

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

223

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL LA RAZA
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

IMPACTO DE LA MORBILIDAD DE LA CIRUGÍA
GINECOOBSTÉTRICA EN LA ACTIVIDAD DEL CIRUJANO
GENERAL

PRESENTA
Dr. HUGO ALEJANDRO ~~SÁNCHEZ AGUILAR~~
MÉDICO RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL

Asesor Dr Jesús Arenas Osuna

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

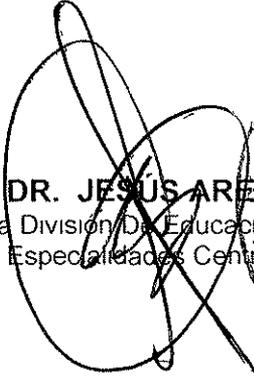


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



DR. JESUS ARENAS OSUNA

Jefe De La División De Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DR. HUGO ALEJANDRO SANCHEZ AGUILAR

No DE REGISTRO: 2001 - 690 - 0144



**DIVISION DE INVESTIGACION
DIVISION DE EDUCACION Y GRADUADOS
FACULTAD DE MEDICINA 2
S. J. A. M.**

AGRADECIMIENTOS

A la memoria de mi Padre.

A mi madre que ha trabajado tanto,

A mi tía Pilar, la otra mamá.

A Verónica y Oscar, mis cómplices en la infancia.

Al Hospital de la Raza, con cariño. A mis profesores, con respeto

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

IMPACTO DE LA MORBILIDAD DE LA CIRUGÍA GINECOOBSTETRICA EN LA ACTIVIDAD DEL CIRUJANO GENERAL

OBJETIVO

Analizar la repercusión de la patología ginecoobstétrica en la actividad del cirujano general, en el servicio de Cirugía General de Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio abierto, retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional para el análisis del manejo por el cirujano general de enfermedades ginecoobstétricas o complicaciones derivadas de su manejo. Se consultaron las hojas de egreso hospitalario y los expedientes clínicos, obteniendo datos como edad, diagnóstico inicial, complicaciones, cirugías realizadas por el cirujano general, estancia hospitalaria. Análisis estadístico univariado

RESULTADOS

Se revisaron 51 expedientes reportándose un rango de edad entre 25 y 83 años, siendo el grupo más frecuente entre los 36 y 45 años. El diagnóstico que motivó la cirugía electiva fue miomatosis uterina y de urgencia las complicaciones de enfermedad quística ovárica. En el servicio se manejaron a 11 pacientes con complicaciones derivadas de cirugía ginecoobstétrica, realizándose 18 procedimientos diferentes y correspondieron a perforaciones del tracto digestivo. Las complicaciones secundarias a procedimientos ginecológicos generaron 323 días de estancia hospitalaria, siendo un promedio de 4.3 días en cirugías no complicadas y de 13.4 días en las cirugías complicadas.

CONCLUSIÓN

No existe división exacta entre cirugía ginecológica y abdominal, por lo que el Cirujano General frecuentemente es el médico de primer contacto, e incluso el médico tratante de este tipo de padecimientos y sus complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Cirugía ginecoobstétrica, morbilidad, complicación



SUMMARY

IMPACT OF DE MORBIDITY OF GYNECOOBSTETRIC SURGERY ON ACTIVITY OF GENERAL SURGEON.

OBJETIVE

To analyze the repercussion of Gynecobstetric pathology in the activity of the general surgeon, in the service of general surgery of the Hospital de Especialidades Centro medico La Raza

MATERIAL AND METHODS

We was carried out an open, retrospective descriptive study, transversal and observational for the analysis of the treatment of gynecobstetric pathology or its complications by general surgeons It was consult the clinical records and carried out age, initial diagnostic, complications, surgery performed by a general surgeon and clinic permanency

RESULTS:

It was reviewed 51 clinical records finding an age rank among 25 and 81 years old and the most frequent among 36 and 45 years The most common diagnostic was uterine myomas, and de most common diagnostic of urgency was ovarian cyst complicated It was treated 11 patients with complications as a result of gynecobstetric surgery realizing 18 different surgeries, the most common complications were perforation in the digestive tract These complications generate 323 days of clinical permanency with an average of 4 3 days in non-complicated surgeries and 13 4 days in complicated surgeries

CONCLUSIÓN

There are not a separation among the gynecological surgery and the general, for that reason the general surgeon frequently is the first physician and inclusively the only who treat these diseases and its complications

Key Words Gynecobstetric surgery, morbidity, complications



INTRODUCCION

La cirugía ginecoobstétrica es el tipo de intervención quirúrgica que se realiza con mas frecuencia. Existen reportes que demuestran que la cesárea es la cirugía mayor de urgencia que mas se realiza, mientras que la histerectomía en sus diferentes modalidades es la intervención quirúrgica electiva mas frecuente en mujeres (1). En los Estados Unidos se estima que se realizan aproximadamente 590 000 histerectomías anualmente con un promedio aproximado de 5.5 por cada 1000 mujeres (2,3,4).

El primer dato que existe sobre la descripción de la cesárea data de una publicación francesa de 1598, entonces la mortalidad materna era prácticamente del 100% siendo el último recurso para la resolución obstétrica. No fue sino hasta el advenimiento de las suturas quirúrgicas a fines del siglo XIX cuando mejoró el pronostico de la cesárea, convirtiéndose con el tiempo en uno de los procedimientos realizados con mas frecuencia (26).

En México la cesárea es la cirugía mayor que se practica con mas frecuencia, se observó que en los últimos 30 años ha tenido tendencia a su incremento, asociado a la industrialización del país.

En el decenio de 1987 a 1996 se realizaron 229 519 Cesáreas tan solo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin contar a las demás instituciones públicas y privadas. En ese mismo lapso en la región de



La Raza las cesáreas realizadas representaron el 21.2% en todo el IMSS, ocupando el primer lugar. (5)

Dado que la cirugía ginecoobstétrica es la más frecuentemente realizada en nuestro medio, se infiere que en las complicaciones asociadas a todo procedimiento quirúrgico las de origen ginecoobstétrico también ocupen un lugar importante. Está bien establecido que las complicaciones del tracto urinario son las principales complicaciones asociadas a cirugía ginecoobstétrica, en especial durante la histerectomía donde se demuestran lesiones de vejiga hasta en 0.13% y de ureteros en 0.1% (6, 7, 8,10) aunque con el advenimiento de nuevas técnicas quirúrgicas este porcentaje puede elevarse hasta 1.3% (9,26, 27) El paso crítico en el que se efectúa la lesión vesical inadvertida es en el momento de efectuar el despegamiento de la superficie del istmo uterino, esto puede generar una fístula vesico-vaginal alta que generalmente se localiza en el ápice de la cúpula vaginal. El cirujano general en muchas ocasiones es el médico de primer contacto sino hasta el médico tratante de estos casos por lo que debe estar familiarizado con estos procedimientos tanto para evitar incurrir en tal complicación como para la detección y corrección oportuna en caso de presentarse (11,14)

En estudios realizados en el Hospital General de México se observó que un buen porcentaje de los padecimientos manejados por el servicio de cirugía general corresponden al área de la ginecología, de las cirugías de urgencia realizadas entre 1985 y 1988 el 17% se



complicaron con sepsis, de las cuales aproximadamente el 4% corresponden a cirugías ginecoobstétricas siendo la mitad de ellas posteriores a cirugía de tipo cesárea, histerectomía o Legrado Uterino Instrumentado por aborto séptico (12, 13) En un estudio mas amplio se encontró que la patología aguda ginecológica es una causa importante de abdomen agudo con manejo por el cirujano general, aunque se tenga disponible el servicio de ginecología Esta ocupa aproximadamente el 8.4% de las cirugías de urgencia siendo los diagnósticos mas frecuentes quiste de ovario torcido, embarazo ectópico roto y prosálpinx. (14)

Los procedimientos quirúrgicos en general son la principal causa de formación de adherencias y por consiguiente de oclusión intestinal Se ha demostrado que las pacientes quienes se han sometido a cirugía ginecológica tienen mayor probabilidad de desarrollar oclusión intestinal que quienes se han sometido a otro tipo de cirugías abdominales en ausencia de malignidad, la incidencia de obstrucción intestinal es de entre 1.6 y 2.8% en las pacientes quienes tienen antecedente de histerectomía abdominal, esto representa 2 a 3% mayor probabilidad que en las pacientes que no tienen antecedente de cirugía pélvica (15, 16) Sin embargo cuando existe patología maligna las complicaciones pueden ser aún mas frecuentes, en muchos de los casos acompañan al enfermo durante mucho tiempo y muy frecuentemente se convierten en la causa principal del deceso pudiendo llegar a ser mas graves e incapacitantes que la patología maligna primaria Este es el caso de las fístulas gastrointestinales,



enteritis asociada a radioterapia y las perforaciones espontáneas. En muchos de los casos el cirujano general realiza procedimientos quirúrgicos paliativos para derivar el tubo digestivo y manejo de la sepsis asociada (17,18,19)

Las complicaciones asociadas al tracto digestivo también se han asociado a cirugía ginecológica, en especial la histerectomía en sus diferentes modalidades; se han reportado complicaciones secundarias a histerectomía hasta en 17% que van desde infecciones de vías urinarias para tratamiento ambulatorio hasta sepsis y muerte (20, 21), de ellas las complicaciones de tracto digestivo se han reportado de entre 0.3 y 0.4% (21,22,23). Es evidente que las complicaciones relacionadas al tracto digestivo corresponden al cirujano general, para manejo médico e incluso reintervención (24,25)

Los tipos de lesión observados con mayor frecuencia son laceraciones, hematomas intramurales, perforaciones y devascularización. Las condicionantes principales de este tipo de lesiones durante los procedimientos ginecológicos y obstétricos incluyen obesidad, adherencias hacia las estructuras pélvicas y pared abdominal anterior (condicionado por eventos quirúrgicos previos) y los procesos inflamatorios y/o neoplásicos que modifican la anatomía de las estructuras pélvicas. Especial consideración debe observarse en la endometriosis pélvica en donde el proceso inflamatorio es capaz de fusionar prácticamente los órganos dificultando la disección entre ellos lo que en el curso de una cirugía aumenta el tiempo quirúrgico total, el despulimiento de los órganos intraabdominales, el sangrado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de las estructuras despulidas y en el peor de los casos fuga intestinal, muchas veces inadvertidas, todo lo anterior aumenta las probabilidades de formación de adherencias, infección de herida quirúrgica, formación de abscesos intra abdominales Sepsis y formación de fístulas (11,15,16,18) La importancia de la detección oportuna de las fugas intestinales, especialmente en colon fue descrita por Flint y colaboradores, quienes proponen un tipo reparación de la lesión en base al tiempo que transcurre desde que se produce hasta la corrección, la viabilidad del tejido a reparar y las condiciones generales del paciente, es evidente que entre mayor tiempo pase mayor es el deterioro que presentará el paciente (29)

De lo anterior se concluye que el Cirujano General en muchas ocasiones es el médico de primer contacto sino es que hasta el médico tratante de estos casos por lo que debe estar familiarizado en este tipo de procedimientos Existen antecedentes de estudios sobre el manejo de cirugía gineco obstétrica por el cirujano general tanto electiva como de urgencia (13,14,15), además de las complicaciones asociadas a estos procedimientos (1,2,11,16)

No existe un límite definido entre la cirugía abdominal y pélvica ya que los padecimientos que afectan a los órganos pélvicos frecuentemente involucran a órganos abdominales superiores Por otro lado las patologías gineco obstétricas constituyen los diagnósticos diferenciales en el quehacer del cirujano general, en muchas ocasiones es durante el trans operatorio en que se realiza el diagnóstico de certeza principalmente en cuanto al manejo de las

neoplasias ginecológicas intraperitoneales comúnmente halladas incidentalmente durante las laparotomías. Por lo tanto, es imperativo que el cirujano general tenga una clara comprensión de la patología ginecológica mas frecuente, ya sea para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO

El Objetivo del estudio fue analizar el impacto de la morbilidad quirúrgica ginecoobstétrica en el departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, en el Periodo del 1º enero 1997 al 31 Diciembre 2002

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio abierto, retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional para analizar la intervención del cirujano en el manejo de enfermedades ginecoobstétricas y/ o complicaciones derivadas de su manejo en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza" Se revisaron las hojas de egreso hospitalario y posteriormente los respectivos expedientes clínicos de pacientes cuya estancia hospitalaria resulte de alguna enfermedad ginecoobstétrica o de alguna complicación de la misma De los expedientes clínicos se registraron los siguientes datos

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico preoperatorio
- Cirugía ginecoobstétrica
- Condición de la cirugía
- Presencia de complicaciones

OBJETIVO

El Objetivo del estudio fue analizar el impacto de la morbilidad quirúrgica ginecoobstétrica en el departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, en el Periodo del 1º enero 1997 al 31 Diciembre 2002

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio abierto, retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional para analizar la intervención del cirujano en el manejo de enfermedades ginecoobstétricas y/ o complicaciones derivadas de su manejo en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza" Se revisaron las hojas de egreso hospitalario y posteriormente los respectivos expedientes clínicos de pacientes cuya estancia hospitalaria resulte de alguna enfermedad ginecoobstétrica o de alguna complicación de la misma De los expedientes clínicos se registraron los siguientes datos

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico preoperatorio
- Cirugía ginecoobstétrica
- Condición de la cirugía
- Presencia de complicaciones

- Tiempo transcurrido para el Diagnóstico y reparación de lesiones
- Cirugía realizada para corrección de complicaciones
- Número de reintervenciones
- Días de estancia hospitalaria

Los diagnósticos preoperatorios se dividieron en dos grandes grupos, ginecológicos y obstétricos, expresándose en forma porcentual. En cuanto a la condición de la cirugía se dividieron en cirugía urgente y programada, para posteriormente identificar la frecuencia de complicaciones en cada uno de esos grupos. De la misma forma los días de estancia hospitalaria se analizaron con respecto a la condición de la cirugía inicial y con la presencia o ausencia de complicaciones.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, de 1997 a 2001 se revisaron los expedientes clínicos de 51 pacientes quienes recibieron atención médica por enfermedades quirúrgicas gineco obstétricas o sus complicaciones .

La edad de las pacientes se observó entre 23 y 83 años con promedio de 47 años La mayor frecuencia en los grupos de edad se presentó entre los 36 y 45 años, reportándose 19 casos que equivalen al 37.2% (Anexo 1)

El diagnóstico preoperatorio inicial se clasificó en dos grupos El diagnóstico ginecológico con 47 casos (92.2%) y el diagnóstico obstétrico con 4 casos (7.8%) La patología ginecológica mas común fue miomatosis uterina en 23 casos (48.9%), Quiste de ovario roto con 12 (25.5%) y neoplasia maligna ginecológica, en específico Cáncer cervico-uterino con tres (6.3%) Teratoma quístico y cistoadenoma de ovario se confirmaron ambos en 2 sujetos (4.2%) y uno (2.1%) piosalpinx, cistocele Tumor funcional de ovario, mioma uterino infartado y ovario poliquístico (Anexo 2)

El diagnóstico obstétrico con mayor frecuencia encontrada fue embarazo ectópico roto con 3 casos (75%) y Migración de dispositivo intrauterino con un caso (25%%)



La técnica quirúrgica gineco obstétrica realizada con mayor frecuencia fue la Histerectomía Total Abdominal con 25 casos (50%) y la salpingectomía-ooforectomía con 20 casos (40) Una de las pacientes fue sometida a radioterapia y el diagnóstico que condicionó la intervención quirúrgica posterior fue el de oclusión intestinal por adherencias, ameritando manejo por cirugía general (Anexo 3)

Las condiciones de la cirugía inicial en 21 casos (41%) se realizó con carácter de urgencia siendo el diagnóstico más frecuente el quiste de ovario roto con 12 casos (Anexo 4) , mientras que en 30 casos (59%) la cirugía inicial se realizó con carácter de electiva siendo el Dx más frecuente Miomatosis uterina con 23 casos (Anexo 5)

Entre las complicaciones quirúrgicas en procedimientos gineco obstétricos se encontraron un total de 18 casos en 11 pacientes que ameritaron un total de 15 reintervenciones quirúrgicas De estos en 7 pacientes la complicación se presentó posterior a cirugía programada, 3 en cirugía de urgencia y una paciente posterior a radioterapia por cáncer cervicouterino . La oclusión intestinal y sepsis abdominal fueron las más frecuentes con 4 casos cada una (22 2% para cada una) Otras causas fueron lesión de colon, infección de herida quirúrgica, perforación de vejiga, perforación de ileon y fístula intestinal (Anexo 6) El tiempo promedio transcurrido entre el evento quirúrgico inicial y la identificación y resolución de las complicaciones fue de 5.2 días, siendo el más temprano el diagnóstico transoperatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de perforación de vejiga y el mas prolongado absceso residual intra abdominal

Las técnicas quirúrgicas realizadas por el cirujano general fueron en total 18 Se realizaron un promedio de 1.6 técnicas por paciente Los procedimientos mas frecuentes fueron lisis de adherencias por oclusión intestinal y lavado y drenaje de cavidad sepsis abdominal por perforación intestinal, con 4 casos cada uno (22.2 %) (Anexo 7)

Los días de estancia hospitalaria dentro del servicio del total de las pacientes fue de 323 días un promedio en general de 6.7 días por paciente Las 30 pacientes cuya cirugía inicial fue de carácter electivo tuvieron un promedio de 6.7 días cama contra 5.8 en 21 pacientes con cirugía de urgencia Las 11 pacientes cuya cirugía inicial presentó alguna complicación posterior tuvieron un promedio de 13.4 días cama contra 4.3 en las pacientes quienes no presentaron complicación alguna.

El análisis en cuanto a la morbilidad y mortalidad no se desarrolló en el trabajo ya que se encontraron datos incompletos en los expedientes clínicos, lo que podría condicionar errores de sesgo que originara resultados no acordes con la realidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

La división de la cirugía abdominal y pélvica en dos disciplinas es arbitraria ya que los procesos que afectan a los órganos pélvicos de la reproducción a menudo involucran órganos no reproductores pélvicos u órganos abdominales superiores. De la misma forma no es raro que las patologías gastrointestinales involucren órganos reproductores como útero, ovario y trompas de Falopio. Además, la patología gineco obstétrica frecuentemente debe diferenciarse de patologías gastrointestinales de resolución quirúrgica, no es raro que la diferencia se identifique durante el trans operatorio debiendo el cirujano general estar capacitado para el diagnóstico y resolución adecuadas, además de la resolución de las complicaciones que de ellas resulten (13,14,15)

Es de todos conocido que no existe procedimiento quirúrgico libre de riesgos potenciales, siendo obligación del quirúrgico conocer los principios básicos para la resolución de las mismas. Sin embargo es bien sabido que en nuestro medio, en general, un gineco obstetra no recibe durante su formación el entrenamiento necesario para la resolución de tales complicaciones, en especial las perforaciones del tracto digestivo, limitándose exclusivamente a la resolución de la patología gineco obstétrica, esto origina retraso en el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno de las complicaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen factores que predisponen a la presencia de complicaciones trans y postoperatorias, las principales son la obesidad, antecedentes de cirugía abdominal y la presencia de procesos quirúrgicos neoplásicos, estos últimos con una frecuencia tan elevada que supera con mucho a los demás factores de riesgo (15,18,29) Rebase a los objetivos del presente estudio el análisis de los factores de riesgo predisponentes a la presentación de complicaciones trans y postoperatorias

En el estudio se obtiene que el grupo de edad entre 26 y 45 años fue el mas numeroso, sugiriendo que se trata de pacientes en edad fértil y en plenitud laboral quienes mas solicitan la atención del cirujano general por patología ginecoobstétrica Por consecuencia es en este grupo de edades en donde se observa la mayor incidencia de complicaciones trans y postoperatorias poniendo en riesgo su futuro reproductivo y desenvolvimiento laboral

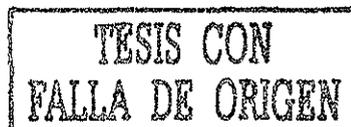
El tipo de patología base que originó la posterior intervención del cirujano general fue en la mayoría de los casos de tipo ginecológica superando por mucho a la obstétrica Es de notar esta tendencia pese a que son las intervenciones obstétricas el tipo de cirugía que mas se realiza en México e incluso en el mundo (5) A nivel institucional esto explica la marcada división entre las especialidades, el entrenamiento en la formación del cirujano general le permite diagnosticar y resolver

patología ginecológica, pero difícilmente participar de la resolución quirúrgica del embarazo

La técnica quirúrgica realizada con mayor frecuencia fue la histerectomía que en su mayoría se realizó en condición electiva y por diagnóstico de miomatosis uterina, seguida por laparotomía de urgencia para resolución de complicaciones de quistes de ovario ya sea por torsión o ruptura del mismo, en este caso todas bajo carácter de urgente. El resto de los diagnósticos correspondieron en su mayoría a hallazgos trans operatorios que el cirujano general tuvo que resolver, la excepción fue una histerectomía por mioma abortado e infartado, situación también resuelta por cirugía general.

Dentro del quehacer diario del cirujano general está la resolución de complicaciones quirúrgicas generadas de patología gineco obstétrica. Si bien es cierto que la resolución de una perforación intestinal es parte habitual de las entidades que debe resolver, resulta en especial útil saber que se originó como consecuencia de manipulación previa los órganos pélvicos por las características muy especiales que los distinguen de otros órganos abdominales. Flora bacteriana de gran patogenicidad y difícil erradicación, fácil formación de adherencias hacia órganos vecinos y fácil infiltración por contigüidad a órganos vecinos en caso de neoplasia maligna (11,15,16,18)

Las complicaciones mas frecuentes que se generaron como resultado del tratamiento quirúrgico de patología gineco obstétrica



fueron las lesiones del tubo digestivo, en particular las de intestino delgado, seguidas de procesos infecciosos a diversos niveles, desde pared abdominal hasta residuales a cavidad abdominal. En la mayoría de los casos los procesos infecciosos se asociaron a una solución de continuidad de la luz intestinal y a un retraso en el diagnóstico, ambos factores se suman para la formación de complicaciones tan graves como sepsis abdominal. En ninguno de los casos de perforación intestinal se identificó durante el transoperatorio, lo que aumenta el grado de dificultad al cirujano general al momento de la reintervención.

Es de llamar la atención el gasto de recursos materiales y humanos que genera el manejo de la patología gineco-obstétrica y sus complicaciones al servicio de cirugía general, en especial en el manejo de complicaciones sépticas, no solo generando un gran porcentaje de días cama por paciente, sino de aumento en las intervenciones quirúrgicas por cada paciente. El carácter de la cirugía (Electiva / urgente) no demostró gran diferencia entre sí, teniendo incluso mayor estancia hospitalaria la cirugía electiva, por el contrario cuando existió complicación alguna la estancia hospitalaria en el servicio de cirugía general se prolongó de forma importante, así como el número de eventos quirúrgicos.

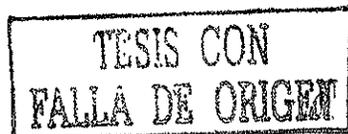
CONCLUSIONES

Del presente estudio se puede concluir lo siguiente

- Las patologías gineco – obstétricas son muy frecuentes por lo que el cirujano general debe estar familiarizado con su diagnóstico, tratamiento quirúrgico y la resolución de posibles complicaciones
- La patología ginecológica con frecuencia es diagnóstico diferencial y/o hallazgo trans operatorio del cirujano general
- La torsión – ruptura de quiste de ovario es la urgencia quirúrgica ginecológica que con mas frecuencia debe resolver el cirujano general por lo que debe estar capacitado para su diagnóstico y resolución adecuados
- La principal complicación postoperatoria de cirugía gineco obstétrica que requiere del manejo del cirujano general son las perforaciones intestinales, principalmente intestino delgado
- La resolución de complicaciones quirúrgicas gineco obstétricas genera una estancia hospitalaria prolongada en cirugía general

BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Cosson M, Rajabally R, Querleu D Hysterectomy. indications, surgical routes, cases for adnexal or cervical conservation Eur J Obstet Gynecol 1998,80 5-15
- 2 - Carlson KJ, Nichols DH, Schiff H Indications of hysterectomy N Engl J Med 1993;328.856-60
- 3 - Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Koonin LM, Morrow B, Kieke BA Hysterectomy surveillance – United States, 1980 – 1993 Mor Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ 1997,46 1-15
- 4 - Seago PD, Roberts WD, Johnson VK, Martin RW, Morrison JC, Martin JN Transactions of de sixty-sixth annual meeting of the central association of obstetricians and gynecologist Am J Obstet Gynecol 1999, 180 1385-93
- 5 - Velasco V, Nnavarrete E, Cardona JA, Madrazo M Aspectos epidemiológicos de la operación cesárea en el IMSS Rev med IMSS 1997,35 207-12
- 6 - Giberti C, Germinale F, Lillo M, Botino P, Simonato A, Carmignani G Obstetric and gynaecological ureteric injuries Treatment and results. Br J Urol 1996,77 21-6
- 7 - Aslan P, Brooks A, Drummond M, Woo H Incidence and managemente of gynaecological-related ureteric injuries Aust N Z J Obstet Gynaecol 1999,39 178-81
- 8 - Rejasekar D Urinary tract injuries during obstetric intervention Br J Obstet gynaecol 1997,104,731-4
- 9 - Harkki-Siren P, Sjoberg J, Tiitinen A Urinary tract injuries after hysterectomy Obstet Gynecol 1998, 92 113-8.



- 10 - Liapis A, Bakas P, Sykiotis K, Smyrniotis V, Creatsas G Urinomas as a complication of iatrogenic ureteric injuries in gynecological surgery. Eur J Obstet Gynecol 2000;91,83-5
- 11 - Davis JD. Management of injuries to the urinary and gastrointestinal tract during cesarean section Obstet Gynecol Clin 1999, 26:469-80
- 12 - Rodea h, Athié C, Guizar C, Zaldivar R, Flores J Experiencia en el tratamiento integral de 602 pacientes con sepsis abdominal Cir Gen 1999; 21 131-35.
- 13.- Montalvo E, Athié C, Guizar C Embarazo ectópico roto, experiencia de 6 años Cir Gen 1999,21 136-9
- 14.- Athié C, Guizar C, Rivera H. Epidemiología de la patología abdominal aguda en el servicio de urgencias del Hospital General de México Experiencia de 30 años Cir Gen 1999,21 99-104
- 15 - Bradley J, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery Clinical significance, etiology and prevention Am J Obstet Gynecol 1994,170 1396-403
- 16 - Al-Took S, Robert p, Tulandı T Adhesion-related small bowel obstruction after gynecologic operations Am J Obstet Gynecol 1999;180:313-5
- 17 -Krebs HB, Gopierud DR Mechanical intestinal obstruction in patients with gynecologic disease a review of 368 patients Am J Obstet Gynecol 1987,157 557-83
- 18 - Mendez LE Iatrogenic Injuries in Gynecologic cancer sugery Surg Clin North Am 2001,81 11-31
- 19.- Velasco V, Navarreta E, Pozos JL, Cardona JA Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en la región La Raza (1988 a 1997) Rev Med IMSS 1999,37 349-56

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20 - Nicholas L, Buller JL, Cundiff G, Chou B, Montz F Prevalence of perioperative complications among women undergoing reconstructive pelvic surgery Am J Obstet Gynecol 2000,183 1355-60

21.- Meyer E, Steege J Risk adjustment for complications of hysterectomy Limitations of routinely collected administrative data Am J Obstet Gynecol 1999,181 567-75

22 Harris WJ Early complications of abdominal and vaginal Hysterectomy Obstet Gynecol Surv 1995,50 795-805

23. Harkki-Siren P, Sjöberg J, Makinen J, Pentti K, Minna K, Thomas E, Laatikainen T Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: A review and complications of 1165 operations Am J Obstet gynecol 1997,176:118-22

24 - Waterstone M, Bewley S, Wolfe Ch Incidence and predictors of severe obstetric morbidity case-control study BMJ 2001,322 1089-94

25 - Dicker R, Greenspan J, Stratus L, Cowart M, Scally M, Peterson H Complications of abdominal and vaginal Hysterectomy among women of reproductive age in the United States Am J Obstet Gynecol 1982,144 841-8.

26 - De Leo V, De Palma P, Ditto A, Biferino V, Molinari B, La Marca Total abdominal Hysterectomy a randomized study comparing two techniques Eur J Obstet Gynecol 1999, 99: 141-5

27 - Leonard F, Lecuru F, Rizk E, Chasset S, Robin F, Taurelle R Perioperative morbidity of gynecological laparoscopy a prospective monocenter observational study Obstet Gynecol Surv 2000,55 353-4

28.- VitelioM, Navarrete E, Cardona J, Madrazo M Mortalidad maternal por sepsis Rev Med IMSS 1998,36: 223-9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

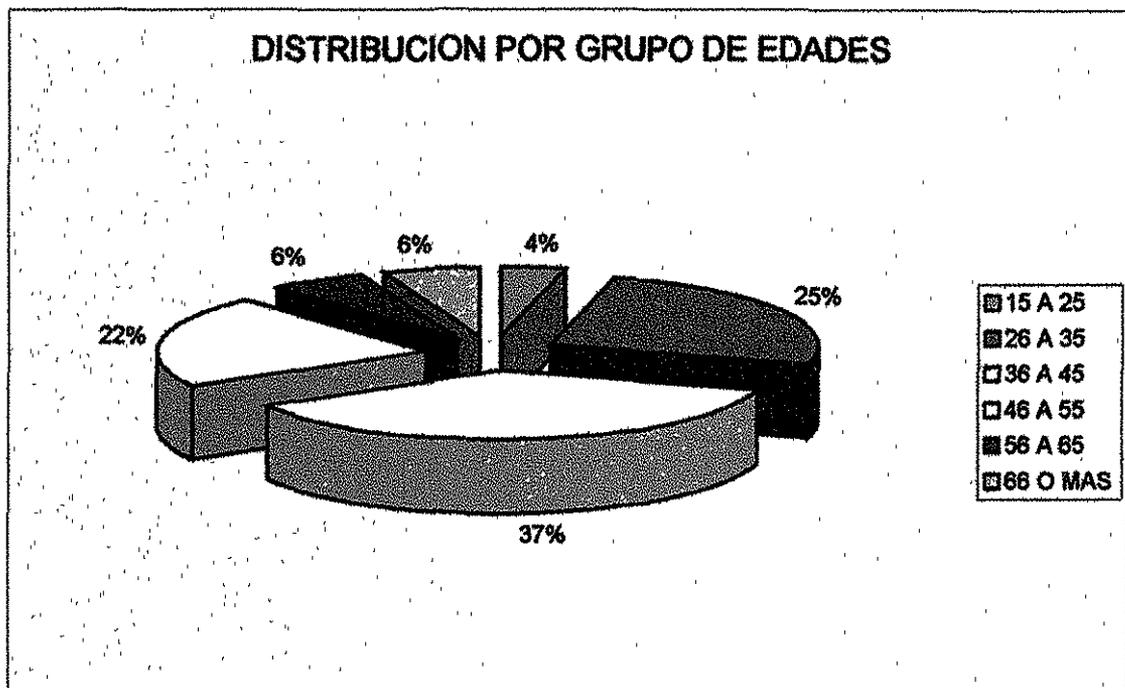
29 - De Jesús O, Arrebola J, Iruretagoyena D Histerectomía radical en cancer cervicouterino en estadíos 1A2 – 1B Rev Cubana Oncol 1999; 15: 19- 25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDADES

GRUPO DE EDADES	NO PACIENTES	%
15 A 25	2	3.9
26 A 35	13	25.4
36 A 45	19	37.2
46 A 55	11	21.5
56 A 65	3	5.8
66 O MAS	3	5.8
TOTAL	51	100



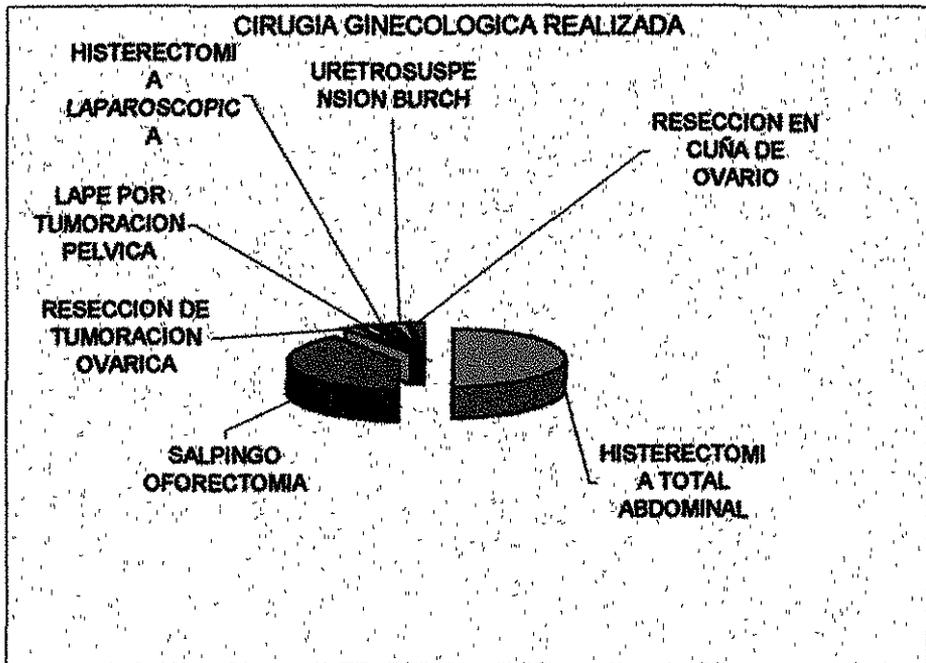
HECMR CIRUGÍA GENERAL 1997 – 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

CIRUGÍAS GINECOOBSTETRICAS REALIZADAS

DIAGNOSTICO	No PACIENTES	%
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	25	50%
SALPINGO OFORECTOMIA	20	40
RESECCION DE TUMORACION OVARICA	1	2
LAPE POR TUMORACION PELVICA	1	2
HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA	1	2
URETROSUSPENSION BURCH	1	2
RESECCION EN CUÑA DE OVARIO	1	2
TOTAL	50	100%



HECMR CIRUGÍA GENERAL 1997- 2001

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

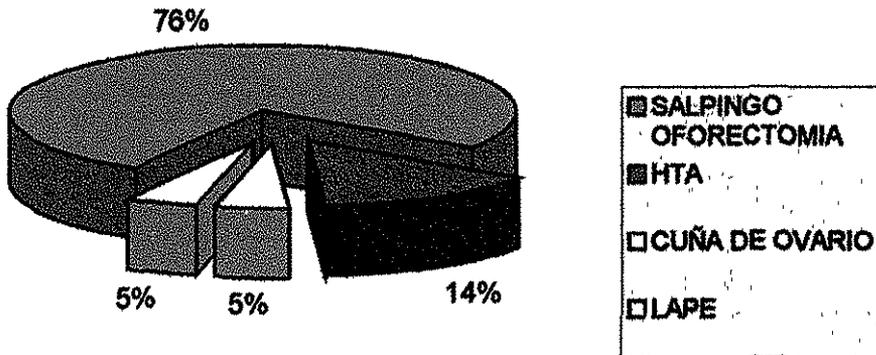
ANEXO 4

CONDICIONES DE LA CIRUGÍA INICIAL

CIRUGÍA URGENTE

PROCEDIMIENTO	No PACIENTES	%
SALPINGO OFORECTOMIA	16	76
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	3	14.2
RESECCION EN CUÑA DE OVARIO	1	4.7
LAPE POR TUMORACION PÉLVICA	1	4.7
TOTAL	21	100.0

CIRUGIA DE URGENCIA



HECMR CIRUGIA GENERAL 1997 - 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

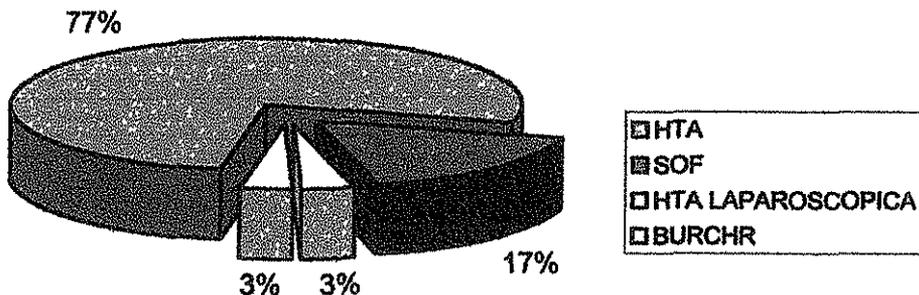
ANEXO 5

CONDICIONES DE LA CIRUGÍA INICIAL

CIRUGÍA ELECTIVA

PROCEDIMIENTO	No PACIENTES	%
HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL		
SALPINGO OFORECTOMIA		
HISTERECTOMÍA LAPAROSCOPICA		
URETROSUSPENSION BURCH		
TOTAL		

CIRUGIA DE URGENCIA



HECMR CIRUGÍA GENERA 1997 - 2001

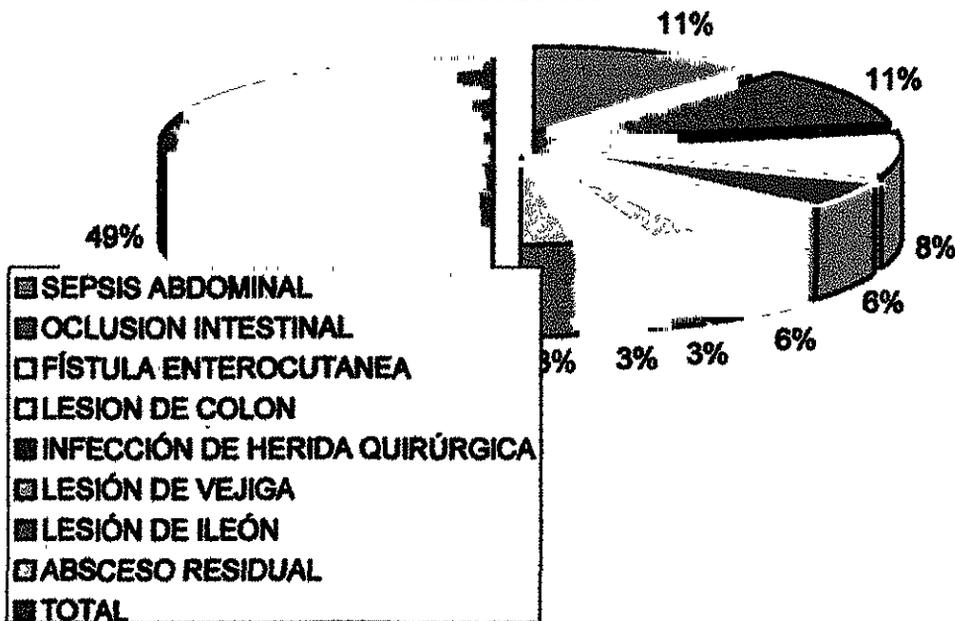
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN PROCEDIMIENTOS GINECOOBSTETRICOS

COMPLICACION	No PACIENTES	%
SEPSIS ABDOMINAL	4	22.2
OCLUSION INTESITINAL	4	22.4
FISTULA ENTEROCUTANEA	3	16
LESION DE COLON	2	11.1
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	2	11.1
LESION DE VEJIGA	1	5.5
LESION DE ILEÓN	1	5.5
ABSCESO RESIDUAL	1	5.5
TOTAL	18	100%

COMPLICACIONES POSTERIORES A CIRUGÍA GINECOLÓGICA

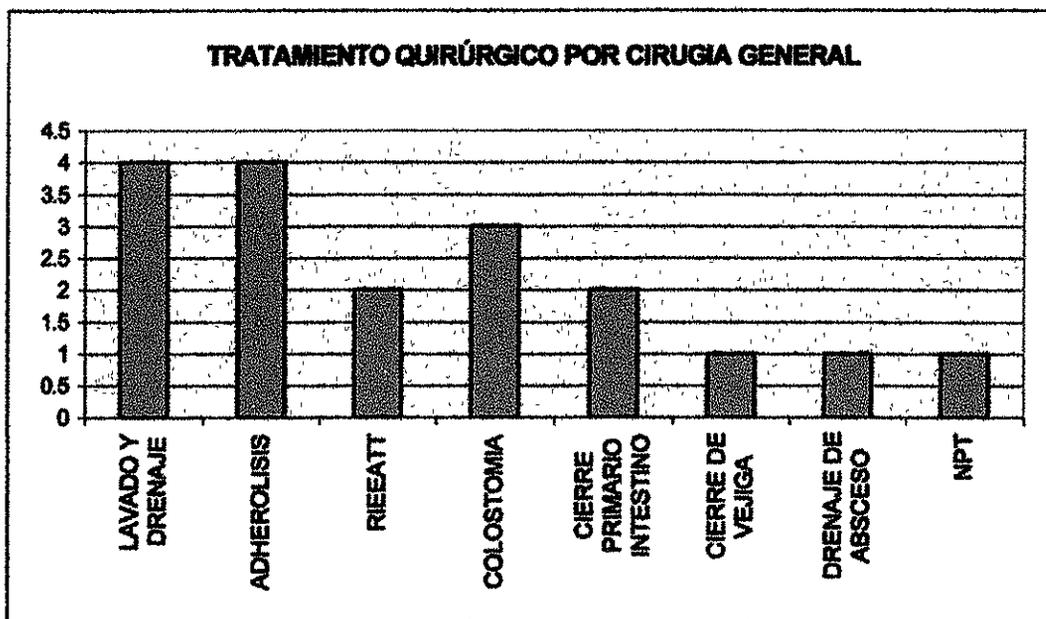


HECMR CIRUGÍA GENERAL 1997 - 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO POR CIRUGÍA GENERAL

PROCEDIMIENTO	No PACIENTES	PORCENTAJE
LAVADO Y DRENAJE	4	22.2
ADHEROLISIS	4	22.2
RESECCION INTESTINAL	2	11.1
COLOSTOMIA	3	16
CIERRE PRIMARIO INTESTINO	2	11.1
CIERRE DE VEJIGA	1	5.5
DRENAJE DE ABSCESO	1	5.5
NPT	1	5.5
TOTAL	18	100



HECMR CIRUGÍA GENERAL 1997 - 2001

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN