusión tisular. También se observa el agravamiento de infecciones pulmonares, intraabdominales o dérmicas después de un choque hemorrágico. En los pacientes con quemaduras graves se altera la función de los neutrófilos, el complemento, el catabolismo de inmunoglobulinas y de la inmunidad -

celular. Los antimicrobianos locales alteran el quimiotactismo *in vitro* para neutrofilos. En pacientes diabéticos existe isquemia local y varios trastornos de la función de neutrofilos. (77)

Como podemos observar es factible encontrar estos factores en pacientes postquirúrgicos los cuales se deben identificar como factores de riesgo y tomarlos en cuenta para el manejo de los mismos.

En este tipo de padecimientos como la mayoría de las entidades nosológicas es vital para el pronóstico de el paciente el establecer un diagnóstico oportuno y adecuado, el cual se logra tomando en cuenta la posibilidad de este cuadro en el paciente que estamos tratando y buscar intensionalmente los datos clínicos tempranos, todo lo cual nos hace sospechar de una complicación infecciosa.

#### VIGILANCIA DE PACIENTES GRAVES

La mayor parte de enfermos graves puede salvarse si se logra conservar en valores razonables el gasto cardiaco, el riego y la difusión pulmonares y el riego sanguíneo del parenquima renal. La valoración del enfermo grave debe llevarse a cabo prontamente en forma organizada.

Aunque la vigilancia sostenida de los enfermos graves ha adelantado mucho durante los últimos 15 años, estas técnicas deben considerarse como un riesgo calculado pues una proporción pequeña, pero neta, de pacientes que vigilados mediante técnicas invasoras sufrirán consecuencias desagradables y en ocasiones verdaderamente catastróficas. Para reducir el peligro procede -

una valoración general cuidadosa del paciente, seguir estrictamente las indicaciones para el empleo de técnicas invasoras y tener mucho cuidado y experiencia en las manipulaciones. La técnica específica que deben emplearse han de ser las esenciales para el cuidado del paciente. El tratamiento y los medios utilizados en la vigilancia prolongada de los enfermos graves debe individualizarse.

Los parámetros a vigilarse en los enfermos graves se consideran que -- deben ser los siguientes:

- 1.- Muestra de orina ( volumen, osmolaridad y densidad).
- 2.- Pielografía por vía venosa.
- 3.- Presión venosa central.
- 4.- Presión arterial pulmonar y diastólica terminal, presión capilar pulmonar en cuña.
- 5.- Gasto cardíaco.
- 6.- Ph, Po<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> de sangre arterial.
- 7.- Presión intraarterial
- 8.- Osmolaridad del suero.
- 9.- Paracentesis abdominal.
- 10.- Centelleo visceral.
- 11.- angiografía
- 12.- Determinación en sangre de : Glucosa, nitrógeno en urea, creatinina, - hematócrito, número de plaquetas, fibrinógeno, tiempo de protrombina, - tiempo de tromboplastina parcial, electrolitos, pruebas funcionales hepáticas y colesterol. (7)

## DATOS ESTADÍSTICOS

En un estudio realizado por el DR. Brachman de infecciones quirúrgicas - nosocomiales durante 10 años encontraron los siguientes datos:

Cuando se tabulan las infecciones nosocomiales, a las bacterias les -- corresponde el 4%. Habiéndose observado en este estudio que a partir de -- 1974 las infecciones nosocomiales han ido disminuyendo gradualmente.

La proporción de infecciones por estafilococo aureus ha disminuido netamente desde 1975, las infecciones causadas por Klebsiella han disminuido ligeramente; las provocadas por Streptococo B Hemolitico han aumentado considerablemente y las causadas por Serratia Marcescens han aumentado ligeramente pero continuamente lo cual es explicable por el empleo de antibióticos y el aumento en el número de pacientes hospitalizados sometidos a inmunosupresión.

Las infecciones son más frecuentes en pacientes mayores de 65 años y del sexo masculino.

En pacientes que estaban infectados antes de la cirugía el porcentaje de infección de la herida se elevó al cuadruple.

Las proporciones más altas de pacientes con heridas quirúrgicas infectadas fueron de los servicios de Cirugía General y Obstetricia.

La proporción de infecciones también aumento en relación a la duración de la estancia previa hospitalaria.

El promedio de infecciones de heridas quirúrgicas añadió 7.4 días extra y más de 1100 dólares de costo extra. ( 3)

El Dr. Eruse y col. encontraron los siguientes datos en este mismo estudio:

El peligro de infección de herida quirúrgica según la ecuación de Altemier:

DOSIS DE CONTAMINACION BACTERIANA X VIRULENCIA  
RESISTENCIA DEL HUESPED

La dosis de inoculación para producir una pustula intradérmica es de 6 millones de estafilococos lo cual se disminuye en 10 000 veces por presencia de suturas de seda.

Howe y Martson encontraron que con la presencia de seda y tejido en el nudo se podría disminuir más la dosis. La mayor proporción de infecciones por contaminación, son por contaminación exógena.

Estos autores hacen énfasis en los siguientes factores que se deben vigilar en los pacientes quirúrgicos: 1.- Limpieza de la piel de el paciente con hexaclorofeno y jabón de baño. 2.- El rasurado de la piel con rasuradora eléctrica o bien no rasurando al paciente, lo cual es mas conveniente y nos dan los siguientes porcentajes respectivamente de 1.4% y 0.9%. 3.- Son más recomendables los campos quirúrgicos de tela que los de plástico adhesivo dando respectivamente el 1.5% y el 2.3% de infecciones. 4.- La apendicectomía profiláctica eleva la incidencia de infección en 1.4% a 4.5%. 5.- La hospitalización preoperatoria de el paciente debe reducirse al mínimo presentandose el 1.2% de infecciones en pacientes hospitalizados 1 día antes de la cirugía y el 3.4% de los hospitalizados por mas de 3 semanas previas a la intervención quirúrgica. 6.- En pacientes mayores de 66 años la infección fué 6 veces más frecuente que en la población de 1 a 14 años. 7.- El cepillado quirúrgico durante 5 min en la primera cirugía y a partir de la segunda con solo 2 a 3 min es suficiente, de acuerdo a Dincer. 8.- La ruptura de los guantes durante la intervención quirúrgica no eleva la incidencia de infección. 9.- La duración

de la cirugía se encontró que el número de infecciones se duplicaba con cada hora de operación lo cual es explicable por: a.- La dosis de contaminación bacteriana aumentó con el tiempo. b.- Las células de la herida están lesionadas por desecación y por exposición al aire y a los separadores. c.- La cantidad aumentada de suturas y de electrocoagulación puede disminuir la resistencia local de la herida. d.- Mayores probabilidades de pérdida de sangre y choque con lo cual disminuye la resistencia general.

Por lo anteriormente señalado estos autores concluyen :

- 1.- Estancia preoperatoria breve.
- 2.- Limpieza con hexaclorofeno antes de la operación.
- 3.- El rasurado mínimo posible.
- 4.- Evitar la contaminación.
- 5.- Técnica quirúrgica meticulosa.
- 6.- Operar lo más rápidamente posible, dentro de la seguridad.
- 7.- Cuidado escrupuloso en pacientes de edad avanzada, ojerosos, desnutridos o diabéticos.
- 8.- No hacer salir los drenes por la herida quirúrgica.
- 9.- Técnicas de coagulación meticulosa.
- 10.- Información a cada cirujano de su índice de infección. (5)

En cuanto a los cambios encontrados en los exámenes de laboratorio, se han efectuado estudios en pacientes con septicemia habiendo encontrado los siguientes datos: la curva de tolerancia a la glucosa se encuentra alterada, la glucosa arterial en pacientes sépticos fue mayor que el grupo control. . .

La secreción de insulina en 47 lechos esplénicos fue mayor en los pacientes - septicos a los 5 y 15 min. La falla hepática fue la causa de estas alteraciones. Las Prostaglandinas E y F se elevan en el choque endotoxico. ( 13)

La cifra de plaquetas disminuye en pacientes septicos, así como se encuentra una disminución de las cifras de colesterol. Puede presentarse inicialmente una leucocitosis acentuada para posteriormente presentar una leucopenia relativa.

### PERITONITIS.

La complicación postoperatorio más temida de la cirugía intestinal es la peritonitis. Tiene lugar cierto grado de contaminación en ocasión de todas las operaciones, pero la contaminación masiva por escape fecal, rotura inadvertida de víscera inflamada o fracaso en una anastomosis, plantea un grave problema a la cavidad peritoneal. El resultado es una peritonitis bacteriana, frecuentemente mortal.

Las relaciones biológicas entre las bacterias tiene gran significación en la producción de peritonitis. Existe una acción sinérgica entre anaerobios y - aerobios y puede haber las llamadas bacterias no patógenas, también en sinergia durante una peritonitis fecal. En general en cuanto mayor el número de - especies bacterianas existentes en el exudado peritoneal, más virulenta y clínicamente grave será la peritonitis.

El revestimiento peritoneal de la cavidad abdominal representa una gran superficie aproximadamente igual a la superficie de todo el cuerpo. Cualquiera



traumatismo a esta membrana planeado o accidental, origina hiperemia y edema. Las bacterias de contaminación suelen poderse combatir adecuadamente, pero se producirá peritonitis clínica cuando el inóculo bacteriano es demasiado voluminoso o virulento, o si las condiciones locales del huésped están comprometidas por enfermedad crónica, presencia de sangre o cuerpos extraños intraperitoneales o drogas que interfieren en la respuesta inflamatoria. El potencial exudativo del peritoneo es causa del secuestro de volúmenes enormes de líquido durante la peritonitis. Estas pérdidas de tercer espacio pueden variar entre 4 a 12 litros en las 24 hrs. Este líquido no es utilizable por el paciente como ayuda circulatoria: debe substituirse por vía parenteral. El peritoneo inflamado y perturbado permite la absorción de metabolitos tóxicos desde la cavidad peritoneal, en particular toxinas y metabolitos de origen bacteriano.

En resumen, la etapa terminal de la peritonitis es la degeneración metabólica de acción combinada de cambios de volumen líquido, insuficiencia circulatoria, transferencia inadecuada de oxígeno y acidosis metabólica.

La sepsis operatoria puede aparecer en forma de peritonitis localizada o generalizada. Aunque el diagnóstico puede ser difícil, debe distinguirse una infección quirúrgica de una infección no quirúrgica. El cirujano debe tener presente la posibilidad de un error técnico causa de absceso localizados o más desafortunadamente, la interrupción de anastomosis y la peritonitis generalizada para un diagnóstico temprano. Una fiebre inexplicable, un pH desviado hacia la acidosis metabólica, una taquicardia anormal para el cuadro clínico, la disminución de los ruidos intestinales y finalmente la aparición de íleo franco, o

la acumulaci3n de gases intraperitoneales radiograficamente, indica sepsis de peritoneo. Una vez establecido el Diagnostico de sepsis peritoneal el cirujano ha de emplear un ataque operatorio, una buena quimioterapia y un sosten metab3licoprocedente. ( 2)

El empleo adecuado de antibacterianos se basara en dos principios : A: Establecer el diagnostico bacteriologico. B: Estimar con precisi3n el quimioterapico que resultara eficaz en vivo. En la practica estos objetivos quiza no se alcansen en todos los pacientes antes de establecer el tratamiento. Cuando se trata de infecciones de origen intestinal, el clinico puede admitir que los agentes causales tambien son de origen intestinal, aerobios y anaerobios y en general se trata de infecciones multiples o mixtas. El cultivo positivo de un gero, herida o peritoneo quiza no pueda efectuarse cuando el paciente esta empeorando r3pidamente. Adem3s la obtenci3n y el cultivo inadecuado quiza no demuestre germen anaerobios que existen en abundancia.

La mayor parte de anaerobios que tienen importancia clinica son sensibles a la penicilina, con excepci3n del germen m3s comun en el colon, Bacteroides Fragilis, que resiste a la penicilina. El cloranfenicol y la Clindamicina son eficaces contra este y contra la mayoria de las otras especies de anaerobios. Para tratar la mayoria de las especies anaerobias el Dr. Block recomienda la siguiente combinaci3n: Gentamicina o Kanamicina en combinaci3n con Clindamicina o Cloranfenicol, manejando la Gentamicina a 3 a 5 mg por Kg c/ 24 hrs. y la Clindamicina a 750 mg Iv c- 8 hrs. ( 2)

En el year book of Surgery de 1981 se publica un articulo en el cual trataron a 126 pacientes con las siguientes combinaciones de antibioticos:

Gentamicina mas Clindamicina 5 mg / Kg c- 6 hrs x 5 a 10 dias.

Gentamicina \* mas Metronidazol 7.5 mg / Kg c- 6 hrs por 5 a 10 dias.

Cefamandole 40 mg / Kg c- 6 hrs mas Eritromicina 5 mg / Kg c- 6 hrs x 5 a 10 d

\* Gentamicina 1 mg / Kg c- 8 hrs.

No habiendo observado diferentes resultados, que fueran significativos entre estas combinaciones. La complicación más frecuente por el uso de los mismos fue la insuficiencia renal. ( 14)

En el choque por endotoxinas se ha manejado tambien el uso de Gentamicina simultaneamente con las dosis usuales de Corticosteroides habiendo encontrado resultados positivos en los casos asi tratados, con elevacion de los niveles de glucosa, aumento de la Leucopenia y neutropenia ( 15)

Aunque los antibioticos son esenciales para tratar la peritonitis, la decision de combatirlo operando suele depender de identificar el origen de la contaminacion.

La peritonitis difusa en periodo postoperatorio indica una catastrofe intrabdominal que requiera intervencion operatoria. La reparacion primaria de la fuente contaminante suele ser imposible o desaconsejable. El cirujano decidirá si efectua un desviacion del curso de el torrente fecal. Estas manipulaciones operatorias, claro esta se complementaran con medidas antibacterianas y de sosten.

En ocasiones, el origen de la contaminacion peritoneal es una secuela del estado patologico original y de la operacion pero no es consecuencia directa de las manipulaciones quirurgicas. Tales casos incluyen perforacion libre de ulcera péptica, obstruccion con estrangulacion de intestino delgado, necro-

*sis isquémica de una víscera hueca, etc. Tales complicaciones se tratan según el caso por cierre o por resección.*

*Sin embargo hay algunas catástrofes que se presentan en periodo postoperatorio en el paciente operado de enfermedad inflamatoria del intestino que requieren corrección operatoria específica efectuada por un cirujano experimentado. ( 2)*

*Se encuentra en fase experimental el tratamiento del choque endotóxico con transfusión sanguínea. ( 13)*

*La prevención de la infección intraabdominal posoperatoria, después de cirugía gastrointestinal de elección, depende fundamentalmente de una buena técnica quirúrgica, que reduzca al mínimo la difusión de bacterias endógenas, y el empleo adecuado de antibacterianos profilácticos eficaces.*

*Estudios clínicos y experimentales han demostrado netamente que, para obtener los mejores resultados, hay que empezar los antibióticos adecuados antes de operar, con el fin de asegurar concentraciones séricas adecuadas al tiempo de hacerse la incisión operatoria. Los antibióticos prosiguen durante breve tiempo ( 24 a 72 horas) después de la operación. Los elegidos deben ser eficaces contra la microflora endógena prevista. La importancia de elegir los antibióticos adecuados se ha comprobado en un estudio publicado recientemente sobre resección selectiva de colon. El resultado de estos estudios mostró una proporción de 39 por 100 de sepsis posoperatoria en el grupo que recibió la cefalotina parenteral y de solamente 6 % en los pacientes tratados con eritromicina neomicina por vía bucal. (10)*

## INFECCIONES QUIRÚRGICAS DE LAS VÍAS GENITALES FEMENINAS.

Durante la última década ha habido muchos cambios en la comprensión de la microbiología de infecciones en tejidos blandos en vías genitales femeninas. - La mayor parte de obstetras-ginecólogos aprendieron que una sola especie bacteriana causaba una infección técnicamente identificable. Esta idea es pertinente para la pielonefritis, en la cual suele intervenir un tipo bacteriano. - Otras infecciones, observadas frecuentemente fuera de las vías urinarias, incluyendo la participación del útero grávido o no grávido no corresponden bien a este concepto. Estas infecciones casi invariablemente están causadas por bacterias múltiples, y en más del 70% de las pacientes se recuperan anaerobios del foco infeccioso, y del torrente vascular en mujeres bacteriémicas en más del 25% en tales episodios.

El intento de investigar estas infecciones polimicrobianas en la especie humana han sido causa de frustración. Las infecciones pelvianas en la mujer tienen asiento profundo, y los intentos para obtener muestras han de atravesar vagina y endocervix, microbiológicamente ricos. En consecuencia, es difícil distinguir las contaminaciones bacterianas de superficie de los gérmenes a nivel de la infección, que son los que plantean el problema. Una situación en la cual puede lograrse una muestra no contaminada es la mujer con un absceso pelviano que requiere extirpación o drenaje operatorio. Aunque los datos obtenidos de estas pacientes son útiles, las mujeres con abscesos representan una minoría del número total de enfermas con infección pelviana.

Las infecciones de comienzo temprano son frecuentes en la especie humana. Se reconocen fácilmente en clínica porque el comienzo de la sintomatología está

tan cerca del episodio inicial, un parto o una operación pélvica. La valoración de estas pacientes utilizando hemocultivo da resultados paralelos a las experiencias en animales, con un aerobio gramnegativo, *Escherichia coli*, el aislado más frecuentemente en una vigilancia de bacteriemia de pacientes obstétricas-ginecológicas. Sin embargo, también hay diferencias. En más del 25% de las mujeres con bacteriemia había gérmenes anaerobios aislados de la sangre y los aerobios grampositivos, en conjunto, se aislaban más frecuentemente que todas las aerobios gramnegativos.

En la mujer también había problemas de comienzo tardío; se observaban -- después de la histerectomía o la cesárea, y conllevaban la formación de abscesos pélvicos.

Los cultivos de este tipo de abscesos demostraron predominancia de anaerobios.

La infección uterina causada por *C. Parvifrons* generalmente se presenta -- después de un aborto incompleto, trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, o cesárea.

Los síntomas tempranos son: metrorragia, dolor suprapúbico y en región lumbar, escalofríos y fiebre. La fiebre varía de 37.8 a 39.4 GC. El sangrado transvaginal está invariablemente presente y generalmente es de color café, -- conteniendo tejido necrótico. El cervix es blando y dilatado, útero y anexos -- dolorosos. Se encuentra resistencia muscular en hipogastrio y fosas ilíacas, pudiendo estar presentes datos de peritonitis generalizada, náuseas y vómitos así como diarrea profusa.

Las manifestaciones sistémicas pueden aparecer súbitamente con hemólisis intravascular masiva, acompañada de hemoglobinemia, hemoglobinuria e ictericia.

El cuadro clínico puede ser dominado por colapso circulatorio con hipotensión, taquicardia acentuada, cianosis, hiperpnea y edema pulmonar. La paciente se encuentra frecuentemente bien orientada, alerta y aprensiva. La mortalidad de este cuadro asociado a hemólisis intensa es de 40 a 70%.

En el Hospital de Ginecología No. 7 se efectuó un estudio de la mortalidad materna asociada a la operación Cesárea, con duración de 7 años, registrándose 258 defunciones de las cuales 102 se les había practicado operación cesárea. La tasa de operación cesárea fue de 20.4%. La tasa de muertes maternas fue de 20.8' por 10 000 nacidos vivos con el 41.5 por 10 000 nacidos por operación cesárea a.

Se encuentra que 32 casos sépticos, de los cuales una tercera parte de las pacientes ingresaron con fenómenos sépticos declarados, previos a la operación cesárea y por otra parte, hace patente el compromiso de medidas estrictas preoperatorias ya que sólo en dos casos la infección como causa de muerte se declaró como contaminación hospitalaria.

Exagerar las técnicas de asepsia, mayor cuidado en las técnicas quirúrgicas y el manejo de antibióticos profilácticos, reduce los casos sépticos.

17 casos operatorios se presentaron sin factores predisponentes de infección, sin complicaciones obstétricas mayores. En 10 de ellas la causa de la muerte fue el choque séptico.

Los fenómenos sépticos siguen cobrando vidas y por otra parte en los casos de histerectomía por hemorragia del puerperio, es de lamentar que habiendo superado dicha complicación, las pacientes fallecieron tardíamente por sepsis.

El germen que se encontro con mayor frecuencia fue la *Escherichia Coli* y en segundo lugar la *Klebsiella*. La estancia hospitalaria fue de 16 a 20 dias. y la edad promedio de los pacientes fue de 20 a 24 años .

El Dr. Marcu Shamer encontro que la histerosalpingografía es útil para establecer diagnostico de patología o bien para hacer pronostico de los embarazos subsecuentes, por haber encontrado cicatrización deficiente en la histerografía.

El Dr. William Ledger señala que en los cuadros de infecciones tempranas los antibióticos de elección son Clindamicina y Gentamicina con muy buenos resultados. Para las infecciones establecidas tambien se utiliza la Clindamicina o el cloranfenicol en combinación con otro antibiótico logrando la curación de estas pacientes en la mayoría de los casos. A pesar de usar antibióticos adecuados, muchas veces será necesaria la operación quirúrgica para lograr la curación.



## LA FAMILIA.

El origen de la palabra familia es el de Famulus que significa esclavo doméstico por lo que antiguamente se consideraba familia al conjunto de esclavos propiedad de un solo hombre.

Las definiciones de familia son múltiples y muy diversas entre las principales tenemos las siguientes:

A:- La Enciclopedia de Colombia dice: " Familia es gente que vive en una misma casa, bajo una misma autoridad.

B:- El Censo Canadiense define a la familia como: Esposo y esposa, con o sin hijos o padre o madre solo con uno o mas hijos que viven bajo el mismo techo.

C:- El Censo Americano define a la Familia como grupo de dos o más personas - que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción y que ejercen interacción reciproca.

D:- Palermo define a la Familia como un grupo social constituido por padre, madre, hijos y circunstancialmente, otro tipo de parientes consanguíneos o no, que viven bajo el mismo techo y en caso de ser así, aportan decisiones que influyen en su interacción.

Mientras el término familia ha sido definido de múltiples maneras, el grupo hombre- mujer- niño persiste como la unidad social en la cultura actual occidental y este grupo tiene la principal responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, darles soporte físico, emocional e intelectual a la sociedad.

La familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la unidad primaria de salud.

Desde el punto de vista sociológico la Familia tiende a definirse como la unidad socioeconómica básica en la cultura occidental y cuya máxima responsabilidad es proporcionar nuevos miembros a la sociedad, haciéndolos sociales, dándoles apoyo emocional y físico e integrándolos a la sociedad.

La Familia se constituye como la unidad primaria de salud dado que proporciona la salud y bienestar básicos al individuo.

Cada miembro de la familia tiene necesidades físicas, psíquicas y sociales pero al mismo tiempo la sociedad ha puesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas. La familia tiene que mediar las necesidades y las demandas de cada uno de los miembros. La familia es un agente entre el individuo y la sociedad.

A cada miembro de la familia se le atribuye un rol que debe desempeñar para que la familia sea funcional. Así en cuanto al rol de Padre tenemos que es la autoridad formal, es el responsable de proporcionar satisfactores materiales, Es el órgano de choque en los conflictos extrafamiliares y el gratificador sexual y afectivo a la esposa, así como proteger y educar a los hijos. La madre representa la autoridad real otorga satisfactores materiales (administra dolos), es el órgano de choque en los conflictos intrafamiliares, gratifica sexualmente y afectivamente al esposo y protege y educa a los hijos. El hijo es el receptor, que está sujeto a modelación y compensación y proporciona gratificación emotiva a los padres. En cada núcleo familiar se asignan y determinan los roles de cada miembro de acuerdo a las características propias de cada núcleo.

Las modificaciones tan rápidas que la sociedad está teniendo, ofrecen a la mujer una serie de expectativas que le permiten ampliar su campo fuera del área tradicional. La estructura económica de las sociedades contemporáneas - ha venido a incorporar en un grado creciente a la mujer al campo de la producción y estos aspectos modifican substancialmente su rol y por lo tanto la estructura de la familia.

Se puede intentar hacer una ejemplificación tripartita:

Esposa-madre : Con una serie de derechos y privilegios reconocidos unánimemente: La dependencia económica del marido, con todo lo que ello implica; una pensión alimentaria en el caso de divorcio; la autoridad afectiva reconocida que implica demandar fidelidad al marido al que le ha dado hijos, como principal obligación y presupone una actitud de gratitud y de correspondencia emocional de éstos y del marido.

Su principal obligación ha sido la formación de aquellos y la constitución del hogar; de ella se espera la prestación de servicios domésticos, una subordinación a los intereses económicos del esposo y una limitación a cualquier actividad de tipo socio económico y cultural dentro del ambiente en el que se maneja.

ESPOSA UNIPROTECTORA: Por lo regular se da en la clase acomodada y representa un modelo al que irracionalmente algunos grupos de clase media alta tratan de copiar. En este caso la esposa más que nada busca con su presencia fortalecer el papel social de su marido; debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad de éste, siendo objeto de admiración. Por lo tanto tiene que con-

servarse atractiva, so pena de no poder retener al marido, dado que en estas relaciones el aspecto físico de ella es altamente valorado; dedica una parte importante del dinero recibido al lucimiento del hogar y tiene que cultivar permanentemente relaciones sociales ventajosas para el marido. Lo anterior lleva a segunda importancia las relaciones con los hijos, inclusive hay escuelas cuya principal finalidad es formar la personalidad social de este tipo de alumnas, tomando en consideración su futuro papel.

Esposa Colaboradora: En cierta forma ha venido a constituir lo que algunos autores llaman la familia igualitaria. Aparece con frecuencia en la clase media, siendo las condiciones económicas de la sociedad las que han propiciado este papel; la esposa dedica una parte muy importante de su vida diaria a un trabajo remunerado fuera del hogar y representa un renglón muy considerable dentro de los ingresos familiares, por lo que es considerada como una igual-relación a su marido; tienen muchas la cuenta bancaria compartida y las decisiones son comunes en aspectos de compras y ubicación de la casa, el trabajo del esposo, la selección de la escuela para los hijos y la decisión de tener o no tener hijos.

En relación a sus obligaciones está el renunciar a un momento dado a la pensión alimenticia en caso de divorcio, a menos que haya hijos; al aceptar una participación de las responsabilidades legales y económicas de la familia, al no haber una expectativa de una relación caballeresca o romántica con el padre se considera una igualdad absoluta entre ellos, que mantiene el equilibrio dentro de la casa. En las familias urbanas en México hay un 25% que --

tienen estas últimas características y con seguridad se incrementarán en el futuro.

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionadas con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ella.

Se reconocen 5 funciones de la familia las cuales se encuentran bien especificadas y son: 1.- Socialización. 2.- Cuidado. 3.- Afecto. 4.- Reproducción y 5.- Estatus y nivel socioeconómico.

1.- SOCIALIZACION: La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño X número de años, en un ser capaz de completa participación en sociedad. El niño debe de aprender un lenguaje, su papel en varios estadios de la vida, las normas socioculturales, etc.

La madre tiene la responsabilidad primaria de socializar al niño a través de los años pre-escolar teniendo el padre el papel de soporte durante este tiempo.

La responsabilidad es más tarde compartida por escuelas, parientes, iglesias, etc, y hay también patrones de socialización de guarderías, clubes, etc, que más tarde separan a los padres de las experiencias de socialización. Parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud.

La madre es el educador primario de salud de la familia y es quien generalmente, tiene mayor conocimientos de salud que cualquier otro miembro de la familia.

Socialización o educación de la salud es un mayor componente de la medicina familiar. La madre en este sentido busca apoyo y guía en otras gentes.

Es durante los años pre-escolar, que el médico familiar tiene la mejor oportunidad de proveer soporte profesional.

2.- **CUIDADO:** Cuidado significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia.

Las probabilidades de buena salud y larga vida están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia.

Las familias con un común nivel socioeconómico tienen problemas similares.

La respuesta a las demandas de cuidado dependen no sólo del acceso que tengan las familias a estos recursos, sino también del nivel de conocimientos de las familias, o sea que las familias no sólo necesitan conocer qué servicios son accesibles sino cómo usarlos.

3.- **AFECTO:** La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros porque la respuesta afectiva de un individuo a otro, provee la recompensa básica de la vida familiar. Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades afectivas de los niños.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia y aunque esta generalización es verdadera, es también verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva.

4.- **REPRODUCCION:** Una función básica de la familia, es la reproducción y el proveer nuevos miembros a la sociedad.

El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción.

La educación sexual ha sido reconocida como una parte importante de la

socialización de los niños, pero aún existe controversia en los sistemas escolares.

La educación médica ha sido criticada porque los médicos frecuentemente no han recibido entrenamiento para ser sensitivos a los problemas sexuales de los pacientes y no proporcionar consejo adecuado.

5.º **ESTATUS y NIVEL SOCIOECONÓMICO:** Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educativas que permitan al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus experiencias

Implica también el ir escalando los estatus sociales.

También se han reconocido 5 fases de la vida familiar bien definidas que son 1.- Fase de matrimonio. 2.ª Fase de expansión 3.- Fase de dispersión 4.- Fase de independencia. 5.- Fase de retiro y muerte. Considerando otros autores también como fase importante para el funcionamiento familiar la fase de --  
viaje.

1.- Fase de matrimonio: Cuando dos personas se unen en matrimonio, su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida; Se combinan los recursos de los esposos, sus papeles se alteran y se asumen nuevas funciones. una de sus principales problemas es aprender a vivir juntos y al mismo tiempo atender las necesidades básicas de la personalidad del otro.

Las principales áreas a atender en esta fase son el ajuste sexual, información sobre control de natalidad e interacción de la personalidad.

Esta fase se inicia como se mencionó con el matrimonio y termina con la llegada de el primer hijo.

2.- Fase de expansión: Se inicia con la llegada de el primer hijo y termi-

al finalizar la capacidad reproductiva de la pareja inicial.

Los principales problemas de esta fase se encuentran con la llegada de cada nuevo niño, dado que crea un conflicto en el resto de los hermanos, los cuales se deben adaptar a un nuevo miembro de la familia. También se puede presentar el problema de hijos indeseados o no deseados, los cuales indudablemente provocaran una crisis familiar.

El médico ha de proporcionar información sobre educación prenatal, atención de el parto, cuidados postnatales, control de niño, temprano reconocimiento y apropiado manejo de síntomas, inmunizaciones, desarrollo del niño, interacción familiar, etc.

3.- Fases de Dispersión: Se inicia con el ingreso de el primer hijo a el regimen escolar hasta que el último de ellos termina su fase escolar.

En esta fase los padres tienen que conseguir que el niño esté socializado, ayudarlo a tener autonomía y cubrir sus necesidades pero al mismo tiempo cubrir sus propias necesidades.

4.- Fase de Independencia: Cuando la familia se dispersa, los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez. Y para que la fase de independencia sea completa, los hijos deben de ser independientes mientras mantienen lazos con los padres. Pudiendo continuar las funciones de socialización, afecto y estatus. Los nuevos adultos pueden tener la responsabilidad del cuidado de los padres durante este tiempo.

5.- Fase de Retiro y Muerte. La planeación para el fin de la vida familiar es tan difícil como planear el principio y es obvio que se hace con un entusiasmo diferente.



# SEPTICEMIA EN PACIENTES POSTQUIRURGICOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL Y GINECO-OBSTETRICIA Y SUS REPERCUSSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR .

## INTRODUCCION.

Sin duda las infecciones intrahospitalarias se presentan en forma cotidiana y las venimos observando desde la aparición de el medio hospitalario propiamente dicho. Representa un reto para cualquier médico que desarrolle su actividad diaria en este ambiente, reto que lo obliga a optimizar la atención médica proporcionada a su paciente, a vigilar más estrechamente las posibilidades de contaminación, y factores de riesgo intrínsecos del paciente.

La septicemia es una de las formas de presentación de estas infecciones intrahospitalarias, tal vez una de las más severas, la cual si descubrimos y manejamos adecuadamente a tiempo podemos transformarla en un cuadro limitado, pero que si lo dejamos evolucionar un poco más nos tenemos que enfrentar a mutilaciones y en ocasiones al tener ante nosotros la carta de el fracaso representada por la defunción de nuestro paciente.

Se estudian pacientes con septicemia identificados en el Hospital General Zona 2 No. 1 Mexicali , perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en los servicios de Cirugía General y Gineco- Obstetricia en un periodo que comprende 8 meses a partir de el mes de abril de 1983, siguiendo su evolución hasta el momento de reincorporarse a su núcleo familiar.

## MATERIAL Y METODO.

El presente estudio se desarrollo en el Hospital general Zona 2 No. 1 -- Mexicali( IMSS) en los servicios de Cirugía General y Gineco-Obstetricia en un periodo de 8 meses , de abril a noviembre, de 1983.

Los pacientes fueron identificados en los pisos de los servicios antes

mencionados y además en el servicio de Terapia Intensiva.

Los criterios utilizados para incluir a los pacientes en el presente estudio fue el siguiente: 1.- Pacientes que se habían sometido a intervenciones quirúrgicas tanto programadas como de urgencia de Cirugía General y Gineco-Obstetricia. 2.- Que mostrara: curva de elevación térmica. 3.- Identificar clínicamente dos o más focos infecciosos. 4.- Clínicamente en mal estado general.

En forma diaria se pasó a el area de hospitalización de estos servicio para identificar casos.

Una vez identificados se elaboró la hoja clínica en la cual se anotaban los siguientes datos: 1.- Nombre y número de afiliación. 2.- Edad y sexo. 3.- En pacientes de Gineco-Obstetricia se interrogaba el número de gestaciones. 4.- Cirujano que los intervino en la primera ocasión. 5.- Fecha de ingreso y egreso hospitalario. 6.- Fecha de ingreso y egreso en caso de haber amantado estancia en UCI. 7.- Antecedentes médico-quirúrgicos de interés. 8.- Evolución hospitalaria. Incluyendo el reporte de otras cirugías efectuadas. 9.- Exámenes de laboratorio solicitados y reportados.\* 10.- Tratamiento instituido, haciendo principal énfasis en el manejo con antibióticos, posología y tiempo de aplicación. 11.- Interrogatorio dirigido a identificar alteraciones en la dinámica familiar. (Anexo)

\*En los pacientes en los cuales consideré que no reunían el mínimo de exámenes de laboratorio necesario para el estudio, se solicitaron personalmente, y tomé las muestras necesarias.

## RESULTADOS.

Se encontraron 10 casos de los cuales 7 correspondían al servicio de Gineco-Obstetricia, 3 al de Cirugía de los cuales una paciente con proceso obstétrico fue manejada inicialmente por el servicio de cirugía.

La edad promedio fue de 30.6 años con extremos de 22 como mínimo y 54 como máximo.

En el 90% de los casos se trataba de pacientes del sexo femenino y únicamente 10% del sexo masculino.

De las pacientes de Gineco-Obstetricia 4 eran primigestas (50%) y 2 de estas pacientes se sometieron a Histerectomía. Dos pacientes secundigestas (25%) de las cuales a 2 se les efectuó histerectomía. Una paciente con gesta tres (12.5) a la cual se le practicó histerectomía. Una paciente múltigesta (12.5%) que no ameritó histerectomía.

En dos casos se trató de el mismo cirujano.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 29.5 días, con mínimo de 12 y máximo de 42 días encontrando que en un paciente con evolución satisfactoria el promedio de estancia hospitalaria es de 5 días.

De el total de 10 pacientes el 50% o sea 5 pacientes ameritaron la estancia en Unidad de Cuidados intensivos, teniendo como promedio de estancia 10.6 días con mínimo de 5 y máximo de 15.

Con estos datos tenemos que el costo por paciente normalmente, considerando que el día paciente esta valuado en 7, 919.24 Pesos MÍN y el quirófano tiene un costo de 24, 284.17, dándonos un total de 63, 880.37 pesos.

Tomando en cuenta estos datos y como base la estancia hospitalaria promedio de 29.5 días y el promedio de cirugías de 2.7 tenemos que el costo se eleva a 299, 184,83 pesos. Los pacientes que ameritan estancia en la Unidad de Cuidados intensivos aumentan esta cantidad a razón de 29,557.76 peso por día, dandonos en 10.6 días un total de 313,312.25 pesos, que nos daría finalmente 612,497.08. Estos datos independientes de el costo que se requiera por concepto de medicamentos.

En 3 pacientes se encontraron antecedentes patológicos importantes que fueron los siguientes: una paciente con epilepsia tipo gran mal. Un paciente con toxicomanías positivas. Una paciente con hipertiroidismo, y legrado uterino instrumental crímicul extrahospitalario.

La evolución hospitalaria en el 100% de las pacientes fue torpida, cursando con picos febriles, mal estado general, dolor en hipogástrico y fosas iliacas, así como a nivel de la herida quirúrgica. El 40% cursó con choque séptico. el 30% cursaron con: loquios fétidos y/o purulentos, otro 30% con neumonía y finalmente otro 30% con absceso de herida quirúrgica. El 20% curso con colangitis séptica.

En solo dos casos se encontró en la hoja quirúrgica de la cirugía inicial relatado dificultades técnicas o de otra índole como fueron: atonía uterina y que no se contaba con oxitosina. y el segundo caso en el cual hubo desgarro uterino con prolongación y lesión de la Arteria uterina en cual se ligó.

Las pacientes que fueron reintervenidas se trataba de Legrado uterinos instrumentales, histerectomía, lavado quirúrgico de cavidad y reparación de pared abdominal.

En el 50% de los pacientes se les solicitó el mínimo de exámenes necesarios para el manejo más conveniente de este tipo de pacientes como sería una BHC, Química sanguínea con glucosa, urea creatinina, pruebas funcionales hepáticas, colesterol, plaquetas, cultivo de secreción, ECG, Amilasa y Rx. el 40% de los pacientes sus exámenes fueron incompletos por faltar 2 o más de los anteriormente referidos. El 10% no se contó con ningún resultado.

En general se observó retardo en la iniciación de antibióticos en 70% de los casos. En 4 pacientes se utilizó la combinación ampicilina - gentamicina y en un caso respectivamente: clindamicina - gentamicina, cloranfenicol - ketoconazol, clindamicina - cloranfenicol, penicilina - cloranfenicol, penicilina - karamicina y gentamicina.

En lo que respecta al cuestionario para investigar la dinámica familiar tenemos los siguientes resultados: 2 pacientes trabajaban aportando ayuda económica a su familia.

Cuatro pacientes no se encontraban satisfechas con el número de hijos y deseaban más embarazos, coincidiendo estas cuatro pacientes con aquellas a las cuales se les efectuó histerectomía, viendo por lo tanto frustrado su deseo de reproducción y en un caso fue claro el sentimiento de minusvalía por este hecho.

7 pacientes desempeñaban el rol de Esposas madre por lo cual estas funciones familiares quedaban al descubierto en el transcurso de su estancia hospitalaria, siendo necesario cubrir la atención de el hogar por otros familiares en 6 casos o bien por sus hijos mayores en 1 caso, ocasionando cambio de roles de los integrantes de dicha familia.

Afectivamente también estaban alteradas, tanto el paciente como los hijos y el esposo en vista que a 4 pacientes no les era posible a sus esposos el visitarlos en forma diaria, por cuestiones generalmente laborales. Los hijos menores también se encontraban alejados de su madre por encontrarse hospitalizada.

La matificación sexual se encontró alterada en las pacientes con septicemia :

De los 70 pacientes únicamente se presentó una defunción en paciente femenina de el servicio de Cirugía General.

#### CONCLUSIONES.

- 1.- Las pacientes de Gineco- Obstetricia son las mayormente afectadas por este cuadro .
- 2.- El grupo de edad mayormente afectado concuerda con la edad reproductiva de las pacientes.
- 3.- El sexo más afectado fue el femenino.
- 4.- El 50% de las pacientes amerita histerectomía limitándose de esta manera el potencial de reproducción de las pacientes.
- 5.- Se encuentra que un cirujano acumula dos casos de septicemia , lo cual nos hace pensar en defecto en la técnica quirúrgica.
- 6.- Este padecimiento eleva el número de intervenciones quirúrgicas necesarias para restaurar la salud.
- 7.- La estancia Intrahospitalaria se eleva notablemente.
- 8.-El costo por paciente se dispara notablemente.
- 9.- En el 100% de las pacientes cursaron con datos tempranos de infección .
- 10.- Se siguen manejando las pacientes sin apoyo laboratorial , en ocasiones porque no se solicitan los exámenes y en otras porque de el laboratorio no -- obtenemos los resultados.

- 11.- No existe unificación en el esquema antimicrobiano de elección.
- 12.- Se encontrarán alteradas las funciones de cuidado, afecto, reproducción y compensación sexual en este tipo de pacientes en cuanto a la Dinámica familiar.
- 13.- Es conveniente continuar este estudio por 5 años para aumentar el grupo de estudio y que obtengamos mayor significancia estadística.
- 14.- Que se informe mensualmente a cada cirujano de el índice de pacientes con proceso infecciosos.
- 15.- El empleo de antibióticos en forma temprana tendiente a disminuir la aparición de septicemia.
- 16.- Depurar la técnica quirúrgica empleada, tratando de no dejar espacios muertos, no emplear material de sutura innecesario, emplear monofilamento en el cierre de pared, eliminar los coágulos y el tejido devitalizado de los nudos.

ANEXO.

1.- Esta satisfecha con el número de hijos que tiene actualmente.

si----- no-----

2.- Desea otro u otros embarazos:

si----- no-----

3.- Quién atiende las labores de su hogar cotidianamente.

pacientes----- sirvienta-----

4.- Quien esta atendiendo esas labores durante su estancia en este hospital:

hijos o hijas--- otro tipo de familiares----- sirvienta. ---

5.- Qué opina de la atención recibida:

mala---- buena----- muy buena-----

6.- La visitan o diario sus familiares.

si----- no-----

7.- Trabaja usted:

si----- no---.



# distribucion

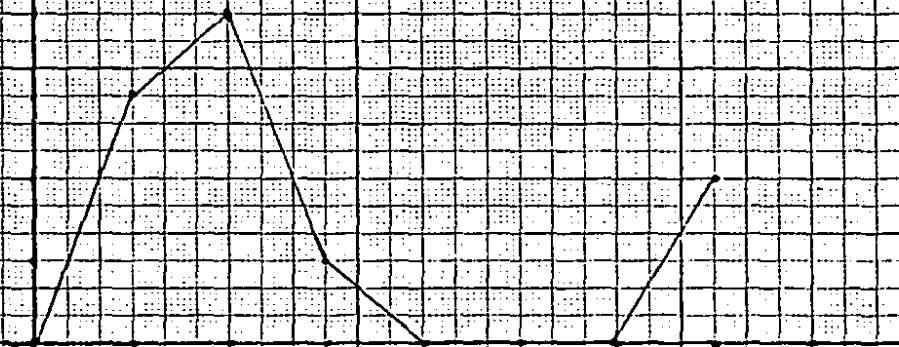
por edad

ESTA  
SALIR

TESIS  
DE LA

NO DEBE  
BIBLIOTECA

10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0



a b c d e f g

*CURVA DE DISTRIBUCION POR EDAD .*

*A: de 20 a 24 años..... 3*

*B: de 25 a 29 años..... 4*

*C: de 30 a 34 años..... 1*

*D: de 35 a 39 años ..... 0*

*E: de 40 a 44 años ..... 0*

*F: de 45 a 50 años..... 0*

*G: de 50 a 54 años ..... 2*

*Edad promedio: 30.6 años.*

*Edad minima: 22 años.*

*EDAD MAXIMA: 54 años.*

# distribucium

## pur sexu

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

P  
A  
R  
T  
I  
C  
I  
P  
A  
N  
T  
E  
S

f

m

SEXO

# Distribucion por servicio

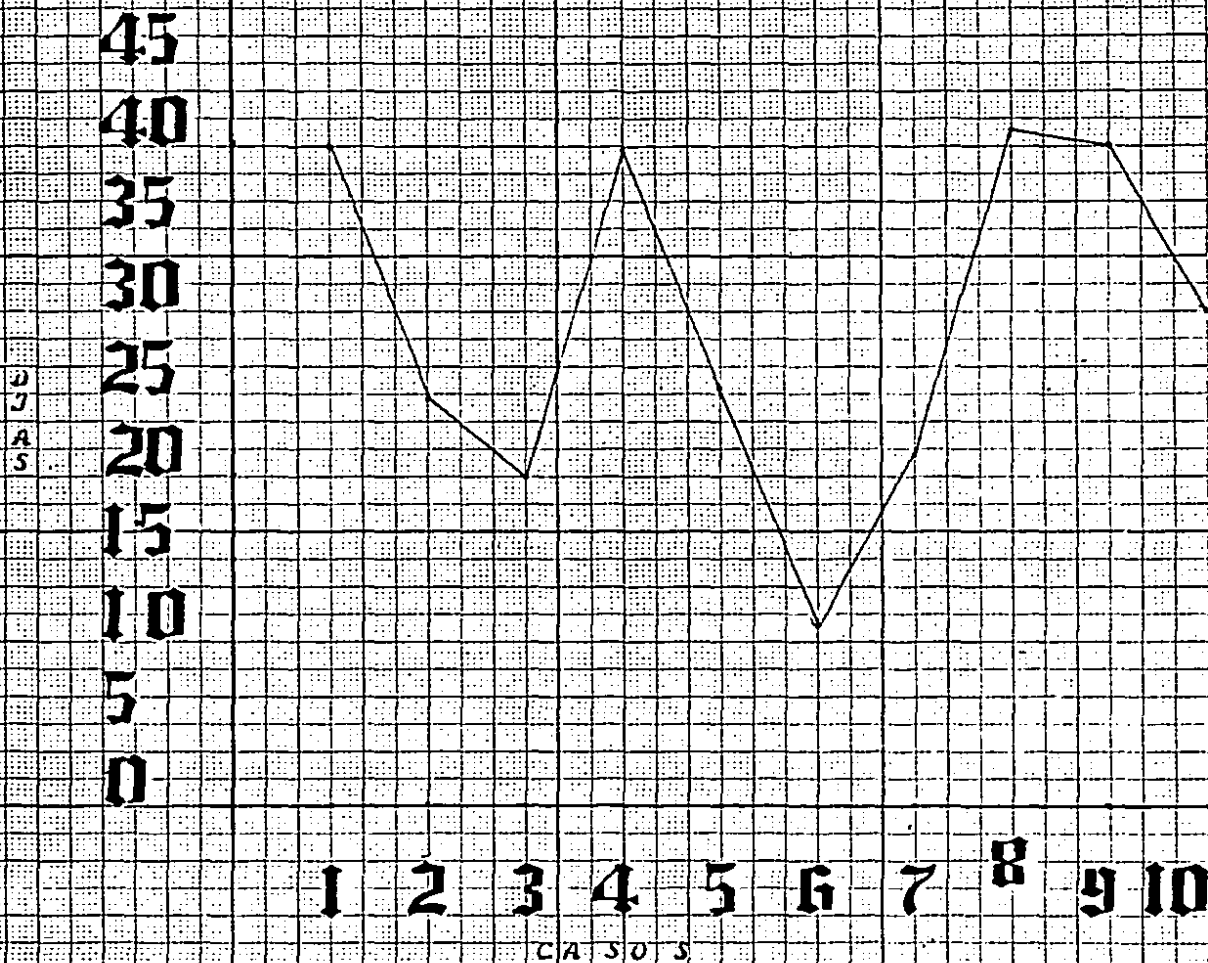
10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0

P  
A  
C  
J  
E  
N  
T  
E  
S

g.u.

c.g.

# días de hospitalización



# resultados de laboratorio

P  
A  
C  
I  
E  
N  
T  
E  
S

9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0

a

b

c

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.-  
*Vigilancia prolongada en pacientes gravemente enfermos.* BAKER ROBERT J. *Clinicas quirúrgicas de Norteamérica* . Dic. 1977 . Pag 1141 a 1160.
- 2.-  
*Operaciones para enfermedades inflamatorias del intestino delgado.* BLUCK WARGE GULLIHAW ARMANDO. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica* Diciembre 1977.
- 3.-  
*Infecciones quirúrgicas nosocomiales frecuencia y costo.* BRACHMAN PHILIP S y COL. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica* De Volumen 1 de 1980 pag. 13 a 25.
- 4.-  
*Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna 14ava edición . Editorial Interamericana. Tomo JJ. Pag 1073 a 1075 - 1079 y 1598.*
- 5.-  
*Epidemiología de las infecciones de Herida* CRUSE PETER J.E y / . E.J. FOORD . ROSEMARY. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica. Volumen 1* 1980 pag 25 a 38 .
- 6.-  
*HARRISON . MEDICINA INTERNA 8TA y 9 na ediciones . La prensa medica Mexicana 1979. Pag 965 218 . y 692 , 556 a 561.*
- 7.- JESUS KUMATE . *Manual de Infectología . Ediciones Medicas del Hospital Infantil de Mexico. Pag 201 a 209.*
- 8.-  
*Infecciones quirúrgicas de las vias genitales femeninas.* LEDGER WILLIAM . *Clinicas quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 1* 1980 pag 229 a 236.

9.-

Hallazgos histerosalpingográficos en pacientes con cesárea complicada por infección. MARCO SHAVIER MOLLEK DERVARDO y COL. Ginecología y Obstetricia de México. volumen 48 No. 285 Julio 1980 pag 23 a 26.

10.-

Infecciones después de cirugía gastrointestinal: absceso intraabdominal. NICHOLS RONALD. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica vol. 1 1980 pag 195 a 209.

11.-

Diseminación y causas de la infección. POLK HIRSH C. y COL. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica Agosto 1976 pag 817 a 829.

12.-

Schwartz y COL. Year Book of Surgery. Medical publishers Vol 7 ano 75 pag 65a

66.

13.-

Schwartz y Col. Year book of Surgery - Medical Publishers. Vol. 7 ano 77 pag 71a 72.

14.- SCHWARTZ y COL. Year book of Surgery. Medical Publishers. ano 81 pag 128.

15.-

Schwartz y COL. Year book of surgery. Medical Publishers ano 80 pag 70- 71.

16.-

Mortalidad materna asociada a la Operación Cesarea. SHOR PINSKER VELVL y COL. Ginecología y Obstetricia de México. vol. 50 No. 303. Pag 189 a 195 Julio 82.



17.-

JHSS *La medicina Familiar en México ( Documento interno)*

18.-

Achenman N. W *Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Ediciones Hormé . Buenos Aires 1974.*

19.-

*Conferencia dictada por el Lic. Pablo Pindas Ch. del Instituto Mexicano del Estudios Sociales, A.C. Durante el IV Curso Internacional de Salud y Población*