



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO. E INVESTIGACIÓN.
SECRETARÍA DE SALUD.
HOSPITAL GENERAL RENACIMIENTO.
“DONATO G. ALARCÓN”**

TESIS.

**“INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN
CIRUGÍA GINECOLÓGICA”.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LUIS ISABEL LOEZA LAUREL.

ASESORA:

DRA. ARGELIA PÉREZ ALFARO.

**ACAPULCO, GUERRERO. JULIO
2018.**



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. DOMINGO JUÁREZ RAMÍREZ.

DIRECTOR

DR. ALEJANDRO ADÁN AYALA AMARO.

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ NORBERTO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. JACOB VELECES REYES.

PRESIDENTE.

DRA. SILVIA ORTEGA BARRIOS.

SECRETARIA.

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ NORBERTO.

VOCAL.

DEDICATORIA.

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer; por ello, con toda la humildad que de mí puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

Gracias mamá por todo el esfuerzo y sacrificio para brindarme todo el amor, la comprensión, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida. Tus esfuerzos son impresionantes y tu amor es para mí invaluable. Me has educado y proporcionado todo y cada cosa que he necesitado, de verdad tengo mucho que agradecerte.

A mi padre por enseñarme que los sueños se logran a base de esfuerzo y dedicación. Agradezco los consejos que has sabido darme en el momento exacto, por ayudarme a tomar las mejores decisiones y sobre todo por el amor tan grande que me das.

A mis hermanos Kenia y Marcos, porque aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por todos los momentos bonitos que pasamos en este proceso.

A mi esposa por sus palabras y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente. Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo, me decías que lo lograría siempre.

A mis hijas Paulina y Jimena mis pilares en la vida, a las que sirvo de ejemplo a seguir y ellas a mí de fortaleza, porque por el amor que les tengo jamás podría regresarme en las carreras emprendidas y darles ejemplo de debilidad.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”

Thomas Chalmers

ÍNDICE

- 1.-Portada
- 2.-Indice general
- 3.-Resumen
- 4.-Marco Teórico
 - Antecedentes Epidemiológicos
 - Marco conceptual
- 5.-Planteamiento del problema
- 6.-Justificación
- 7.-Pregunta de investigación
- 8.-Hipótesis
- 9.-Objetivo general
 - Objetivos específicos
- 10.-Material y métodos
 - Diseño de estudio
 - Esquema de estudio
 - Criterios de inclusión, exclusión y eliminación
 - Muestreo
 - Calculo de tamaño de muestra
 - Variables
 - Operacionalizacion de variables
 - Descripción del estudio
 - Consideraciones éticas
 - Conflictos de interés
- 11.-Resultados
- 12.-Discusión
- 13.-Conclusiones
- 14.-Referencias bibliográficas
- 15.-Anexos

RESUMEN:

“INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA”.

La cirugía ginecológica está en continuo cambio y por ende algunas de sus complicaciones. La incorporación de la endoscopia ha añadido una nueva dimensión, estando también en este tipo de procedimientos la tasa de complicaciones en relación a la complejidad del mismo.

Objetivo: Describir la incidencia de factores de riesgo asociados a complicaciones ginecológicas.

Material y Métodos: Estudio transversal descriptivo realizado en el Hospital General de Ayutla de los Libres. Guerrero México. En 108 pacientes.

Resultados:

El 16% de las pacientes presenta tabaquismo, el 25% tiene antecedente quirúrgico previo, el 5.56% es portador de HAS y el 11% de DMT2. El 51% de las pacientes presentó hemorragia leve; solo el 5% presentó hemorragia severa. El 9% presentó eventración de piel.

Conclusiones: La población atendida tenía como principales factores de riesgo, enfermedades crónicas degenerativas y antecedentes ginecobtetricos, sin embargo las complicaciones parecen ser escasas, solo un 11% requirió manejo en UCIN y el tiempo hospitalario promedio es de 3 días.

Palabras clave: Cirugía, ginecología, complicación

SUMMARY:

"INCIDENCE OF RISK FACTORS ASSOCIATED TO COMPLICATIONS IN GYNECOLOGICAL SURGERY".

Gynecological surgery is constantly changing and therefore some of its complications. The incorporation of endoscopy has added a new dimension, being also in this type of procedures the complication rate in relation to the complexity of it.

Objective: To describe the incidence of risk factors associated with gynecological complications.

Material and Methods: Descriptive cross-sectional study carried out in the General Renacimiento hospital. Guerrero Mexico. In 108 patients.

Results:

16% of the patients presented smoking, 25% had a previous surgical history, 5.56% had HAS and 11% had DMT2. 51% of the patients presented mild hemorrhage; only 5% had severe hemorrhage. 9% presented skin eventration.

Conclusions: The population served as major risk factors, chronic degenerative diseases and gynecological history, however complications seem to be scarce, only 11% required maneuvers in NICU and the average hospital time is 3 days.

Keywords: Surgery, gynecology, complication

ANTECEDENTES:

La tasa de mortalidad operatoria en las intervenciones ginecológicas es baja, inferior al 1%. Un estudio retrospectivo de 1,45 millones de pacientes halló una mortalidad del 0,2% en los primeros 30 días de ingreso (5,1% en pacientes oncológicos versus 0,1% en pacientes sin cáncer)¹. La tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0,2 y el 26%. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica están relacionadas con el daño visceral (vejiga, recto, uréteres) y de los grandes vasos pélvicos. Son más frecuentes en la cirugía oncológica o cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o a endometriosis. El factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. Por ello, es tan importante la observación sistemática y cuidadosa del post-operatorio, particularmente: pulso, presión sanguínea, función respiratoria, temperatura, diuresis, hemograma, etc.

Harris³ publicó la evolución histórica de las complicaciones asociadas a la histerectomía describiendo una disminución en la tasa de transfusiones, la de infecciones del tracto urinario y un incremento en la tasa de lesiones vesicales. Asimismo, ha identificado cuatro factores asociados con una mayor tasa de complicaciones: edad, enfermedad médica preexistente, obesidad y cáncer. Se realiza la descripción de las complicaciones en la cirugía ginecológica generales (abierta), haciendo paréntesis en aquellas complicaciones propias de la vía de acceso (endoscópica y vaginal).

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA ABIERTA
Hemorragia post-quirúrgica La hemorragia post-operatoria puede manifestarse como una pérdida sanguínea por los drenajes o por hipovolemia manifestada con mareos-hipotensión o en control analítico, a las 4 -6 horas post intervención. Hemorragia precoz Puede producirse durante las primeras 24 horas (habitualmente durante las primeras 8-10 horas) en la pared abdominal, la cavidad abdominal, vagina, tejidos blandos de la pelvis, vejiga o de varios sitios al mismo tiempo. Se debe sospechar un hematoma de la pared abdominal si existe un dolor local, intenso, que puede deformar la pared. En hematomas pequeños es habitual una actitud expectante. Los hematomas grandes, sobre todo si son progresivos, requieren intervención inmediata con ligadura vascular si es posible, limpieza y drenaje.

Hemorragia vaginal Es más frecuente después de la histerectomía vaginal que de la abdominal. Suele comenzar varias horas después de la intervención y proceder de la rama cervical o vaginal de la arteria uterina, de los ángulos vaginales de la incisión o de las incisiones de la colporrafia. El taponamiento suele ser útil si el sangrado es leve pero si el sangrado es arterial es necesaria una exploración bajo anestesia.

Hemorragia extra peritoneal La hemorragia en el tejido conjuntivo pélvico es difícil de tratar. Se caracteriza por una masa tensa y elástica en la pelvis, tumefacción a nivel del ligamento inguinal y una matidez sobre todo en los flancos. Afortunadamente suelen ceder espontáneamente. El sangrado suele ser venoso y su origen difícil de localizar. Generalmente es suficiente con la evacuación del hematoma y eliminación del tejido necrótico.

Hemorragia vesical Suele producirse en intervenciones urológicas, por la colocación de un drenaje supra púbico o la lesión del órgano durante la cirugía. Se suele controlar con medidas conservadoras (sonda vesical, y lavados vesicales continuos). Si no fuese suficiente se debe tratar con una cistotomía supra púbica.

Hemorragias tardías Ocurren habitualmente entre el 7º y 21º días; habitualmente son hemorragias del muñón vaginal después de una histerectomía. Las causas más frecuentes son: reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento anticoagulante y ocasionalmente coito antes de la cicatrización. Es recomendable la exploración bajo anestesia para localizar el punto sangrante. La intervención puede ser dificultosa por la friabilidad y debilidad de los tejidos. En casos excepcionales es necesario realizar una laparotomía y ligar la arteria uterina en su origen.

Complicaciones infecciosas Las infecciones postoperatorias, aunque han disminuido en su gravedad siguen siendo frecuentes, graves para el paciente y onerosas para el sistema. Hay que tener en cuenta que las operaciones con apertura de la vagina están asociadas a la contaminación con las bacterias residentes en aquella. Muchas de las infecciones postoperatorias son poli microbianas y están causadas por microbios residentes en la vagina, así como por gérmenes anaerobios. La profilaxis antibiótica ha sido ampliamente adoptada en ginecología, sobre todo después de que diferentes estudios prospectivos en la década de los 80 han demostrado su efectividad para reducir la tasa de infecciones postoperatorias. Una compilación de 16 de estos estudios demostró que la tasa de infecciones tras histerectomía vaginal pasó del 32 al 6% cuando se administraba profilaxis⁴ y otro meta-análisis de 25 estudios demostró que dicha tasa pasaba del 21 al 9% en casos de histerectomía abdominal⁵. Los agentes usados con más frecuencia en ginecología para la profilaxis antibiótica son las cefalosporinas. Son efectivas, bactericidas, no tóxicas y baratas. Ningún estudio ha demostrado que antibióticos más recientes (y más caros), sean más efectivos⁴. Es suficiente una dosis administrada durante las dos horas previas a la incisión, sin que haya evidencia (excepto para aquellas intervenciones que se alargan en el tiempo) de mayor eficacia de dosis repetidas.

Infecciones post-operatorias precoces El primer signo de infección suele ser la fiebre precoz elevada. La fiebre que aparece en las primeras 24-48 horas después de la intervención, habitualmente no se debe a infección, puede tener un origen inespecífico y no ser determinado con certeza y, por lo tanto, el tratamiento antibiótico no debe instaurarse solamente por la fiebre⁶. Otras causas de fiebre incluyen la atelectasia, la neumonía por aspiración, la infusión de líquidos contaminados, las lesiones ureterales o intestinales o infecciones preexistentes del útero, pelvis o tracto urinario. La infección de los tejidos quirúrgicos por el estreptococo hemolítico y más raramente fascitis necrotizante.

Infecciones post-operatorias tardías Aparecen varios días después de la intervención siendo los signos de localización más evidentes. Los procesos que se pueden presentar son: infección de la herida quirúrgica, infecciones pélvicas, abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica séptica, infecciones de los catéteres, infecciones del tracto urinario, bronconeumonía y fiebre medicamentosa.

Infecciones pélvicas Los abscesos pélvicos suelen ser secundarios a celulitis de la cúpula vaginal. Los síntomas suelen presentarse a los 5-10 días después de la cirugía y consisten, en fiebre y dolor abdominopélvico. Suele existir leucocitosis con desviación izquierda y el tacto vaginal provoca dolor a la paciente; puede existir secreción purulenta a través de los bordes de la herida quirúrgica.

La ecografía o el TAC suele confirmar o descartar la presencia de un absceso. El tratamiento consiste en antibiótico terapia (ampicilina asociada a un amino glucósido, En general la gentamicina, añadiendo anaerobicidas clíndamicina o metronidazol, en función de los hallazgos en cada paciente) y drenaje de la colección purulenta (vía

vaginal o percutánea, en función de su localización). Infecciones urinarias Su frecuencia puede alcanzar el 40% sin profilaxis antibiótica⁷. La mayoría son leves, siendo rara la pielonefritis. El tratamiento consiste en la antibiótica terapia adecuada.

Infecciones respiratorias La neumonía post-operatoria no es frecuente, debido a que la mayoría de pacientes suelen tener una buena condición preoperatoria y al frecuente uso de la anestesia loco regional. Se consideran factores de riesgo la intubación oro traqueal y anestesia general, obesidad, edad avanzada, enfermedades previas y uso de tabaco. Su prevención incluye la movilización precoz, la estimulación de la paciente a toser y a realizar respiraciones profundas.

Flebitis La incidencia de infecciones secundarias a catéteres endovenosos puede ser hasta del 30%. Su prevención incluye su colocación estéril, bajo indicación estricta, reemplazo cada tres días y retirada precoz. El tratamiento es sintomático. Cuando existe evidencia de infección sistémica es útil el uso de antibióticos con actividad anti estafilococo.

Sepsis La sepsis es una respuesta sistémica a la infección. Se considera severa cuando existe algún signo de disfunción orgánica (como acidosis metabólica, encefalopatía, oliguria, hipoxemia, hipotensión, o alteraciones de la coagulación). Cuando la respuesta sistémica es muy importante puede producirse un shock o incluso, cuando falla la perfusión orgánica, se produce el llamado síndrome de sepsis o síndrome orgánico múltiple. La sepsis está producida por los mismos gérmenes que producen las infecciones descritas antes, por lo que suele tratarse de infecciones poli microbianas en las cuales las bacterias y sus toxinas han alcanzado el torrente circulatorio y circulan por él. El tratamiento se inicia con la erradicación precoz y agresiva de la fuente de infección, con antibióticos sistémicos y cirugía si está indicada, así como la puesta en marcha de todas las medidas de soporte orgánico necesarias. Cuando existe evidencia de fallo orgánico es obligado el ingreso en una unidad de vigilancia intensiva.

Complicaciones digestivas Íleo paralítico y obstrucción intestinal En la mayoría de casos el aparato digestivo recupera su función normal al tercer día del post-operatorio; de hecho se calcula que el intestino delgado recupera su funcionalismo en 6 a 12 horas, el estómago en 12 a 24 horas y el intestino grueso en 48 a 72 horas⁸, aunque la manipulación excesiva del intestino durante la cirugía, el uso de narcóticos y otras circunstancias pueden alargar estos periodos. Sin embargo, el inicio precoz (a las 6 horas de la intervención) de la ingesta hídrica o dieta ligera no se ha asociado con un aumento de la incidencia de íleo paralítico⁹. El íleo implica disminución o ausencia de la función propulsiva intestinal debido a parálisis u obstrucción mecánica. Si persiste, el intestino comienza a distenderse y su contenido queda secuestrado con gran pérdida de agua, electrolitos y albúmina ocasionando hipovolemia, elevación del diafragma, insuficiencia respiratoria y shock. Se produce en el 2% de todas las histerectomías abdominales por patología benigna y sólo en el 0,2% de las vaginales, aunque puede llegar al 4% cuando se tienen en cuenta todas las cirugías¹⁰. La obstrucción intestinal tiene una incidencia del 0,1-1% y puede aumentar hasta el 20% cuando se añaden factores de riesgo como cirugía oncológica o radioterapia postoperatoria¹¹. Las adherencias son la causa más frecuente de la obstrucción intestinal, tanto cuando ésta se localiza a nivel del intestino grueso (30%) como cuando se localiza a nivel del intestino delgado (60%). Existen datos que sugieren que la histerectomía es una de las operaciones previas más frecuentes en estas pacientes. El pronóstico depende de la duración del íleo. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoces. Se distingue durante el periodo postoperatorio entre el íleo temprano y el tardío. Dependiendo de la causa y de los síntomas en: a) íleo mecánico (obstrucción intestinal); b) íleo paralítico, funcional o dinámico y c) íleo mixto.

Diagnóstico Los síntomas de un íleo funcional son: dolor abdominal, sensación de plenitud, distensión de la porción superior del abdomen, vómitos y náuseas. No hay ruido intestinal y la percusión de la pared demuestra la existencia de líquido. En la radiografía de abdomen puede observarse dilatación de asas de intestino delgado con ausencia de gas en las asas posteriores a la obstrucción (en caso de que exista). Asimismo, en casos de obstrucción, suele existir leucocitosis con desviación izquierda. La obstrucción por estrangulamiento de un asa producida por adherencias intraperitoneales ocurre entre el 5^o-7^o día. El cuadro clínico puede asociarse con una obstrucción parcial o completa (íleo mecánico). Los síntomas son dolor cólico abdominal, vómitos y un aumento de los ruidos peristálticos con sonidos metálicos. Si se produce la encarcelación del asa aparecen de forma aguda.

Tratamiento. Descompresión del estómago e intestino con una sonda nasogástrica conectada a aspiración. Cuando la atonía postquirúrgica es más prolongada es conveniente realizar radiografía de abdomen en vacío orto estática. Corregir cualquier trastorno del equilibrio hidroelectrolítico y mantener un equilibrio ácido-base adecuado. Estimulación del peristaltismo con agentes colinérgicos. También se pueden administrar laxantes o enemas. Si las medidas conservadoras y la aspiración gastrointestinal no mejoran el cuadro en 48 horas será conveniente realizar nueva cirugía para buscar y solucionar la causa del íleo.

Lesiones intestinales quirúrgicas La posibilidad de una lesión quirúrgica del intestino en el curso de una intervención ginecológica siempre está presente, pero el riesgo aumenta en casos de endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer, adherencias importantes o pacientes con antecedentes de radioterapia. Si se identifica la lesión en el acto operatorio, debe procederse a su corrección quirúrgica. Si no se ha identificado, pero tras la intervención aparecen signos de sospecha de lesión intestinal (coleciones líquidas, abscesos, íleo que no responden al tratamiento conservador, etc...), debe plantearse la reintervención urgente si hay algún signo de sepsis o antecedentes de radioterapia. Si no hay signos de sepsis se puede intentar el tratamiento conservador, con aspiración de las secreciones, colocación de drenajes si es posible y seguimiento cuidadoso.

Dehiscencias y evisceración Estos términos implican la separación sintomática o asintomática de los bordes de las incisiones quirúrgicas, con o sin signos de infección. Existen algunos síntomas y signos prodrómicos, especialmente un drenaje seroso o serosanguinolento por la herida. La incidencia es del 0 al 3%. Para producirse una dehiscencia es preciso que exista una infección, junto con factores mecánicos asociados a complicaciones abdominales y pulmonares. Los factores son: tipo de incisión y técnica de sutura utilizada; demasiadas suturas excesivamente juntas o con tensión excesiva; aumento de presión intraabdominal (tos, vómito, íleo), las complicaciones de la herida (abscesos sobre todo si hay peritonitis, hematoma o serosa), o la obesidad mórbida. La edad, caquexia, déficit vitamínico, anemia y ciertos medicamentos tienen una implicación más controvertida. La elección de la incisión y de la técnica de cierre apropiada ayuda a prevenir la dehiscencia y eventración. Las características de las pacientes nos orientarán para tomar medidas convenientes para prevenir la complicación (material de reabsorción lento o no reabsorbible, suturas e descarga, si hay infección se deja piel y grasa abierta...). La identificación y tratamiento precoz es muy importante. El manejo incluye el tratamiento de los factores contribuyentes tales como la peritonitis y el cierre de la incisión tan rápidamente como sea posible. Si protruye el intestino debe ser inmediatamente cubierto con una compresa estéril y húmeda. Una faja evitará que aumente la dehiscencia hasta que la paciente se lleve de nuevo al quirófano.

Complicaciones trombo embolicas Se calcula que hasta el 20% de las muertes postoperatorias son debidas a embolismo pulmonar.

Trombosis venosa Este proceso constituye la causa subyacente de la mayoría de casos de trombo embolismo pulmonar. En cirugía ginecológica. Las venas que con mayor frecuencia lo presentan son las de las piernas y las de la pelvis. El diagnóstico es en ocasiones complicado: menos de la mitad de las pacientes con dicho proceso presentan síntomas, y sólo el 40% de las pacientes con sospecha clínica ven confirmado su diagnóstico por ecografía Doppler. El tratamiento se debe realizar con heparina, idealmente en infusión continua después de una dosis de carga de 5.000-10.000 unidades. Se debe monitorizar el tiempo de cefalina hasta conseguir mantenerlo entre 1,2 y 2 veces el control. La heparina debe mantenerse durante 5-7 días y posteriormente se pasará a anticoagulantes orales o heparina de bajo peso molecular durante 3 a 6 meses si no existen otros factores de riesgo.

Trombo embolismo pulmonar El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha dado que tanto los síntomas como los signos no son ni sensibles ni específicos: disnea, dolor pleural, angustia, taquicardia, cianosis, síncope, tos, hemoptisis, fiebre, hipotensión y otros. Las pruebas complementarias básicas incluyen radiografía de tórax, ECG (aparición de una onda S en DI, una onda Q en V3 e inversión de T en V3, aunque en general es normal) y una gasometría (que en casos severos puede mostrar una disminución de la Pa O₂, aumento de la PaCO₂ y disminución del pH). El diagnóstico definitivo se obtiene con una gammagrafía de ventilación-perfusión o con un angiograma pulmonar con TAC. El tratamiento requiere ingreso en UCI y descoagulación a dosis plenas, que debe administrarse mediante una pauta similar a la descrita para la trombosis venosa profunda¹².

Complicaciones urinarias Las cifras de lesión vesical y ureteral son más altas durante los procesos oncológicos o en cirugías por procesos benignos altamente específicos. Se calcula que más del 75% de las lesiones ureterales son debidas a la cirugía ginecológica, siendo más del 70% de estas intervenciones histerectomías abdominales. Se calcula que se produce una lesión vesical en algo menos del 2% de las histerectomías abdominales y en algo menos del 0,5% de las vaginales. Los procedimientos laparoscópicos parecen tener una cifra más alta de daños ureterales que la cirugía abierta.

Lesión vesical Si se sospecha lesión durante la intervención, ésta puede ser localizada a través de inyección intravenosa de índigo carmín, o de forma retrógrada con instalación de azul de metileno a través de una sonda uretral. Daños menores pueden requerir el uso de la cistoscopia. En caso de que se compruebe la lesión durante el mismo acto operatorio es necesaria la reconstrucción inmediata, con una o dos suturas continuas de material reabsorbible y dejar la sonda vesical de cuatro a siete días.

Lesión ureteral Para prevenir su lesión es fundamental conocer bien la anatomía y los lugares en que es más frecuente la misma, en general a nivel del ligamento infundíbulo-pélvico, a nivel de los ligamentos útero-sacros y a nivel de la arteria uterina. Tanto la práctica de paleografía endovenosa como la colocación de catéteres ureterales de forma preoperatoria para prevenir estas lesiones no debe hacerse de forma rutinaria, sino en función de las características de cada paciente¹³. La mejor opción ante sospecha es la visualización directa de los uréteres. Si no es posible (vía vaginal, obesidad...) puede realizarse cistoscopia para demostrar la salida de colorante azul a través de los uréteres previa administración endovenosa de 5 ml de índigo carmín. La comprobación de lesión en el acto operatorio requiere su reconstrucción inmediata. Si se sospecha la lesión en el post-operatorio hay que realizar una pielografía intravenosa. En caso de que ésta nos confirme la sospecha, debe resolverse con urgencia solicitando la ayuda de un urólogo experimentado.

Formación de fístulas Tracto urinario La mayoría de las fístulas ocurren tras histerectomías por procesos benignos. Dado que estos procedimientos son más frecuentes que la cirugía del cáncer. Sin embargo, el riesgo de fístula es más alto tras

la histerectomía radical debido a la propia cirugía, a la presencia del tumor y en algunos casos a los cambios inducidos tras radioterapia. Las fístulas vesicales o ureterales ocurren en menos del 1% de las cirugías radicales. La fístula se localiza por cistoscopia, pielografía endovenosa y estudios retrógrados del uréter. En las fístulas grandes la paciente habitualmente refiere pérdida espontánea de orina. En estos casos las fístulas son fácilmente visibles mediante examen con espéculo, pero las pequeñas pueden ser difíciles de detectar. La instilación de carmín índigo o azul de metileno en la vejiga puede ser útil en los casos en que el diagnóstico no está claro y permite distinguir entre fístulas vesicovaginales y ureterovaginales. Se colocan algodones sueltos en toda la longitud de la vagina y se indica a la paciente que camine durante unos 10 ó 15 minutos. Si el algodón más externo se tiñe la paciente tiene, con más probabilidad, incontinencia de estrés o de urgencia. Si hay una fístula ureterovaginal, el algodón más interior está húmedo pero no coloreado. La tinción de los algodones superiores sugiere una fístula vesicovaginal¹⁴. Las fístulas pequeñas no asociadas con radiación o cáncer pueden cicatrizar espontáneamente. Más del 30% de las fístulas ureterovaginales cierran solas y no requieren cirugía, si no hay signos de obstrucción. Las fístulas pequeñas vesicovaginales postquirúrgicas también suelen cerrar espontáneamente con el uso continuo durante 4 a 6 semanas de sonda urinaria. Si su diagnóstico no es precoz (48-72 horas) se debe demorar la reparación de tres a cuatro meses, hasta que se complete la demarcación del tejido cicatricial.

Tracto gastrointestinal Las fístulas gastrointestinales tras la cirugía ginecológica son unas complicaciones raras. Suelen debutar a los 10-14 días de la intervención, con picos febriles sin foco claro y sin respuesta a los antibióticos. El diagnóstico es radiográfico, tras la inyección de contraste en la fístula y la realización de series de intestino delgado y grueso. Si la fístula drena al exterior y en pequeña cantidad, la nutrición parenteral contribuye a la cicatrización. Si ésta no ocurre, se debe realizar laparotomía para su reparación. Las fístulas rectovaginales pueden aparecer tras histerectomías y cirugías de prolapso y suelen localizarse en la mitad superior de la vagina. La mayoría se descubren cuando se separan los labios y se examina la vagina con un espéculo, y a menudo ésta contiene material fecal. Si son pequeñas puede ayudar a su diagnóstico el taponamiento del recto con el balón de un catéter de Foley seguido de la instilación en el recto de azul de metileno, índigo carmín o aire. Se recomienda el estudio radiográfico de la fístula (fistulografía). La reparación de la fístula sólo debe acometerse cuando la reacción inflamatoria alrededor de la lesión se ha solucionado por completo, lo que conlleva un mínimo de 3 meses, pudiendo durar hasta 12 meses.¹⁵

JUSTIFICACIÓN:

Los procedimientos quirúrgicos implican riesgos y complicaciones que pueden alterar el pronóstico del paciente, el cual está directamente relacionado con la severidad de la complicación, su pronto diagnóstico y manejo apropiado.

De acuerdo con la prevalencia de complicaciones en cirugía ginecológica y la morbilidad secundaria que podría causarle al paciente, es útil conocer los factores que intervienen en su aparición.

En el Hospital General de Ayutla de los Libres Gro., las complicaciones trans y postoperatorias de la Cirugía Ginecológica se han reconocido factores que incrementan el riesgo quirúrgico dentro de las cuales se observan las condiciones generales de las pacientes, la coincidencia de enfermedades crónicas debilitantes, la vía de acceso quirúrgico, el tiempo operatorio y una adecuada supervisión y/o ejecución del procedimiento quirúrgico. En cualquier caso y sea cual fuere el origen de la complicación, puede significar además un riesgo para la paciente, aparte de un

gasto hospitalario mayor lo que se traduce en días de estancia intrahospitalaria y/o re intervenciones quirúrgicas.

Cuando una paciente presenta alguna patología ginecológica que requiera como proceso resolutivo, curativo y terapéutico algún procedimiento quirúrgico, será importante, mediante la historia clínica, conocer e identificar los factores de riesgo que determinarán la evolución y pronóstico de la paciente, ya que se ha observado que la tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0.2 y el 26%. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica están relacionadas con el daño visceral (vejiga, recto, uréteres) y de los grandes vasos pélvicos. Son más frecuentes en la cirugía oncológica o cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o a endometriosis. Por ello, es tan importante la observación sistemática y cuidadosa del post-operatorio, o en el transcurso de las siguientes

24 o 48 horas que permanece ingresada. El especialista tiene la obligación de reconocer los múltiples factores de riesgo que podrán predisponer y presentarse durante la cirugía que se desee realizar. Por lo que el factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones e instalar medidas preventivas para disminuir la presencia de sus posibles complicaciones.

Debido a que nos encontramos en un hospital de referencia comunitaria y a la cantidad de pacientes que maneja el servicio de Ginecología existe la necesidad de brindarles atención de calidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A pesar de la experiencia del cirujano, del adecuado estudio y preparación pre quirúrgica de la paciente ginecológica, ocurren complicaciones en el transcurso de la cirugía, así como posteriormente a la misma.

Por tal razón, es de suma importancia analizar las causas y factores que nos lleva a tener tales complicaciones, así como hacer de nuestro conocimiento la prevalencia con la que ocurren éstas y en base a ello disminuir la incidencia en nuestra práctica diaria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la incidencia de factores de riesgo asociados a complicaciones en cirugía Ginecológica?

OBJETIVO GENERAL:

Describir la incidencia de factores de riesgo asociados a complicaciones en cirugía Ginecológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar el tipo de factor predisponente en la complicación quirúrgica de una paciente ginecológica.

Establecer medidas preventivas de tales complicaciones.

HIPÓTESIS:

El presente estudio por tratarse de estudio transversal descriptivo, no lleva hipótesis.

Tipo de Estudio: Transversal, Prospectivo y observacional

Población en estudio: Pacientes hospitalizadas en el servicio Ginecología. **Lugar y tiempo:** Servicio de Ginecología del Hospital General de Ayutla de los Libres, Gro. El tiempo de recolección de la Información será del 1º de marzo de 2018 al 30 de Junio de 2018.

Grupos: Pacientes que cumplan con criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- 1) Expedientes clínicos de pacientes pos operadas de Cirugía Ginecológica y que se complicaron con algún tipo de patología.
- 2) Pacientes intervenidas quirúrgicamente durante el periodo comprendido del 1 marzo del 2015 al 28 de febrero del 2018.
- 3) Pacientes con seguimiento postquirúrgico.
- 4) Edad: entre 20-70 años

Criterios de exclusión:

- 1) Toda paciente intervenida de Cirugía Obstétrica.
- 2) Toda paciente operada fuera del periodo comprendido de estudio.
- 3) Toda paciente mayor de 70 años.

Criterios de eliminación:

- 1) Pacientes con cirugía ginecológica que no fueron intervenidas en esta institución

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador.
Edad	Número de años cumplidos	De acuerdo a expediente	CUANTITATIVA CONTINUA	Años cumplidos
Edo civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otro individuo.	De acuerdo a expediente	Cualitativa ordinal	Casado Soltero Unión libre
Numero de gestas	Número de gestas	De acuerdo a expediente	Cualitativa ordinal	Nuligesta Multigesta primigesta
Diagnostico preoperatorio	Diagnóstico indicación de cirugía	De acuerdo a expediente	Cualitativa nominal	Miomatosis Fibroadenoma quistes
Procedimiento	Procedimiento quirúrgico indicado	De acuerdo a expediente	Cualitativa ordinal	Excresis LUI Histerectomía
Tiempo quirúrgico	Minutos que dura el procedimiento	De acuerdo a expediente	Cuantitativa continua	minutos
Tabaquismo	Consumo regular de tabaco	De acuerdo a expediente	Cualitativa nominal	Si no

Análisis Estadístico.

Se realizará en programa estadístico Stata versión 19. Con análisis univariado con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y medidas de frecuencia y proporción para variables cualitativas.

RESULTADOS

El estudio se realizó en 108 pacientes con una edad promedio de 41.61 con una desviación estándar de 18, rango de 15 a 73.

El peso promedio de las pacientes fue de 57.67 con una DE de 13.24, la talla promedio fue de 1.53 cms con un DE de .13 cms, el IMC promedio fue de 26.2 con una DE de 4. Tabla 1.

Tabla 1

N=108	Media	Desviación estándar	Rango
Edad	41.61	18.13	15-73
Peso	57.67	13.24	55-82
Talla	1.53	.13	1.34-1.98
IMC	26.2	4.14	16.5-35.9

En estado nutricional encontramos que el 47.22% de la población tiene peso normal, solo el 30.56% presento sobrepeso y el 16.67% obesidad Grado II o III.

Tabla 2

Tabla 2. Edo Nutricional

N=108	Frecuencia	Proporción
Desnutrición	6	5.56%
Normal	51	47.22%
Sobrepeso	33	30.56%
Obesidad GI	18	16.67%
Obesidad GII y III	0	0%

El lugar de residencia que más predominó fue Ayutla, con un 52.78%. Tabla 3

Tabla 3. Lugar de residencia

N=108	Frecuencia	Proporción
Tepango	6	5.56%
Los zaucitos	3	2.78%
Ayutla	57	52.78%
Tecorral	6	5.56%
Jalapa	3	2.78%
El tejocote	3	2.78%
Cruz grande	15	13.89%
El paraíso	3	2.78%
El zapote	6	5.6%
El cortijo	6	5.6%

En estado civil el 80.6% es casada, el 13.89% es soltera y el 5.56% en unión libre. Tabla 4.

Tabla 4. EDO CIVIL

N=108	Frecuencia	Proporción
Casado	87	80.56%
Soltero	15	13.89%
Unión libre	6	5.56%

En Antecedentes personales patológicos, encontramos que el 16% refirió tabaquismo, el 25% tiene antecedentes quirúrgicos, el 5.56% tienen HAS, el 11% refirió DMT2, el 2.78% refirió has y DMT2. Y el 75% refirió sin antecedentes de importancia. Tabla 5

Tabla 5.

N=108	Frecuencia	proporción
Tabaquismo	10	16.67%
Antecedente quirúrgico	27	25%
HAS	6	5.56%
DMT2	12	11.11%
HAS y DMT2	3	2.78%
Ningún antecedente	81	75%

En antecedentes GO, encontramos que el 19.44% es nuligesta, el 13.89% es primigesta, y el 66% fue multigesta. El promedio de gestas en la población fue de 1.57 Tabla 5.

TABLA 5. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

N=108	Frecuencia	Proporción
Nuligestas	21	19.44%
Primigestas	15	13.89%
Multigesta	72	66.67%

N=108	Media	Desv estándar	Rango
Número de gestas	1,57	1.06	0-3

En la población de estudio encontramos mucha heterogeneidad en el diagnóstico pre quirúrgico, encontrando el cistocele y prolapso genital con un 36% como el de mayor proporción, seguido por quiste paratubario o de ovario y en tercer lugar el fibroadenoma mamario con un 11%.

Tala 5. Diagnóstico pre quirúrgico

N=108	Frecuencia	Proporción
Fibroadenoma mama	12	11.11%
Abdomen agudo	3	2.78%
Choque hipovolémico	3	2.78%
Miomatosis	9	8.33%
Cistocele	39	36.11%
Absceso bartolini	6	5.56%
Quiste paratubario	15	13.89%
Embarazo ectópico	9	8.33%
Ruptura uterina	3	2.78%
Preeclampsia	3	2.78%
Pólipo endometrial	3	2.78%
Desgarro antiguo	3	2.78%

El procedimiento más realizado es la colpoperineoplastia, seguido de la LAPE, y la histerectomía en un 16%

Tabla 6. Procedimiento

	Frecuencia	Proporción
Excresis de fibroma	12	11.11%
LAPE	21	19.44%
LUI	3	2.78%
Colpoperineoplastia	36	33.33%
Morzupialización	3	2.78%
Excresis de quiste	9	8.33%
Histerectomía	18	16.67%
Salpingo-oforectomia	3	2.78%
Colporrafia	3	2.78%

El tiempo quirúrgico promedio fue de 52 minutos, y los días de hospitalización promedio fueron de 3 días. Tabla 7.

Tabla 7. Tiempo de cirugía.

	Media	Desv estándar	rango
Tiempo quirúrgico	54.02	29.96	10-120
Días hospitalización	3.05	1.96	1-10

El 97% no tenían diagnóstico histopatológico, solo 3, el 2.86% tenía diagnóstico fibroadenoma.

Los hallazgos transoperatorios fueron en un 96.55% normales. Tabla 8.

Tabla 8. Hallazgos transoperatorios

	Frecuencia	proporción
Normal	84	96.55%
Miomatosis	3	3.45%

En complicaciones mayores encontramos que el 68% no presentaron complicaciones, solo el 18% presentó complicación severa, de complicaciones leves la más frecuente fue hemorragia leve en un 51% de las complicaciones.

Tabla 8. Complicaciones mayores

	Frecuencia	proporción
Ninguna	45	68.18%
Hemorragia severa	12	18.18%
Eventración contenida por piel	6	9.09%

Tabla 9. Complicaciones menores.

	Frecuencia	Proporción
Ninguna	45	42.86%
Hemorragia leve	54	51.43%
Hemorragia moderada	6	5.71%

La técnica anestésica más empleada fue el bloqueo subaracnoideo con un 83.33%, seguida de anestesia endovenosa en un 13%. El 66% de los pacientes presentaba un riesgo ASA II, y un GOLDMAN I de 38%. Tabla 1 y 11.

Tabla 10 Técnica de anestesia.

	Frecuencia	Proporción
Bloqueo subaracnoideo	90	83.33%
Anestesia endovenosa	15	13.89%
Local	3	2.78%

Tabla 11. RIESGO ANESTÉSICO.

	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
ASA 1	9	10.34%
ASA2	66	75.86%
ASA3	9	10.34%
GOLDMAN 1	24	38.10%
GOLDMAN 2	36	57.14%
Complicación anestésica	3	2.78%
Reingreso a hospital	3	2.78%
Ingreso a UCIA	12	11.11%

DISCUSIÓN:

El presente estudio establece los factores asociados a las complicaciones en cirugía ginecológica por patología benigna. La muestra en 108 pacientes identificó una prevalencia de complicaciones del 18%; siendo complicaciones mayores el 18% y menores el 5%. Esta cifra es similar a lo encontrado en otros estudios. Por ejemplo, en Estados Unidos se demostró una prevalencia global de complicaciones del 0,2% al 26%, que está en el rango de lo encontrado en nuestro estudio¹⁶. Sin embargo, en otras investigaciones se observa una prevalencia menor de complicaciones, como lo encontrando en 22.214 mujeres norteamericanas (American Collage of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program) con una prevalencia del 3,7%¹⁷.

En ese estudio se excluyeron las complicaciones menores, como la infección superficial de la herida quirúrgica, a diferencia de nuestro estudio que fueron incluidas, lo cual aumentaría el porcentaje de complicaciones.¹⁸ Dentro de las complicaciones mayores, un 4% de los casos requirió transfusión sanguínea en el postoperatorio, lo que representa un porcentaje mayor a lo encontrado en otros estudios, en los que fue necesaria en menos del 0,2% de los casos¹⁷. Es importante mencionar que no hubo muertes para este grupo de 108 pacientes. En el estudio retrospectivo de Magrina y cols²⁰ en 1,45 millones de pacientes hubo una mortalidad del 0,2% en los primeros 30 días de ingreso, lo que refleja la baja tasa de mortalidad que existe para la cirugía ginecológica por patología benigna, similar a lo reportado por Erekson y cols¹⁸ con una mortalidad de 0,17% en 22.214 mujeres analizadas. En el modelo multivariado, entre los factores de riesgo relacionados con las complicaciones mayores, se examinó variables relacionadas como la diabetes mellitus que se asoció significativamente (OR 75,5; IC95% 4,84-117), similar a lo encontrado en diferentes estudios, esto principalmente relacionado a mayor incidencia de infecciones profundas del sitio operatorio. La anticoagulación crónica fue una variable significativa como factor de riesgo (OR 23,7; IC95% 2,73-214,59) dado que conlleva en ocasiones a sobre

anticoagulación, la cual puede generar un mayor sangrado intraoperatorio y por lo tanto necesidad de terapia transfusional.

Algunos estudios demuestran que el riesgo de complicaciones postoperatorias se incrementa con el antecedente de cirugía previa y de endometriosis (OR 6,7 y OR 5,8 respectivamente) ²¹, sin embargo, en otros estudios no existe un efecto significativo de estas variables con complicaciones mayores ²². Así mismo, el procedimiento quirúrgico de urgencia fue una variable significativa de complicaciones mayores, dado que el contexto de urgencia a nivel intrahospitalario trae varias connotaciones en las que se encuentra la premura del procedimiento. Esto es similar a lo encontrado en un estudio en el que se observó que en procedimientos de patología benigna, la emergencia del procedimiento aumenta la probabilidad de las complicaciones (OR 1,82; IC95% 1,13- 2,90). Es importante aclarar que otras variables como la obesidad o la edad no fueron variables significativas, a diferencia de otros estudios en los que sí lo fueron. Respecto a la vía de abordaje, se observa en la frecuencia de eventos, que la mayoría de las complicaciones (17,5%) corresponden al abordaje abdominal; el laparoscópico solo aportó el 2,8% de complicaciones en este grupo de pacientes, no registrándose complicaciones mayores. No fue posible una comparación entre ambos grupos dado que la baja prevalencia del evento en cada grupo, no permite realizar comparaciones con un modelo estadístico apropiado.¹⁶

Este estudio sugiere que las complicaciones en cirugía ginecológica son el resultado de un fenómeno complejo que, a su vez, influyen múltiples factores como las características del paciente y del procedimiento mismo. Es difícil definir una asociación clara, ya que a pesar que se incluyeron las variables más importantes, otras variables no fueron consideradas, por ejemplo, el estado nutricional, las comorbilidades respiratorias, las cardiovasculares, la experiencia del cirujano, entre otras, que influyen también en la aparición de complicaciones, especialmente las mayores. Como limitaciones de este estudio debemos destacar que es de corte trasversal, es decir no permite inferir causalidad. Sin embargo, es posible evidenciar algo de temporalidad y por lo tanto, las conclusiones son relevantes. A pesar que las variables analizadas fueron estadísticamente¹⁶

CONCLUSIONES:

Identificar los factores de riesgo en cirugía ginecológica y las tasas de complicaciones es una temática de gran importancia para las instituciones de salud en el país. A partir de la información presentada, es posible describir de los procedimientos ginecológicos y las posibles complicaciones, proporcionando así las bases teóricas y estadísticas reales, útiles para mejorar la atención integral de las pacientes con indicación quirúrgica por patología benigna. Los factores de riesgo de mayor asociación con complicaciones mayores fueron la diabetes mellitus, la anticoagulación crónica, el síndrome adherencial severo y el procedimiento quirúrgico de urgencia

BIBLIOGRAFÍA:

1. Magrina JF. Complications of laparoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45: 469-480.
2. Webb M, Symmonds R. Wertheim hysterectomy: a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1979; 54: 140-145.
3. Harris WJ. Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 795-780.
4. Sweet RL, Gibbs RS. Antibiotic prophylaxis in obstetrics and gynecology, En: Sweet RL, Gibbs RS, eds. *Infectious Diseases of the Female Genital Tract*, 3rd ed. Baltimore: Williams&Wilkins, 1995: 729-745.
5. Mittendorf R, Aronson MP, Berry RE, Williams MA, Kupelnick B, Klickstein A et al. Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 1119-1124.
6. Wittmann DH, Schein M. Let us shorten antibiotic prophylaxis and therapy in surgery. *Am J Surg* 1996; 172 (suppl 6A): 26-32S.
7. Kingdom JCP, Kitchener GC, MacLean AB. Postoperative urinary tract infection in gynecology: Implications for an antibiotic prophylaxis policy. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 636-638.
8. Finan MA, Barton DP, Fiorica JV, Hoffman MS, Roberts WS, Gleeson M et al. Ileus after gynecologic surgery: Management with water-soluble hyperosmolar radiocontrast material. *South Med J* 1995; 88: 539-542.
9. Hartsell PA, Frazee RC, Harrison JB, Smith RW. Early postoperative feeding after elective colorectal surgery. *Arch Surg* 1997; 132: 518-520.
10. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peterson HB et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The collaborative review of sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 841-848.
11. Montz FJ, Holschneider CH, Solh S, Schuricht LC, Monk BJ. Small bowel obstruction after radical hysterectomy: Risk factors, incidence, and operative findings. *Gynecol Oncol* 1994; 53: 114-120.
12. Vanrell JA, Carmona F. Complicaciones de cirugía ginecológica. En: Cañete ML, Cabero R. *Urgencias en ginecología y obstetricia: Aproximación a la medicina basada en la evidencia*. Madrid 2007: 611-639. Editorial FISCAM D.L.
13. Kuno L, Menzin A, Kauder H, Sison C, Gal D. Prophylactic ureteral catheterization in gynaecologic surgery. *Urology* 1998; 52: 1004-1008.
14. Hirsch HA, Kaser O, Ikle FA. *Atlas de cirugía ginecológica*. Quinta edición. Editorial Marban.
15. Mason A, Goldacre M, Meddings D, Woolfson J. Use of case fatality and readmission measures to compare hospital performance in gynaecology. *B J Obstet Gynecol* 2006; 113: 695.
- 16.- Recari E, Oroz LC, Lara JA. Complicaciones de la cirugía ginecológica. *An Sist Sanit Navar* 2009; 32 (Supl. 1):65-79.
- 17.- .Erekson E, Yip SO, Ciarleglio MM, Fried TR. Postoperative complications after gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2011;118(4):785-93.
- 18.- Adelman MR, Bardsley TR, Sharp HT. Urinary tract injuries in laparoscopic hysterectomy: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol* 2004;21(4):558-66.

15. Bhattee GA, Rahman J. Bowel injury in gynecologic operations: analysis of 110 cases. Int Surg 2006;91(6):331-40.
- 20.- Magrina JF. Complications of laparoscopic surgery. Clin Obstet Gynecol 2002;45(2):469-80.
- 21.- Kumakiri J, Kikuchi I, Kitade M, Kuroda K, Matsuoka S, Tokita S, Takeda S. Incidence of complications during gynecologic laparoscopic surgery in patients after previous laparotomy. J Minim Invasive Gynecol;17(4):480-6
- 22.- Mirhashemi R, Harlow BL, Ginsburg ES, Signorello LB, Berkowitz R, Feldman S. Predicting risk of complications with gynecologic laparoscopic surgery. Obstet Gynecol 1998;92(3):327-31
- 23.-

ANEXOS.

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA”.

Actividades	ENE 2017	FEB 2017	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017
Planteamiento del problema y marco teórico.												
Hipótesis y variable												
Objetivos												
Calculo de muestra												
Hoja de registro												
Presentación ante el comité												
Aplicación de cuestionario	2018											
Análisis de resultados		2018	2018	2018								
Elaboración de conclusiones		2018	2018	2018								
Presentación de tesis					2018	2018						

Realizado 

Programado 

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA.”

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS HOSPITAL GENERAL DE AYUTLA.

Nombre: _____ N. de expediente: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Estado nutricional: _____

Lugar de residencia: _____

Estado civil: Casada: _____ Soltera: _____ Unión libre: _____

Tabaquismo: Si: _____ No: _____

Antecedentes quirúrgicos: Si: _____ No: _____

Antecedentes personales patológicos: HAS: _____ DM: _____ Hipotiroidismo: _____ Dislipidemias: _____ Insuficiencia venosa periférica: _____ Otros: _____

Numero de gestas: _____ Nuligesta: _____ Primigesta: _____ Multigesta: _____

Diagnostico pre-quirúrgico: _____

Procedimiento Qx realizado: _____

Tiempo quirúrgico: _____

Diagnostico Histopatológico: _____

Hallazgos transquirurgicos: Análisis macroscópicamente normal: _____ Miomatosis uterina: _____ Síndrome adherencial: _____ Endometriosis: _____ Hidrosalpinx: _____ Distopias: _____ Fibrosis: _____ Quiste seroso: _____ Quiste endometrioso: _____ Lesión inadvertida de vejiga: _____ Teratoma quístico maduro: _____ Pelvis congelada: _____ Absceso de glándula de bartolini: _____ Fístula vesico-vaginal: _____ Absceso ovárico: _____ Hematoma de cúpula vaginal: _____ Absceso de cúpula vaginal: _____ Hematoma de músculos rectos: _____

Complicaciones mayores: Tromboembolia pulmonar: _____ Trombosis venosa profunda: _____ Hemorragia severa (más de 2000 cc): _____ Lesión ureteral: _____ Lesión vesical: _____ Lesión intestinal: _____ Hematoma: _____ Sepsis: _____ Derrame pleural: _____ Dehiscencia de HxQx: _____ Eventración contenida por piel: _____ Sobredosis medicamentosa trans-Qx: _____ Infección de sitio Qx: _____ Paro cardiorrespiratorio: _____ Edema agudo pulmonar: _____ Reacción anafiláctica pots-Qx: _____ Choque séptico: _____ Síndrome Urémico: _____ Choque hipovolémico: _____

Complicaciones menores: Hemorragia leve (-500cc): _____ Hemorragia moderada (500-1000 cc): _____ Fiebre: _____

Técnica anestésica: Bloqueo peridural: _____ Bloqueo subaracnoideo: _____ Bloqueo mixto: _____ Anestesia endovenosa: _____ Anestesia general balanceada: _____

Riesgo Anestésico: ASA I: _____ ASAII: _____ ASAIII: _____

Riesgo Qx: GOLDMAN I: _____ GOLDMAN II: _____

Complicación anestésica: _____

Días de estancia hospitalarios: _____

Reingreso hospitalario: _____

Manejo en UCIA: _____

