

11217
47
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Hospital de Gineco-Obstetricia

"Dr. Luis Castelazo Ayala"

I . M . S . S .

USO DEL DRENOVAC EN LA HISTERECTOMIA

TOTAL ABDOMINAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS DE POSTGRADO

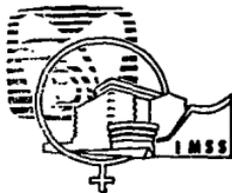
Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a
DR. RANFERI GAONA ARREOLA

Asesor de Tesis: Dr. José Luis Sánchez Acuña

MEXICO, D. F.

1991



[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]



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 está 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

INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	4
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	13
GRAFICAS	16
DISCUSION	21
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24

INTRODUCCION

Gracias a los avances en materia de profilaxis antibiótica, la cirugía ginecológica programada representada en la histerectomía, se ha visto beneficiada en forma importante por la disminución en la morbilidad infecciosa postoperatoria (1,2,3,14,16).

Aunque se tiene una amplia experiencia con diversos esquemas antimicrobianos profilácticos con resultados similares, aún es motivo de preocupación la presencia de abscesos de cúpula vaginal en pacientes que han recibido manejo (1,7,11,12,13,).

Por tal motivo existen publicaciones que han propuesto como método adicional el empleo de equipos de succión continua cerrada para evacuar el líquido sero-hemático peritoneal que se acumula en cavidad pélvica en el postoperatorio (18,19,20,21).

Es controversial el empleo de drenajes en cirugía programada, sin embargo, conociendo la biomecánica de los drenajes pasivos como el Pen-Rose y activos como el Drenovac,

la utilización de este último en cirugía programada pudiera representar una esperanza más para la lucha contra la morbilidad infecciosa intraperitoneal y mayor disminución de estas complicaciones cuando se usa de manera simultánea algún esquema antimicrobiano profiláctico (19,20).

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

La utilización de drenaje o canalización en cirugía ginecológica es motivo de controversia y aún no hay suficiente apoyo científico para su aplicación actual (14).

A través de los años se han diseñado diversos tipos de drenaje y de acuerdo a su mecanismo de acción se han clasificado en dos grupos: Drenajes Pasivos y Drenajes Activos (15).

LOS DRENAJES PASIVOS: (Pen-Rose) dependen en mayor parte de la presión de la cavidad abdominal, de la acción capilar o de ambos para su función actuando con la gravedad. Los movimientos respiratorios dentro de la cavidad abdominal hacen que la presión cambie de positiva a negativa produciendo flujo retrogrado del material de los bordes de la piel hacia dentro y afuera de la herida, causando contaminación de la misma.

LOS DRENAJES ACTIVOS: Trabajan en contra de la gravedad y siempre tendrán una presión negativa dirigida hacia el exterior del cuerpo. Estos drenajes pueden ser abiertos o cerrados.

Los drenajes cerrados son tubos simples con perforaciones a todo lo largo de la porción intracorporal, mecanismo que aumenta la recolección y el flujo de líquidos evitando la oclusión que favorece de esta manera la eliminación de importantes cantidades de líquidos. Además se les ha adicionado una fuente de aspiración continua que favorece de manera considerable la extracción de líquidos en contra de la gravedad (Drenovac). Los drenajes abiertos de acción positiva son un tubo dentro de otro que permite flujo continuo de aire favoreciendo la mas rápida limpieza de los tubos (15).

La revisión bibliográfica muestra un número de pacientes complicadas con infección postoperatoria en la cirugía ginecológica y de acuerdo a diferentes autores se reporta en la histerectomía abdominal incidencia del 0-20%, mientras que en la histerectomía vaginal varía de un 15-40% (2,10,11,15,17).

El abrir órganos y cavidades colonizadas por bacterias durante la cirugía (vaginal, colón, etc.) favorece la presencia de infecciones en el postoperatorio, este hecho ha motivado la utilización de métodos profilácticos como un intento para disminuir la incidencia de morbilidad infecciosa

en el postoperatorio. En la actualidad se utilizan dos tipos de profilaxis: 1) Antibióticos que actúan eliminando la actividad bacteriana (1,5,7,12,13,17) y 2) Mecánico el cual incluye el uso de drenajes que actúan eliminando colecciones sero-hemáticas y material de destrucción tisular evitando la presencia de un medio ideal para desarrollo bacteriano (8,18,19,20,21).

Swartz y Tanaree demostraron que un promedio de 40 cc (rango del 0-200 cc) de líquido serosanguinolento estuvo presente de manera rutinaria en la cavidad pélvica posterior a la histerectomía abdominal o vaginal (19,20).

Hay estudios referidos en los que el uso de drenaje transvaginal por Sonda T no pudo lograr resultados equivalentes a los de los antibióticos profilácticos y tampoco encontraron efectos benéficos adicionales cuando se combinó con ellos (6).

Poulsen no encontró mejoría de la morbilidad febril de la histerectomía en pacientes solo con drenaje a través de vagina con Sonda en T comparación a un grupo control a los cuales manejó únicamente con un antibiótico profiláctico (14).

Se ha mencionado un defecto intrínseco de la técnica de la Sonda en T, del drenaje a través de la herida vaginal ya que este es un sitio muy contaminado, de tal manera que en la actualidad se prefiere que el drenaje en operaciones abdominales se exteriorice a través de heridas separadas por vía abdominal y la técnica de la histerectomía sea cerrada en la cúpula vaginal (18,21).

En otros estudios se demostró que la utilización de drenaje por succión continua disminuye de manera considerable la alta incidencia de infección pélvica y la morbilidad febril asociada a la histerectomía abdominal, colocando en el hueco pélvico drenaje por tubo succión de Sonda en T exteriorizada a través de la herida vaginal durante 24-48 horas del postoperatorio (18,19,20,21).

Swartz y Tanaree observaron además que la morbilidad post histerectomía disminuía aún más si aunado al drenaje se utilizaban antibióticos profilácticos (19,20).

Aún no se ha resuelto cuanto tiempo deben permanecer los drenajes, sin embargo, mientras menos tiempo permanezcan en la herida menor posibilidad habrá de complicaciones por el drenaje, tal como lo reportó Halsted (9).

HIPOTESIS VERDADERA.

El empleo de profiláxis antimicrobiano asociada al uso de Drenovac en la cirugía electiva y programada de la histerectomía abdominal, disminuye la morbilidad infecciosa intraperitoneal postoperatoria.

HIPOTESIS NULA.

El empleo de profiláxis antimicrobiana asociada al uso de Drenovac en la cirugía electiva y programada en la histerectomía abdominal, no disminuye la morbilidad infecciosa intraperitoneal en el postoperatorio.

OBJETIVOS.

- Demostrar la disminución de la morbilidad postoperatoria de la histerectomía abdominal electiva y programada en padecimientos no oncológicos ni sépticos, mediante el empleo de Drenovac y esquemas antimicrobiano profiláctico.
- Disminuir los días de estancia hospitalaria

MATERIAL Y METODOS

De enero de 1989 a enero de 1990 se estudiaron prospectivamente 60 pacientes en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala" del IMSS de la Ciudad de México, D.F. A quienes se les realizó histerectomía total abdominal (HTA) dejando cúpula vaginal cerrada. Las pacientes fueron divididas en dos grupos de 30 pacientes.

GRUPO "A" O GRUPO ESTUDIO: 30 pacientes con los siguientes criterios de inclusión:

Edad comprendida entre los 30-50 años.

Sin patología crónica agregada.

No tomando en cuenta el número de gestaciones o partos.

Sin cirugía abdominal previa.

Con diagnóstico clínico y/o gabinete de miomatosis uterina, adenomiosis o hiperplasia endometrial.

Programada para cirugía electiva

Preoperatorios dentro de la normalidad (biometría hemática, tiempos de coagulación, protrombina, tromboplastina, plaquetas general de orina, urocultivo y exudado cervicovaginal).

Papanicolaou negativo de malignidad.

Biopsia de endometrio que demostraba ausencia de enfermedad maligna.

Cirugia realizada bajo anestesia regional y/o general balanceada.

Recibieron cloranfenicol profiláctico lgr. endovenoso, 1 hora antes de la cirugía a las 2 y 8 horas posteriores al procedimiento quirúrgico, completando 3 dosis.

Se les dejó sonda foley a permanencia durante las primeras 24 horas del postoperatorio.

Se les aplicó drenaje (Drenovac calibre 1/8) colocando en hueco pélvico y exteriorizado por herida abdominal separada, mismo que se retiró 24 horas posterior al acto quirúrgico.

GRUPO "B" O CONTROL: 30 pacientes que reunieron las mismas características del grupo "A" estudiado con la diferencia que no le fue aplicado Drenovac.

Se excluyeron del presente estudio:

Pacientes que no reunieron las características descritas previamente.

Aquellas que se les practicó histerectomía subtotal abdominal o histerectomía vaginal.

Cuando se dejó cúpula vaginal abierta o se haya aplicado algún tipo de drenaje diferente al utilizado en el grupo "A".
Pacientes con antecedentes de Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

Se consideró morbilidad febril a la presencia de temperatura oral mayor de 38 grados centígrados en dos tomas con 4 horas de diferencia, excluyendo las primeras 24 horas del postoperatorio (8).

Se hizo diagnóstico de infección urinaria a la presencia de síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical) aunados a fiebre y/o alteraciones en el exámen general de orina como presencia de más de 10 leucocitos por campo o bacterias de dos o mas cruces (8).

Se consideró diagnóstico de absceso de cúpula vaginal a la presencia de fiebre sin otro origen aparente aunado a la existencia de dolor pélvico, salida de secreción a través de vagina y/o la detección de colecciones intrapélvicas por clínicas y/o ultrasonido (8).

Se consideró absceso de pared a la presencia de fiebre en el postoperatorio, dolor abdominal y la evidencia clínica de hipertermia, hiperemia y secreción a través de herida

quirúrgica (8).

Se tomó como estancia prolongada a la permanencia mayor de 5 días a partir del día de su ingreso al hospital.

RESULTADOS

La distribución por edad corresponde a un promedio de 40.2 (rango 30-49 años) en el grupo estudiado y para el grupo control el promedio de edad fue de 40.6 años (rango 30-50 años). Tabla 1

En relación a la paridad de las pacientes en el grupo estudiado fueron nuligestas (3), primigestas (1), secundigestas (5) y trigestas con mas gestaciones (21) mientras que en grupo control nuligestas (3), primigestas (1), secundigestas (1) y trigestas con mas gestaciones (25), Tabla 2.

El diagnóstico preparatorio en el grupo estudiado fue de miomatosis uterina en 25 pacientes (83%), hiperplasia de endometrio en dos (7%) y adenomiosis en 3 (10%); y para el grupo control miomatosis uterina en 23 pacientes (76.6%), hiperplasia en 4 (13.4) y adenomiosis 3 (10%), Tabla 3.

Se corroboró histopatologicamente el diagnóstico preoperatorio en 26 pacientes de ambos grupos, encontrando utero sano en 8 pacientes (4 de cada grupo) las cuales fueron operadas por miomatosis uterina, Tabla 4.

La cirugía que mas se realizó fue histerectomía sin salpingo-ouferectomía en 18 pacientes del grupo estudio "A" y 20 del grupo control; histerectomía mas salpingo-ouferectomía bilateral en 3 pacientes de cada grupo; histerectomía mas salpingo-ouferectomía derecha en 3 pacientes del grupo estudio y 5 del grupo control salpingo-ouferectomía izquierda en 8 pacientes, del grupo estudio 6 y del grupo control 2, Tabla 5.

La indicación de salpingo-ouferectomía fue por encontrar alguna otra patología agregada a los anexos principalmente quistes para tubaricos u ovaricos, mismos que fueron reportados benignos.

El tipo de anestesia mas utilizada fue general en el 73% de las pacientes de ambos grupos, regional en el 20% y mixta en un 7%, Tabla 6.

El sangrado fue de 390 ml. en promedio en el grupo estudio con rango de 250-700 cc, mientras que en el grupo control el promedio de 500 con rango de 200-1300 cc. Se transfundi6 en una paciente 1 unidad de sangre en el transoperatorio (paciente del grupo control), Tabla 7.

Los días de estancia hospitalaria para el grupo de estudio fue de 4.5 días (rango 4-10 días) y en el grupo control el promedio fue de 6.2 días con rango de 4-15 días, Tabla 8.

La cantidad de líquido sero-sanguinolento en el grupo estudio fue de 20-150 cc promedio 30 cc, Tabla 9.

En el grupo estudiado se encontró fiebre en 3 pacientes; dos cursaron con cuadro de infección urinaria y una paciente presentó absceso de pared. En este grupo ninguna paciente desarrollo absceso de cúpula vaginal, mientras que en el grupo control se presentó fiebre en 11 pacientes, dos pacientes con absceso de cúpula vaginal; una presentó absceso de pared, en cuatro hubo infección de vías urinarias y cuatro pacientes tuvieron fiebre por mas de 24 horas en las cuales la causa no fue determinada.

GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
EDAD		EDAD	
30 - 49	años	30 - 50	años
X - 40.2	años	X - 40.6	años
n = 30		n = 30	

TABLA 1.

PARIDAD			
GRUPO ESTUDIADO		GRUPO CONTROL	
NULIGESTAS	3	NULIGESTAS	3
PRIMIGESTAS	1	PRIMIGESTAS	1
SECUNDIGESTAS	5	SECUNDIGESTAS	5
TRIGESTAS O MAS	21	TRIGESTAS O MAS	25
n = 30		n = 30	

TABLA 2.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL
25	MIOMATOSIS UTERINA	23
2	HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	4
3	ADENOMIOSIS	3
n = 30		n = 30

TABLA 3.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL
21	MIOMATOSIS UTERINA	19
2	HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	4
3	ADENOMIOSIS	3
4	UTERO SANO	4
n = 30		n = 30

TABLA 4.

OPERACION EFECTUADA

GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL
18	HISTERECTOMIA SIN SALPINGO-OFORECTOMIA	20
	HISTERECTOMIA MAS SALPINGO-OFORECTOMIA	
3	BILATERAL	3
	HISTERECTOMIA MAS SALPINGO-OFORECTOMIA	
3	DERECHA	5
	HISTERECTOMIA MAS SALPINGO-OFORECTOMIA	
6	IZQUIERDA	2
n = 30		n = 30

TABLA 5.

TIPO DE ANESTESIA

GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL
22	GENERAL	22
6	REGIONAL	6
2	MIXTA	2
n = 30		n = 30

TABLA 6.

SANGRADO

GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL
250 - 700	MILILITROS	200 - 1300
390	PROMEDIO	500
0	TRANSFUSIONES	1 (1 UNIDAD)

TABLA 7

ESTANCIA HOSPITALARIA

GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL
4 - 10	DIAS	4 - 15
4.5. DIAS	PROMEDIO	6.2 DIAS

TABLA 8

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

LIQUIDO EN DRENOVAC

SOLO EN GRUPO ESTUDIADO

20 - 150 MILILITROS
30 cc PROMEDIO

TABLA 9

MORBILIDAD FEBRIL INFECCIOSA

GRUPO ESTUDIADO		GRUPO CONTROL
0	ABSCESO DE CUPULA VAGINAL	2
1	ABSCESO DE PARED	1
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS	4
0	FIEBRE DE CAUSA NO DETERMINADA	4
3 de 30		11 de 30

TABLA 10

DISCUSION

La disminución de la morbilidad infecciosa se ha visto favorecida por los distintos esquemas antimicrobianos profilácticos utilizados en cirugía programada y electiva de acuerdo a los diferentes esquemas reportados en la bibliografía, independientemente de los esquemas empleados ya que los resultados son similares (1,2,3,7,11,12).

En el presente estudio cuando se utilizó además de un antimicrobiano profiláctico el Drenovac, se encontró una disminución notoria de la morbilidad infecciosa intraperitoneal (0 de 30 pacientes) en el grupo estudiado. Esta incidencia es menor a la reportada por otros autores (2,10,11,15,17), mientras que otras causas de morbilidad no presentaron modificaciones en su incidencia (infección urinaria, absceso de pared), estas se deben a defectos de técnicas quirúrgicas y manejo de sonda vesical.

El Drenovac fue retirado en las primeras 24 horas del postoperatorio y se encontró un promedio de 30 cc de líquido sero-sanguinolento cifras similares a las reportadas por Swartz y Tanaree.

Este hecho nos permite avalar el efecto del drenaje por succión continua exteriorizado por controvertura, mismo que actúa eliminando el líquido ser-hemático presente en hueco pélvico, que se considera un medio de cultivo favorecedor de la infección intraperitoneal en el postoperatorio (11).

Al igual que Poulsen, nosotros encontramos disminución de la morbilidad febril en el grupo con drenaje que en aquel manejado únicamente con profilaxis antimicrobiana, ya que en el grupo control (sin drenaje) se encontró presencia de fiebre en 4 de 30 pacientes en las siguientes 24 horas del postoperatorio sin encontrarse causa aparente, hecho que no se presentó en el grupo manejado con Drenovac de aquí que la fiebre pudiera explicarse por el efecto causado por la absorción de líquido sero-hemático acumulado en la cavidad pélvica.

CONCLUSIONES

1. La utilización de drenaje por succión continua cerrada (Drenovac) más antibióticos profilácticos disminuye la infección intraperitoneal en la histerectomía total abdominal.
2. La utilización del Drenovac no modifica la presencia de otras causas de morbilidad febril en el postoperatorio (absceso de pared e infección urinaria).
3. Al utilizar el drenaje en cirugía ginecológica (Drenovac) preferimos su exteriorización por abdomen a través de herida separada. A diferencia de otros que los exteriorizaron por vía vaginal.
4. Se requiere de un grupo mas numeroso para efectuar un análisis estadístico de los datos que permita confirmar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Alan S. Comparison of cefoteton and cefoxiten prophylaxis for abdominal and vaginal hysterectomy. Am J. Obstet. Gynecol. 158 (3): 706, 1988.
- 2.-Allen J.L. Use of prophylactic antibiotic in elective major gynecologic operations. Obstet Gynecol 39:218, 1972.
- 3.-Bravo Sandoval J. La morbilidad en la histerectomía abdominal y en la histerectomía vaginal. Ginec. Obst. Mex. 33 (199): 505, 1973.
- 4.-Bruden J.T. Low-dose prophylactic of vaginal hysterectmies. Obstet. Gynecol. 41:689, 1973.
- 5.-Certwright P.S. The use of antibiotics in obstetrics and gynecology. A review. Obstet. Gynecol. Surv 39:537, 1984.
- 6.-Galle P.C. Urban P.B. Single dose caroenecellium Vs T. Tube drainge in patients undergoing vaginal hysterectomy. Surg Gynecol. Obstet. 153:351, 1981.
- 7.-Hemsell D.L. Preoperative cefotixen prophylaxis for elective abdominal hysterectomy. Am. J Obstet. Gynecol. 153:225, 1985.
- 8.-Lacobus Wijma. Antibiotics and suction drainage as prophylaxis in vaginal and abdominal hysterectomy. Obstetrics and Gynecology 70 (3 part 1), 1987.
- 9.-Most J.P. Historical and current perspectives on surgical drainage Surg Gyneco. Obstet. 152:517, 1981.
- 10.-Neva Roberto. Morbimortalidad e4n la Histerectomía Abdominal y en histerectomía vaginal. Ginec. Obst. Mex. 33 (199): 505, 1973.
- 11.-Nissen D.A. perpective investigation of the etiology of febrile morbidity following abdominal hysterectomy. Am J. Obstet Gynecol. 125:442, 1976.
- 12.-Ohm M.J. The efect of antibiotic prophylaxis on patients undergiong abdominal hysterectomy. Effect morbidity. Am J Obstet. Gynecol. 125:442, 1976.

- 14.-Poulsen H.K. Borel J. T. Tube suction drainage and/or prophylactic two-dose metronidazol in abdominal hysterectomy. Acta Obstet. Gynecol. Scand 63:711, 1984.
- 15.-Rios Montiel. Morbilidad en la Histerctomía Total Abdominal, Memorias Congreso Anual de Gynecología y Obstetricia, 1989.
- 16.-Sebastian Faro. Prevention of infection after obstetrics and gynecologyc surgery. Journal Reproductive Medicine 33(1): 154, 1988.
- 17.-Shapiro M. Risk factors for infection at the operative site after abdominal or vaginal hysterectomy N.Engl J. Med. 307:1661, 1982.
- 18.-Smith S.R.G. Gilmore O.J. Surgical drainage. Br J. Hosp. Med. 33:308, 1985.
- 19.-Swartz WH, Tanaree T, Tube suction drainage as an alternative to prophylactic antibiotics for hysterectomy. Obste. Gynecol. 45:305, 1975.
- 20.-Swartz WH.Tanaree T. Tube suction drainage and/or prophylactic antibiotics. Obstetrics and Gynecology 47:6, 1976.
- 21.-Thomas G. Day. Drainage in gynecological surgery. Clin Obstet Gynecol. 31 (3): 744, 1988.