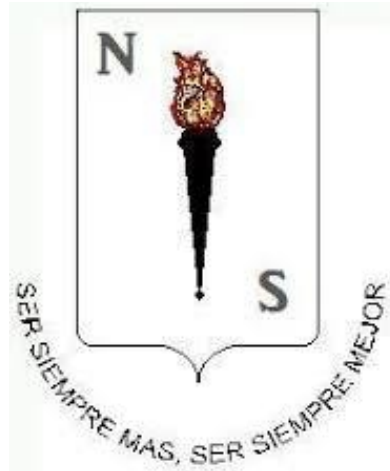


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

CLAVE: 8722.



TESIS:

**HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA, EN LA VISIÓN DE
FRANCISCO CARMONA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
KENIA ITZEL JAIMES SANTAMARIA**

**ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA, MICHOÁCAN, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por darme la virtud de perseverancia y dedicación además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Eva Santamaría Arzate, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Por guiarme de la mejor manera gracias a tu ejemplo he puesto lo mejor de mí a todo lo que hago.

A mi padre Nicolás Jaimes Mariano, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por su amor y por ser el padre mas consentidor. Por darme la mejor herencia que un padre les dará a sus hijos, gracias por las palabras de apoyo que me brindaste cuando más las necesitaba.

A mis hermanos, Lucero Jaimes, Nicolás Jaimes, Ángeles Jaimes por apoyarme en todo momento, por su amor, su atención, su comprensión, su apoyo incondicional por alegrar cada uno de mis días con sus inconfundibles carcajadas y sus interminables bromas.

A mi tía Cunegunda Arzate, por su apoyo moral y económico durante este camino.

DEDICATORIA

Esta investigación se las dedico a mis padres por el enorme esfuerzo y dedicación que han puesto en mi educación. Por la motivación que día a día recibo de su parte, al igual por los consejos que me han brindado y que gracias a eso, he cumplido la meta que hace 4 años me comprometí a cumplir.

Gracias a ellos hoy puedo decir que mi esfuerzo y el de ellos ha valido totalmente la pena.

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 VIDA Y OBRAS.....	4
2.2 INFLUENCIAS	4
2.3 HIPÓTESIS.....	4
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	4
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.6 OBJETIVOS	6
2.6.1 GENERAL.....	6
2.6.2 ESPECÍFICOS.....	6
2.7 METODOLOGÍA	7
2.8 VARIABLES	9
2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS.....	9
2.10 GRAFICADO.....	11
3. GENERALIDADES.....	12
3.1 HISTORIA.....	12
3.2 ANTECEDENTES.....	13
3.3 CONCEPTO.....	14
3.4 INCIDENCIA	14
3.5 EPIDEMIOLOGIA.....	15
3.6 MORTALIDAD.....	15
3.7 HISTERECTOMÍA.....	16
3.8 OTRAS COMPLICACIONES	39
4. CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA	41
4.1 GENERALIDADES.....	41

4.2 DIMENCIONES QUE SE DEBEN VALORAR	43
4.3 IMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA EN LA IMAGEN CORPORAL	45
4.4 REPERCUCIONES PSICOLOGICAS DE LA HISTERECTOMIA	46
4.5 FISIOLOGIA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA	49
4.6 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	53
4.7 HISTERECTOMÍA Y FUNCIÓN SEXUAL.....	57
4.8 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA FUNCIÓN SEXUAL ANTES DE LA HISTERECTOMÍA.....	58
5 HISTERECTOMÍA EN CÁNCER CERVICOUTERINO	64
5.1 GENERALIDADES.....	64
5.2 DIAGNÓSTICO	65
5.3 TRATAMIENTO	66
5.4 TÉCNICA QUIRÚRGICA	67
5.6 CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO	68
6 ÚTERO.....	77
6.1 INTRODUCCIÓN	77
6.2 ANATOMÍA DEL ÚTERO	79
6. CLASIFICACIÓN.....	82
6.4 ÚTERO BICORNE	84
6.5 ÚTERO SEPTADO	84
6.6 HIPOPLASIA UTERINA	85
6.7 IMPLICACIONES Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS.....	86
7 TIPOS DE INSICIÓN QUIRÚRGICA.....	88
7.1 ANATOMÍA DE LA PARED ABDOMINAL.....	89
7.2 INCISIONES DE LA PARED ABDOMINAL.....	98

7.3 PFANNENSTIEL	99
7.4 MAYLAND.....	101
7.5 CHERNEY	102
7.6 EVISCERACIÓN	103
7.7 INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA DE LA PARED ABDOMINAL	108
8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HISTERECTOMÍA.....	110
8.1 MANEJO DE CATETER VENOSO PERIFERICO	111
8.2 MANEJO DE SONDA VECICAL	118
8.3 MANEJO DE HERIDA QUIRÚRGICA INTRAHOSPITALARIA	128
8.4 MANEJO DE ULCERAS POR PRESIÓN	131
8.5 MANEJO DE SIGNOS VITALES.....	133
8.6 MANEJO DE LA DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD INTRAHOSPITALARIOS	140
8.7 MANEJO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES	142
8.8 EDUCACION AL CUIDADOR PRIMARIO	148
9. CONCLUSIÓN	151
10. BIBLIOGRAFÍA	153
10.1 BÁSICA.....	153
10.2 COMPLEMENTARIA	156
11. GLOSARIO.....	160

1. INTRODUCCIÓN

La importancia de este trabajo está basado el concepto de enfermería comunitaria la cual es la enfermería que desarrolla y aplica conocimientos a la población en especial mujeres con el tema ya mencionado HISTERECTOMÍA, por el cual el personal de salud deberá de manifestar los conocimientos adquiridos acerca de histerectomía que órgano es el afectado, cual es el tratamiento que se debe de seguir, cual es la mejor incisión quirúrgica que se debe de adoptar todo relacionado en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo brindados al momento del la cirugía, trans operatorios y en el pots operatorios donde el personal del enfermería deberá poner en acción todos aquellos conocimientos adquiridos en un periodo de aprendizaje para poder ser un personal integral que la final su función principal será la promoción de salud.

En este trabajo se tratara el tema ya mencionado teniendo en cuenta la anatomía, fisiología, generalidades, concepto, tratamiento, diagnostico, técnicas quirúrgicas y los cuidados que se le deben de brindar a una paciente con esta patología.

El útero o matriz es el órgano de generación femenino, destinado a recibir el óvulo fecundado, conservar y nutrir el producto de la concepción y a expulsarlo en el tiempo oportuno.

Resulta un órgano hueco muscular, en forma de pera aplanada, de 7 a 8 cm aproximadamente.

Este es estimulado diariamente por hormonas y todos los meses pierde el endometrio e invadido a veces por fetos, experimenta diversos trastornos, entre los cuales figuran: desequilibrios endocrinos y complicaciones de la gestación o del parto; también se presentan producto del desarrollo de proliferaciones neoplásicas.

De estas últimas las más frecuentes son los leiomiomas, los pólipos endometriales y los carcinomas. Según su ubicación en la pared uterina, los leiomiomas pueden

ser subserosos, intramurales y submucosos. Igualmente, pueden localizarse en el cuello uterino.

También existe una variedad subserosa intraligamentaria donde estos se ubican entre las 2 hojas del ligamento ancho.

Según las causas que las motivan y las características específicas del cuello y cuerpo del útero, las operaciones abdominales sobre este órgano pueden corresponderse con miomectomías e hysterectomías totales o subtotales.

Por otra parte, la hysterectomía puede ser abdominal por laparotomía, haciendo incisión en el abdomen, por laparoscopia, introduciendo en el abdomen a través de unas pequeñas incisiones el instrumental quirúrgico; o vía vaginal, realizando la extirpación del útero a través del conducto vaginal.

Elegir una técnica u otra dependerá del motivo que haya llevado a realizar esta intervención.

La hysterectomía, independientemente de su tipología, implica la pérdida del útero y, por tanto, la imposibilidad para la mujer de que el ovocito anide y el embrión y posterior feto pueda desarrollarse.

Actualmente, una mujer que haya pasado por ese proceso quirúrgico no tiene opciones de gestar ni de tener hijos genéticamente propios. Las únicas vías que podría explorar para ser madre tras una hysterectomía son:

Adopción. Aunque esta alternativa no permite que el futuro bebé tenga relación genética con la madre, muchas parejas y mujeres recurren a la adopción para experimentar la maternidad después de una hysterectomía.

Trasplante de útero. Se trata de una técnica que no está avanzada ni generalizada y todavía presenta complicaciones. Sin embargo, de desarrollarse con éxito, podría permitir un embarazo viable a mujeres sin útero (por ejemplo, en casos de agenesia

uterina, es decir, en mujeres que nacen sin útero), cuando este no es funcional, o en casos de úteros dañados o extirpados por cáncer cervical.

La intervención podrá realizarse a pacientes sin útero pero con ovarios, y los partos deberán ser siempre por cesárea, ya que un útero trasplantado no puede afrontar un parto natural.

Como hemos dicho, la condición humana que permite a la mujer dar a luz a un hijo es la presencia del útero. Sin éste órgano, la gestación y el parto no pueden llevarse a cabo. Sin embargo, los avances en medicina reproductiva permiten que una mujer histerectomizada (sin útero) pueda ser madre a pesar de no poder quedar embarazada.

El hecho de que una mujer se quede sin útero por la extirpación no implica necesariamente la pérdida del ovario. Por tanto, sus óvulos podrán todavía ser utilizados para realizar una fecundación in vitro.

Sin embargo, la transferencia embrionaria no podrá llevarse a cabo en sí misma, pues no tiene útero, sino que deberá realizarse en el útero de otra mujer.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRAS

El Dr. Francisco Carmona nació en Jaén en 1959. Obtuvo su licenciatura en Medicina por la Universidad de Barcelona en 1982, el título de especialista en Ginecología y Obstetricia en 1988 y su grado de Doctor en 1991.

Sus principales áreas de interés son la endometriosis y la patología ginecológica benigna, incluyendo las alteraciones del suelo pélvico.

Es profesor titular de la Universidad de Barcelona y Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Clínic de Barcelona.

2.2 INFLUENCIAS

Ha publicado más de 100 artículos científicos en revistas con peer review, más de 15 capítulos de libro y es revisor de varias revistas científicas incluyendo Human Reproduction, Fertility and Sterility y otras. Es miembro del Editorial Board de las revistas Gynecological Surgery, Journal of Endometriosis and Pelvic Pain y Medicina Clínica.

2.3 HIPÓTESIS

Cuáles son los factores más recurrentes en las mujeres para que sea necesario realizar una histerectomía radical, ya sea por vía abdominal, vaginal o laparoscópica.

2.4 JUSTIFICACIÓN

Histerectomía se considera la intervención quirúrgica más común dentro de las ginecológicas para la mujer en edad fértil, y el diagnóstico más frecuente es el de mioma uterino.

La consecuencia fisiológica inmediata de la histerectomía es la falta de menstruación, y, si se realiza además la anexectomía, la paciente se enfrenta a la menopausia quirúrgica.

No han existido estudios suficientes que pongan interés en investigar como esta cirugía influye en la vida de las pacientes sometidas a la misma y como posteriormente se podría ver afectada la percepción de su calidad de vida, el desarrollo de problemas de esta índole depende en mayor medida de la personalidad previa, actuando la intervención como desencadenante y, en cualquier caso, la visión que la paciente tenga sobre la operación y sus consecuencias será un buen índice de su equilibrio posterior

El término Calidad de Vida es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. El interés por estudiar la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales, hoy es un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo en general.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social.

La paciente histerectomizada, suele sufrir cambios físicos, psicológicos y sociales, es decir en todo su estilo de vida, que no sólo la afectan a ella, sino a todo su entorno familiar. Es por este motivo, que es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, ya que se pretende identificar en qué medida la vida de estas pacientes se ven afectadas por dicha intervención.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría de los casos, la histerectomía es un procedimiento elegido y no una operación de emergencia. Esto quiere decir que la paciente libremente decide someterse al procedimiento, como una manera de curarse o aliviar sus síntomas relacionados con sus problemas ginecológicos (miomatosis, condilomatosis, fibrosis, etc.).

Mientras la mayoría de las histerectomías se llevan a cabo con mujeres entre los 40 y 50 años de edad, a veces también la experimentan mujeres más jóvenes.⁶ Si una mujer no ha llegado a la menopausia y su histerectomía también involucra el retiro de ambos ovarios, experimentará la menopausia inmediatamente después de su cirugía, independientemente de su edad.

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional; por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

Informar al personal de enfermería sobre las generalidades de una histerectomía, los tipos de histerectomía que existen, la anatomía de los órganos pélvicos de la mujer, las posibles complicaciones que existen y los cuidados de enfermería que se le deben brindar a una paciente postoperada de una histerectomía, para así reducir en índice de infecciones y lograr que la paciente se incorpore a su vida habitual lo mas antes posible.

2.6.2 ESPECÍFICOS

- Investigar intervenciones de enfermería, para que el personal de salud conozca las intervenciones que se deben tomar en una histerectomía ginecológica.
- Dar a conocer al personal de salud, el tema de histerectomía ginecológica, para así lograr un mayor conocimiento del tema.
- Impartir información al personal de enfermería sobre los cuidados que se le deben brindar a una paciente postoperada de histerectomía ginecológica.

- Informar al personal de salud sobre las posibles complicaciones y las medidas que se deben tomar, ante una paciente postoperada de histerectomía ginecológica.

2.7 METODOLOGÍA

MÉTODO CIENTÍFICO:

Los científicos emplean el método científico como una forma planificada de trabajar.

El método científico es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos físicos del mundo y permitan obtener, conocimientos y aplicaciones útiles para el hombre.

En el presente trabajo se llevara a cabo el método científico con la finalidad de informar al personal de salud y a la población específicamente a mujeres con algún problema relacionado con los órganos genitales femeninos sobre el tema de histerectomía, tipos de histerectomía, tratamiento, indicaciones, complicaciones, manejo del dolor, calidad de vida, cuidados que se llevan a cabo por el personal de salud intrahospitalarios y extra hospitalarios por el cuidador primario, las principales tipos de herida quirúrgica.

CUANTITATIVOS

A través del tiempo, el ser humano ha estado en la búsqueda constante de nuevos conocimientos, siendo la investigación cuantitativa una de las vías para obtenerlo, teniendo su soporte en la indagación a través de elementos cognitivos y en datos numéricos extraídos de la realidad, procesados estadísticamente para probar teorías. Sin embargo, en el campo de las ciencias sociales donde la realidad es cambiante e incierta, producto del contexto complejo en la cual se encuentra inmersa, surge el enfoque mixto (cuali-cuantitativo) como vía para que el

investigador pueda acercarse a su objeto de estudio y obtener el conocimiento requerido de la realidad social según sus necesidades y expectativas; este enfoque tiene su sustento filosófico y metodológico en el pragmatismo, el cual se basa en utilizar el método más apropiado para un estudio en específico.

El método cualitativo o la investigación cualitativa como también se le llama, es una técnica o método de investigación que alude a las cualidades es utilizado particularmente en las ciencias sociales; pero de acuerdo a ciertas fuentes también se utiliza en la investigación política y de mercado, este método se apoya en describir de forma minuciosa, eventos, hechos, personas, situaciones, comportamientos, interacciones que se observan mediante un estudio; y además anexa tales experiencias, pensamientos, actitudes, creencias etc. que los participantes experimentan o manifiestan; por ende es que se dice que la investigación cualitativa hace referencia a las cualidades.

El ser humano ha estado en la búsqueda de conocimientos en la realidad; no obstante, en las ciencias sociales dicha realidad cambia. El artículo analiza la investigación cuantitativa asociada a la complementariedad de métodos para abordar la realidad social. Se hizo una revisión documental física y electrónica de diferentes autores. Las conclusiones están orientadas a la importancia de la complementariedad para acercarse al objeto de estudio y a la comprensión de la realidad social.

Tomando en cuenta que el método cualitativo suministran o proveen datos descriptivos de aquellos aspectos impalpables del comportamiento del ser humano y de la vida, como las creencias y actitudes; además que este método son sumamente útiles para entender e interpretar los problemas sociales, debido a que le permiten a los investigadores estudiar la relación o el vínculo entre las personas, entes sociales y la cultura.

El método cuantitativo es otro método de investigación que se utiliza para buscar una aproximación matemática para lograr entender un fenómeno o a una población.

2.8 VARIABLES

A mayor conocimiento por parte del personal de salud sobre histerectomía menor serán los procedimientos realizados innecesariamente.

A mayor investigación por parte del personal de enfermería sobre las intervenciones que se deben tomar ante una paciente histerectomizada, menor será el riesgo de complicaciones en el postoperatorio.

A mayor información impartida al personal de enfermería sobre los cuidados que se le deben de dar a una mujer con histerectomía menor serán los procedimientos mal realizados por parte del profesional de salud.

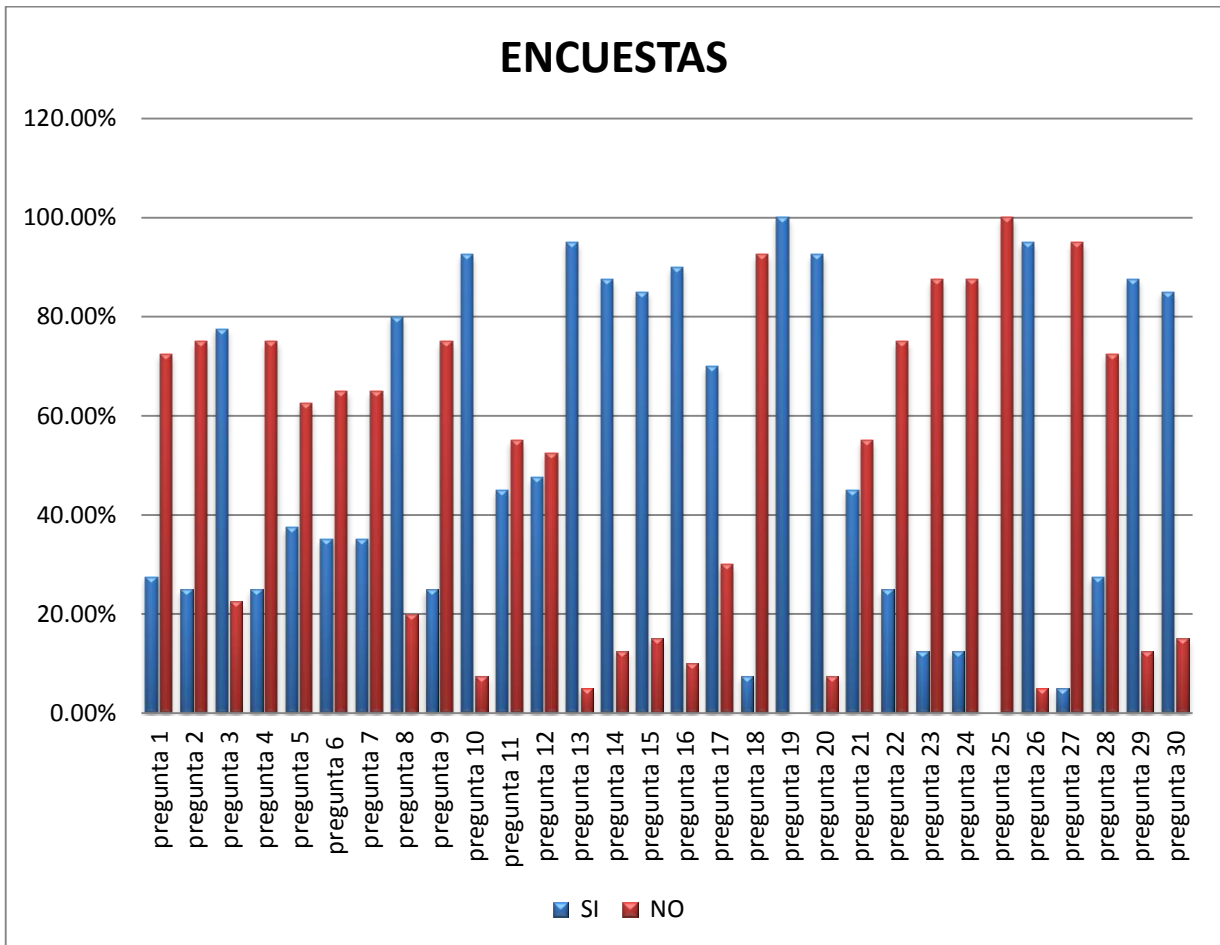
A mayor conocimiento del tema histerectomía por parte del profesional de salud menor será el desconocimiento sobre el tema.

2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS

		SI	NO
1	¿CONOCE USTED EL SIGNIFICADO DE HISTERECTOMIA?	27.5%	72.5%
2	¿HA RECIBIDO ALGUNA INFORMACION SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO?	25%	75%
3	¿CONOCE QUE ES HISTERECTOMIA?	77.5%	22.5%
4	¿SE LE HA INFORMADO SOBRE LAS COMPLICACIONES QUE ESTE PROBLEMA TRAE?	25%	75%
5	¿CONOCE LOS TIPOS DE HISTERECTOMIA?	37.5%	62.5%
6	¿HA RECIBIDO INFORMACION ADECUADA SOBRE LOS TRANSTORNOS SEXUALES QUE OCACIONA LA EXTRACCION DEL UTERO?	35%	65%
7	¿LE HAN INFORMADO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA QUE TIENE UNA MUJER CON HISTERECTOMIA?	35%	65%
8	¿CONOCE ALGUN SINTOMA DE ESTA ENFERMEDAD?	80%	20%

9	¿TIENE ALGUN CONOCIMIENTO SOBRE LA TECNICA QUIRURGICA?	25%	75%
10	¿SABE SI EN MICHOACAN SE REALIZA ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS?	92.5%	7.5%
11	¿SE HA PERCATADO DE LA FRECUENCIA DE LA MUERTE DE MUJERES CON HISTERECTOMIA?	45%	55%
12	¿ESTA ENTERADA, QUE EL UTERO Y LA MATRIZ ES LO MISMO?	47.5%	52.5%
13	¿CONOCE LA FUNCION DEL UTERO?	95%	05%
14	¿HA RECIBIDO INFORMACION POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE ESTE TEMA?	87.5%	12.5%
15	¿SABE LA FUNCION DE LOS OVARIOS?	85%	15%
16	¿IDENTIFICA LAS INDICACIONES PARA REALIZAR HISTERECTOMIA?	90%	10%
17	¿CREE QUE LA EDAD ES IMPORTANTE PARA REALIZAR ESTE PROCEDIMIENTO?	70%	30%
18	¿CONSIDERA QUE SEA VIABLE REALIZAR ESTA ACCION EN MUJERES SIN HIJOS?	7.5%	92.5%
19	¿SABE QUE ES LA MENOPAUSIA?	100%	0%
20	¿SABE DE LA EXISTECIA DE LOS TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS?	92.5%	7.5%
21	¿SABE QUE ES UN FIBROMA?	45%	55%
22	¿SABE QUE ES LA ENDOMETRIOSIS?	25%	75%
23	¿CONOCE LOS SINTOMAS DE LA ENDOMETRIOSIS?	12.5%	87.5%
24	¿IDENTIFICA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS?	12.5%	87.5%
25	¿CONSIDERA CORRECTO LLAMR "HUECAS" A LAS MUJERES SIN UTERO?	0%	100%
26	¿TIENE EL CONOCIMIENTO, QUE ES SOBRE INSICION QUIRURGICA?	95%	05%
27	¿ESTA INFORMADO SOBRE LOS TIPOS DE INSICION?	5%	95%
28	¿IDENTIFICA EL CONCEPTO DE FEMINIDAD?	27.5%	72.5%
29	¿CONSIDERA QUE TENER UTERO, ES NECESARIO PARA SENTIRSE MUJER?	87.5%	12.5%
30	¿CONOCE A ALGUIEN CON ESTE PROBLEMA?	85%	15%

2.10 GRAFICADO



3. GENERALIDADES

3.1 HISTORIA

Las primeras histerectomías descritas en la literatura eran supra cervicales, recién en 1929 se reporta la primera total. Sólo después de la Segunda Guerra Mundial (1945) se comienza a expandir el uso de la técnica total.

Contribuyeron en esto, una serie de descubrimientos, entre los que se cuentan los antibióticos como la Penicilina en 1943; el avance en el campo de la anestesia con la administración de agentes inhaladores; el desarrollo de los bancos de sangre y técnicas de transfusión.

Todos estos factores posibilitaban una cirugía de mayor tiempo operatorio y de mayor extensión.

a) Entre 1943 y 1958 la mortalidad por cáncer cérvico uterino se mantuvo prácticamente estable, a pesar del incremento de la utilización de la técnica de histerectomía abdominal total en desmedro de la supra cervical.

b) A partir de 1958 y como resultado de la introducción de la técnica de citología de Papanicolaou, se observa un continuo descenso de la mortalidad por CaCu.

Por lo tanto, no contamos con evidencia científica que soporte la aseveración que la histerectomía total reduce la mortalidad derivada de CaCu.

En cambio, sí se cuenta con evidencia sustancial que apoya la aseveración que “la introducción de la citología de Papanicolaou permitió una disminución continua de la mortalidad provocada por este cáncer”

La histerectomía es una de las técnicas quirúrgicas empleada con mayor frecuencia para tratar las enfermedades uterinas benignas, en nuestro país el abordaje por mínimo acceso para su tratamiento gana terreno en el campo de la cirugía ginecológica.

Como en los últimos años, la histerectomía se ha vuelto de suma importancia en la vida de las mujeres por ser una de las operaciones más realizadas entre las mujeres

pre menopáusico, diversos autores han comenzado a estudiar los efectos psicológicos que puede llegar a provocar.

Con respecto a esto último, se ha encontrado que la histerectomía está rodeada de creencias y actitudes negativas, así como, que se ha generado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido histerectomizadas.

Algunos de los calificativos que se usan para referirse a una mujer sin útero son: hueca, hoyo seco, menos mujer, inservible, entre otros.

Por otra parte, los estudios han correlacionado cambios en el auto-concepto, depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad con la histerectomía

3.2 ANTECEDENTES

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia posparto.

La decisión tardía de una histerectomía obstétrica puede conducir a la muerte de la paciente, tanto la indicación como el acto quirúrgico debe ser realizado por una persona capacitada.

Tradicionalmente el histerectomía abdominal ha sido el abordaje quirúrgico para la neoplasia ginecológica cuando existe una patología pelviana, como endometriosis o adherencias y el contexto de un útero agrandado. Sigue siendo la alternativa de último recurso, si el útero no se puede extraer mediante otro abordaje.

El histerectomía vaginal se uso originalmente solo para el prolapso uterino, aunque posteriormente comenzó a utilizarse ampliamente para las anomalías menstruales como el sangrado uterino disfuncional.

3.3 CONCEPTO

Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: histeros (útero) y ectomía (extirpación).

La histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero después de un evento obstétrico, opción terapéutica vinculada con estados de morbilidad obstétrica extremadamente grave.

El término se refiere solamente a aquellas extirpaciones uterinas, debidas a una complicación del embarazo, el parto o el puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente, que deben ser solucionadas en este período y que se realizan de urgencia por indicación médica. Con frecuencia constituye un recurso importante que puede salvar la vida de una mujer. La decisión de la técnica para la histerectomía (total o subtotal) dependerá de la experiencia del cirujano, de las características anatómicas y del estado clínico de la paciente.

3.4 INCIDENCIA

En México, la Secretaría de Salud informó que entre 2000 y 2002 la tasa de mortalidad materna fue aproximadamente de 50 por 100 mil nacidos vivos; otras publicaciones oficiales ubican dicho índice en 75 o más.

El Estado de México encabeza la lista de las nueve principales entidades de nuestro país en cuanto a mortalidad materna; las causas más frecuentes de muerte se relacionan con hipertensión arterial, representadas como pre eclampsia y eclampsia, seguidas de hemorragias obstétricas. Sumando las cinco principales causas, comprenden el 67% en este rubro. La tasa de mortalidad materna en el Estado de México es de 62.2% por cada 100 mil nacidos vivos registrados en el año 2000 y ocupa el primer lugar en el país.

3.5 EPIDEMIOLOGIA

En México y en todo el mundo los programas en salud materno infantil van encaminados a la reducción de la mortalidad materna y representan actualmente una de las grandes prioridades de los sistemas de salud.

Por lo que es de trascendental importancia la identificación de las causas y factores asociados mortalidad materna, incluyendo aquellos asociados a histerectomía obstétrica.

La epidemiología de la histerectomía obstétrica es variable, algunos autores reportan entre 5 a 15 por cada 1000 eventos obstétricos, identificándose factores de riesgo más frecuente el antecedente de cesárea previo, rotura uterina, placenta previa asociada a placenta acreta, hipotonía o atonía uterina entre otros.

Las complicaciones más frecuentes reportadas son shock hipovolémico, lesiones vesicales e infección, con una mortalidad materna del 14%.

Según otros autores, la incidencia de esta cirugía ha ido en aumento por el incremento en el porcentaje de cesáreas, que predispone a una placentación anormal (acretismo placentario y placenta previa), edad materna avanzada, multiparidad, uso de oxitocina, otros fármacos que aumentan la probabilidad de hemorragia posparto Cirugías uterina y tabaquismo materno.

3.6 MORTALIDAD

En este orden de frecuencia, la histerectomía abdominal ocupa el primer lugar aun cuando la vaginal ofrece mayor y pronta recuperación, es de fácil realización, acorta el tiempo quirúrgico, es de menor costo y se ha informado morbilidad menor de 25 % (para la abdominal de 50 %), incluso en un estudio se informó 7 % para la vaginal y 16 % para la abdominal, principalmente por fiebre, hemotransfusión, lesión a cualquier víscera, cirugía mayor agregada, complicaciones cardiorrespiratorias, reintervención y reingreso hospitalario.

La histerectomía vaginal se ha refinado a la par que la globalización mundial y los avances tecnológicos. Con el propósito de realizar cirugía de invasión mínima y evitar grandes disecciones, se está dando un nuevo impulso a la histerectomía vaginal. Debido a que la vía de acceso es exclusiva para el ginecólogo, se calcula la frecuencia con que puede realizarse la histerectomía por vía vaginal, que en la práctica cotidiana varía de 77 a 89 % de los casos.

3.7 HISTERECTOMÍA

Se extirpa quirúrgicamente el útero, con otros órganos o tejidos o sin estos. En una histerectomía total, se extirpan el útero y el cuello uterino. En una histerectomía total con salpingooforectomía, se extirpan a) el útero más uno de los ovarios y una de las trompas de Falopio (unilateral), o el útero, ambos ovarios y ambas trompas de Falopio (bilateral). En una histerectomía radical, se extirpan el útero, el cuello uterino, ambos ovarios, ambas trompas de Falopio y el tejido circundante. Estos procedimientos se realizan mediante una incisión transversal baja o una incisión vertical.

ANATOMÍA ÓRGANOS PELVICOS

Los órganos sexuales de la mujer (genitales) son todos aquellos que posibilitan que pueda producirse la reproducción. El piso pélvico es una estructura de músculos, y tejido conectivo que entrega soporte y estructuras de suspensión a los órganos pélvicos y abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis.

Los órganos pélvicos pueden dividirse en 3 compartimentos: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y vagina, próstata y vesículas seminales) y posterior (recto, conducto anal y aparato esfinteriano).

Estas estructuras se encuentran en íntima relación con la musculatura del piso pélvico, el cual tiene participación en las funciones de cada uno de éstos. Determinando no sólo un soporte mecánico sino además participando en la continencia urinaria y fecal

Estos órganos pélvicos son los siguientes:

VAGINA

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm, su pared posterior de 7-10 cm, y están en contacto entre sí en condiciones normales. Desemboca en el vestíbulo de la vagina, entre los labios menores, por el orificio de la vagina que puede estar cerrado parcialmente por el himen que es un pliegue incompleto de membrana mucosa.

La vagina comunica por su parte superior con la cavidad uterina ya que el cuello del útero se proyecta en su interior, quedando rodeado por un fondo de saco vaginal. En esta zona es donde debe quedar colocado el diafragma anticonceptivo. El útero se encuentra casi en ángulo recto con el eje de la vagina.

La pared vaginal tiene 3 capas: una externa o serosa, una intermedia o muscular (de músculo liso) y una interna o mucosa que consta de un epitelio plano estratificado no queratinizado y tejido conectivo laxo que forma pliegues transversales. La mucosa de la vagina tiene grandes reservas de glucógeno que da lugar a ácidos orgánicos originando un ambiente ácido que dificulta el crecimiento de las bacterias y resulta agresivo para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen secretados, sobre todo, por las vesículas seminales, elevan el pH del fluido de la vagina que así resulta menos agresivo para los espermatozoides.

ÚTERO O MATRÍZ

El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de

embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia. Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición.

La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

Una capa externa serosa o perimetrio:

En este caso particular se trata de la capa serosa externa o cubierta peritoneal del útero. Es una capa fina que facilita el contacto entre los diferentes órganos abdominales, además de tener una función de defensa.

Una capa media muscular (constituida por músculo liso) o miometrio:

En esta segunda capa a la que se hace mención en cuanto a la composición del útero, se le reconoce porque es la capa muscular intermedia del útero. Es una capa gruesa, compuesta por fibras musculares lisas que se controlan de forma involuntaria, cuya función básica es la de contraerse en el momento del parto para expulsar el feto

Una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación.

Los principales soportes del útero son las fascia pélvica y la vejiga urinaria.

El cuello uterino es la porción menos móvil del útero porque se mantiene en posición por ligamentos que son condensaciones de la fascia endopélvica:

Ligamentos cervicales transversos: desde el cuello uterino y las porciones laterales del fondo de saco hasta las paredes laterales de la pelvis.

Ligamentos rectoureterinos: Pasan por encima y ligeramente detrás de las caras laterales del cuello del útero hacia el centro del sacro, son palpables en el examen rectal.

El ligamento ancho del útero: es una doble capa de peritoneo que se extiende desde las caras laterales del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis, ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis, pero contiene sobre todo los ovarios, las trompas uterinas y la vasculatura que las irriga. Las dos capas del ligamento se continúan entre sí en un borde libre que rodea a la trompa uterina. Lateralmente, el peritoneo del ligamento ancho se prolonga superiormente sobre los vasos ováricos como el ligamento suspensorio del ovario.

La porción del ligamento ancho por la cual se suspende el ovario es el mesovario, la porción del ligamento ancho que forma el mesenterio de la trompa uterina es el mesosálpinx y la principal porción del ligamento ancho o mesometrio está por debajo del mesosálpinx y el mesovario.

Las células secretoras de la mucosa del cuello uterino producen una secreción llamada moco cervical, mezcla de agua, glucoproteínas, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. A lo largo de sus años reproductores, las mujeres secretan de 20-60 ml de este líquido cada día que es menos viscoso y más alcalino durante el tiempo de la ovulación, favoreciendo así el paso de los espermatozoides a los que aporta nutrientes y protege de los fagocitos y del ambiente hostil de la vagina y del útero. Parece, además, que podría tener un papel en el proceso de capacitación de los espermatozoides. Durante el resto del tiempo, es más viscoso y forma un tapón cervical que impide físicamente el paso de los espermatozoides.

TROMPAS DE FALOPIO

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para

recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación. Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes:

El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal. El infundíbulo presenta numerosos pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito cuando se produce la ovulación para llevarlo al orificio abdominal de la trompa e introducirlo en el interior de la misma. Una de las fimbrias está sujeta al ovario correspondiente.

La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide.

El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado.

La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero. La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de músculo liso cuyas contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito, y una capa externa o serosa.

OVARIOS

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. de longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como, por ejemplo, el ligamento ancho del útero que forma parte del peritoneo parietal y que se une a los ovarios por un pliegue llamado meso ovario, formado por una capa doble de peritoneo. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen

embriológico que los testículos o gónadas masculinas. En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina. En los ovarios se encuentran los folículos ováricos que contienen los ovocitos en sus distintas fases de desarrollo y las células que nutren a los mismos y que, además, secretan estrógenos a la sangre, a medida que los ovocitos van aumentando de tamaño.

El folículo maduro o folículo De Graaf es grande, está lleno de líquido y preparado para romperse y liberar el ovocito que será recogido por el infundíbulo de las trompas de Falopio. A este proceso se le llama ovulación. Los cuerpos lúteos o cuerpos amarillos son estructuras endocrinas que se desarrollan a partir de los folículos ováricos que han expulsado sus ovocitos u óvulos en la ovulación y producen y secretan a la sangre diversas hormonas como progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que, si el ovocito no es fecundado, degeneran y son reemplazados por una cicatriz fibrosa. Antes de la pubertad, la superficie del ovario es lisa 6 mientras que después de la pubertad se cubre de cicatrices progresivamente a medida que degeneran los sucesivos cuerpos lúteos.

Vasculatura:

Las arterias ováricas provienen de la aorta abdominal, en el reborde pelviano, las arterias ováricas cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios.

La arteria ovárica envía ramas a través del mesovario al ovario y a través del mesosálpinx para irrigar la trompa uterina. Las ramas ováricas y tubáricas se anastomosan con las ováricas y tubáricas de la arteria uterina.

Las venas que drenan del ovario forman el plexo pampiniforme de venas cerca del ovario y la trompa uterina. La vena ovárica derecha asciende para entrar en la vena cava inferior y la vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda.

Linfáticos:

Siguen a los vasos sanguíneos ováricos y se unen a los provenientes de las trompas uterinas y el fondo del útero a medida que ascienden hacia los ganglios linfáticos lumbares.

Inervación:

Los nervios descienden a lo largo de los vasos ováricos desde el plexo ovárico, que comunica con el plexo uterino. Las fibras parasimpáticas en el plexo derivan de los nervios espláncnicos pélvicos. Las fibras aferentes desde el ovario entran en la médula espinal a través de los nervios T10 y T.

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA

En términos generales, la gran mayoría de las histerectomías se realizan para aliviar los síntomas de dolor, sangrado, o ambas cosas. De acuerdo con las estimaciones actuales los leiomiomas uterinos, el prolapso uterino, y la endometriosis son las indicaciones más frecuentes, representando el 70% de las histerectomías.

La edad tiene una influencia importante en la frecuencia relativa de estas indicaciones. En mujeres en edad reproductiva, los fibromas uterinos y las irregularidades menstruales son las indicaciones más frecuentes.

En las mujeres posmenopáusicas, el prolapso uterino y la enfermedad premaligna o maligna son las indicaciones más frecuentes.

Una de las indicaciones más frecuentes son:

ESTERILIZACIÓN

Los ginecólogos en entrenamiento en el decenio de 1960 y principios de 1970 a menudo hacían histerectomía vaginal cuando la paciente deseaba una esterilización (para muchas mujeres católicas la histerectomía por “menorragia” servía como “salpingoplastia católica”), los médicos insistían sistemáticamente en la prevención del cáncer del cuerpo y el cuello uterinos juntos con la eliminación de la

menstruación como ventajas a favor de la histerectomía en comparación con la ligadura uterina. La probabilidad de que una mujer de 50 años presente cáncer del cuerpo uterino en toda su vida es de casi 2.4% y cervicouterino de 0.6%. La probabilidad de muerte por éstos cánceres es de 0.2 y 0.3%, respectivamente.

LEIOMIOMAS ÚTERINOS.

La prevalencia de los Leiomiomas uterinos (“fibromas”) es de casi 16.9 por 1000 mujeres negras y 8.2 por 1000 blancas. Estos tumores uterinos benignos constituyen la indicación de la histerectomía en casi 30% de los casos. Los síntomas clínicos que más a menudo aceleran la intervención quirúrgica son el tamaño o el crecimiento rápido, la hemorragia o el dolor. Más a menudo se ha utilizado una dimensión uterina equivalente a un embarazo de 12 semanas como umbral para recomendar la histerectomía. El útero de estas dimensiones o mayor con fibromas asintomático se extirpa para evitar síntomas potenciales futuros y tal vez un aumento del riesgo de la operación conforme crece.

Aunque la histerectomía o un aumento del tamaño uterino hasta el correspondiente a 20 semanas pueden relacionarse con una pérdida moderada de sangre, no hay una mayor tasa concomitante de transfusión sanguínea o ningún otro incremento de la morbilidad quirúrgica. Los fibromas mas grandes coexisten con una mayor prevalencia de hemorragia, más intensa e irregular, aunque no se ha delineado lo suficiente la evolución natural de esta relación.

A menudo se menciona la obstrucción uretral silenciosa como otra indicación para la extirpación de un útero crecido, aunque se desconoce la prevalencia real de este trastorno, lo más probable es que sea muy raro, y tampoco se ha comprobado su impacto sobre la función renal.

Tratamientos alternativos de los fibromas son la miomectomía y la administración de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH). Cuando se encuentran cuatro fibromas o menos, la posibilidad de recrecimiento en los 10 años posteriores a la miomectomía es de casi 20%. Esta es una cifra menor que la que se ha enseñado tradicionalmente.

La apreciación de estos datos puede llevar a la realización de más miomectomías en lugar de hysterectomías en el futuro. Aún no se demuestra la eficacia en cuanto al costo final de este esquema en comparación con la hysterectomía durante la vida de una persona. Técnicas quirúrgicas novedosas para la terapia de los fibromas en proceso de desarrollo son el uso de electrocauterio bipolar y la crioterapia, que son experimentales en este momento. Ambos dejan tejido miomatoso íntegro, por lo que hay un nuevo crecimiento relativamente rápido y frecuente.

Con refinamientos adicionales podrían ser procedimientos viables para pacientes muy seleccionados. El tratamiento de los fibromas con agonistas de la GnRH producen una disminución del tamaño de 40 a 60%, pero los esquemas con estrógenos agregados y progesterona para reposición no han sido aún completamente valorados en cuanto a su capacidad para conservar estable el tamaño de los fibromas o el útero.

Inclusive si pudiera comprobarse tal estabilización, el costo exorbitante de los agonistas de GnRH con toda probabilidad los harían imprácticos para el tratamiento a largo plazo. Cuando se trata la menorragia, la presencia de fibromas puede disminuir el buen resultado de las opciones terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas.

La posibilidad de disminuir la pérdida sanguínea a cifras eumenorreicas después de la ablación endometrial histeroscópica por resectoscopio o la técnica de esfera giratoria es casi 10% menor en una mujer con fibroma submucosos.

De manera similar, éstos disminuyen las posibilidades de un tratamiento hormonal con buenos resultados, de la hemorragia uterina irregular. Todos los métodos de tratamiento diferentes a la hysterectomía son paliativos. Para algunas situaciones clínicas está establecida su participación en el diferimiento de la operación; su papel en la prevención completa de la hysterectomía requiere valoración adicional. Desafortunadamente, el tratamiento más eficaz además de la hysterectomía (miomectomía) es un procedimiento más mórbido en términos de pérdida sanguínea, fiebre posoperatoria y formación de adherencias.

ENDOMETRIOSIS

El trastorno es uno de los mejores ejemplos del impacto de la proliferación de tratamientos médicos y quirúrgicos en la toma de decisiones clínicas. Aunque hay más opciones también hay más dudas. La endometriosis es indicación de casi 20% de las hysterectomías y su frecuencia ha aumentado en los años recientes. La conducta biológica de la endometriosis es muy variable.

La mayoría de las afortunadas mujeres afligida por el trastorno tienen grados relativamente leves de enfermedad que cambian en forma lenta. En este grupo es difícil valorar la reacción al tratamiento desde el punto de vista clínico, porque puede manifestarse sólo por dolor mal localizado durante la exploración pélvica.

La laparoscopia repetida es la única forma válida demostrable de valorar el grado de regresión producido por un tratamiento médico particular. Sabiendo esto, la mujer con endometriosis de este tipo tiene como guía del estado de su enfermedad sólo al dolor.

Las variaciones en la intensidad del dolor de una semana a otra, o de un mes a otro, por tanto, puede interpretarse correcta o incorrectamente como avance de la enfermedad, lo que se agrega a las molestias generales.

Los anticonceptivos orales administrados en la forma cíclica sistemática constituyen la primera línea terapéutica y ofrecen las ventajas de protección anticonceptivas y costos relativamente pequeños. Los anticonceptivos orales continuos, sin permitir la menstruación, son un siguiente paso lógico. Cuando persisten los síntomas el ginecólogo suele prescribir medroxiprogesterona oral o inyectable de depósito (u otros Progestágenos) o un agonistas de GnRH.

En comparación con los agonistas de GnRH, el tratamiento con Progestágenos conlleva las ventajas de un costo relativamente bajo, un efecto leve de ahorro del calcio y síntomas vasomotores menos frecuentes e intensos. La terapéutica con agonistas de GnRH se ha vuelto muy popular, aunque es muy poco más eficaz que la medroxiprogesterona. Algunos clínicos utilizan agonistas de GnRH en

combinación con un Progestágenos y añaden así las acciones directas de este último sobre los implantes de endometriosis a los efectos indirectos del agonista de GnRH por supresión de la función ovárica.

La sabiduría clínica prevaleciente sugiere que todo tratamiento médico, incluido el de agonistas de GnRH, es ineficaz en presencia en lesiones tumorales de endometriosis, con un diámetro mayor de 1 a 2 cm.

La resección conservadora de la endometriosis por laparoscopia o laparotomía es suficiente para la mujer que desea conservar la fecundidad.

Las tasas de recurrencias de endometriosis después del tratamiento quirúrgico laparoscópico son variables y los informes más optimistas señalan una cifra de casi el 20% durante los 5 años posteriores al tratamiento ocasional por laparoscopia.

En la práctica clínica es frecuente que una mujer con endometriosis se le haga 2 o más laparoscopias. Cuando separadas por al menos varios años, estas observaciones ofrecen una valoración objetiva del avance.

Esta conducta aporta un juicio clínico razonable acerca de la relación prevista del beneficio de cada tratamiento laparoscópico.

Dependiendo del medio clínico, puede ser muy razonable continuar este esquema hasta la edad de la menopausia y después de ella. Los costos relativos, así como los riesgos y beneficios, son ciertamente debatibles y la elección, por tanto, debe hacerse después de una consulta detallada e informada con la paciente.

Dadas las múltiples modalidades terapéuticas de que se disponen en la actualidad y su razonable eficacia, rara vez es adecuado urgir el principio apresurado o la conclusión de la procreación en cualquier periodo prescrito. Esta recomendación solo sirve para crear la profecía auto cumplida de que la histerectomía finalmente será la única opción terapéutica razonable.

ADENOMIOSIS.

La adenomiosis es un diagnóstico histopatológico definido por la presencia de glándulas endometriales íntegras en 3 o más campos de gran aumento por debajo de la superficie miometrial. Se cree que estas glándulas son contiguas a la cavidad endometrial y tradicionalmente se han considerado causales de dolor menstrual y fases luteínicas así como menorragia. En la fase premenstrual inmediata, el útero puede estar crecido y reblandecido en su textura. No obstante, el grado de adenomiosis presente es difícil de cuantificar y no se ha relacionado rigurosamente con los síntomas clínicos descritos.

Suele observarse el mismo hallazgo histopatológico en el útero de una mujer asintomática extraído por otros motivos y los estudios recientes de imagen por resonancia magnética han demostrado que esto puede ser tan prevalente en la paciente asintomática como en aquellas con los síntomas descritos. Se pueden usar algunas técnicas elaboradas, como la biopsia con aguja bajo guía ultrasonográfica del útero, para hacer el diagnóstico antes de la histerectomía, aunque desde el punto de vista cuantitativo es incierto el significado del tejido obtenido.

Los intentos de tratamiento médico para este trastorno no han demostrado los beneficios de los anticonceptivos orales o la medroxiprogesterona cíclica, aunque muchos clínicos consideran que pueden servir en casos aislados.

La histerectomía por adenomiosis debe reservarse para las pacientes en las que se pueden demostrar cambios cíclicos reales en el tamaño y la textura uterinos por exploración pélvica seriada.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.

La hiperplasia simple del revestimiento endometrial avanza hasta cáncer endometrial en menos de 1% de los casos. La transición requiere de 3 a 5 años. La hiperplasia compleja con atipias hasta cáncer endometrial hasta casi 20% de los

casos. Ambos trastornos se pueden tratar con agentes progestacionales en forma cíclica o continua.

Un tratamiento de 3 meses es seguido por biopsia endometrial repetida para demostrar inversión a un endometrio normal. No poca veces, inclusive después de tal inversión a la normal, la hiperplasia puede recurrir y requerir tratamiento adicional y seguimiento con biopsia endometrial.

En algún momento de esta secuencia muchas mujeres deciden que la incertidumbre y la ansiedad relacionada con este esquema y son inaceptables y eligen la histerectomía.

Dado el pequeño pero muy real riesgo de no detectar un cáncer endometrial por biopsia, ultrasonografía transvaginal, o ambas, el optar por la intervención quirúrgica sigue siendo una opción clínica válida.

Esto es especialmente cierto para las mujeres que esperan obtener en máximo beneficio de la reposición de estrógenos después de la menopausia, dado que su necesidad de vigilancia continuara. Durante muchos años. Conforme mejoran las técnicas quirúrgicas muy poco invasoras, más mujeres elegirán esta opción. Aunque se realiza ocasionalmente, por lo general la ablación endometrial para tratar la hiperplasia se considera contraindicada, dada la posibilidad de que una biopsia endometrial subsiguiente sea más difícil debido a las sinequias intrauterinas producidas por el procedimiento de ablación mismo.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER.

Investigaciones recientes han demostrado un riesgo de cáncer ovárico de casi 50% en mujeres con dos o más pacientes de primer grado afectadas por la enfermedad. La ooforectomía profiláctica una vez que se completa la procreación, es adecuada para tales mujeres, aunque hacer una histerectomía al mismo tiempo posiblemente seguirá siendo una opción clínica frecuente, porque elimina cualquier hemorragia uterina durante el tratamiento de reposición de estrógenos. Una opción razonable

es la de realizar sólo ooforectomía bilateral. La facilidad de este procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica hace más atractivo este esquema.

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

En todas las categorías antes revisadas, los puntos terminales subjetivos interpretados de manera personal, son medulares para la distinción de lo adecuado de la intervención quirúrgica. En ninguna categoría es esto más válido que en el problema del dolor pélvico crónico. Las publicaciones al respecto se ven confundidas por las interpretaciones variables, producto de la de la experiencia en la atención primaria, en comparación con grupos de referencia centrales.

Por el contrario, las series informadas de poblaciones de referencia de centros médicos sugieren que el dolor pélvico crónico no se alivia hasta en 22 a 50% de los casos.

Los resultados de varios estudios sobre el síndrome de intestino irritable pueden ser informativos como comparación. Parece que el tipo y la intensidad de los síntomas son similares en grupo de mujeres que reciben atención primaria de médicos a ello dedicados, en comparación con las que son enviadas a centros médicos. Sin embargo, la población referida tuvo una prevalencia mucho mayor de estrés psicosocial, antecedentes de abuso físico y sexual y dificultades sexuales.

Es peligroso estudiar grupos de centros de referencia y sacar conclusiones de ellos que sean aplicables al contexto de la atención primaria. Viendo la situación en forma optimista, el método de atención primaria promedio tiene un sentido intuitivo y clínico relativamente preciso de las posibilidades de éxito de la intervención quirúrgica en mujeres con dolor pélvico crónico.

Las que tienen más probabilidades de dificultades posoperatorias con dolor continuo, deben enviarse para atención terciaria. Para los médicos que tratan estas pacientes en el medio de la atención terciaria, el optar por un abordaje quirúrgico requiere juicio clínico cuidadoso tanto para la selección como la programación así como el prestar atención a otras formas del tratamiento del dolor.

En el proceso del desarrollo del dolor pélvico crónico, muchas mujeres atendidas en centros de atención terciaria tienen síntomas confusos de órganos circundantes, como los del tubo digestivo, del aparato urinario y trastornos músculo esqueléticos. Los factores de estrés maritales y psicosociales de otros tipos, que se han vuelto parte del síndrome de dolor pélvico crónico, a menudo participa del motivo para el envío, porque la conexión entre enfermedad orgánica y dolor se ha vuelto oscura.

Las mujeres en este grupo también tienen algo más de probabilidades de haber experimentado abuso físico, sexual, o de ambos tipos.

Aunque es obviamente importante comprender esta relación, el clínico debe evitar la conclusión prematura de que hay una relación de causa entre el antecedente de trauma psicológico y el problema actual de dolor.

Dicho antecedente de ninguna manera evita la resolución satisfactoria de los síntomas después del tratamiento médico y quirúrgico adecuado. Al mismo tiempo, si el estrés coexiste con estas experiencias permanece activo en la actualidad, con impacto en la función, la vida y las relaciones, la atención adecuada de la salud mental debe ser parte integral del esquema terapéutico.

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

En la histerectomía abdominal, el útero se extrae a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. La entrada por el abdomen le permite al cirujano ver claramente los órganos pélvicos.

La histerectomía abdominal está asociada con un mayor riesgo de complicaciones, como infección en la herida, sangrado, coágulos de sangre y daño a los nervios y a tejidos, que con la histerectomía vaginal o laparoscópica.

El periodo de hospitalización y recuperación generalmente son mayores con la histerectomía vaginal o laparoscópica.

La vía abdominal se impone a la vía vaginal en los casos siguientes:

Patologías útero – anéxales voluminosas.

Adherencias intraabdominales.

Cáncer útero – anexial.

Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.

Arco pubiano estrecho.

Ausencia de relajación del piso pélvico.

Vaginas estrechas.

Sospecha de patologías abdominales asociadas.

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

La cirugía laparoscópica requiere solo unas pequeñas incisiones (de aproximadamente media pulgada de largo) en el abdomen. Se introduce un laparoscópico por una de esas incisiones para que el cirujano pueda ver los órganos pélvicos. Se usan otros instrumentos quirúrgicos para hacer la cirugía que se introduce a través de pequeñas incisiones separadas.

El útero se puede extraer en pequeños pedazos por las incisiones a través de una incisión mayor que se hace en el abdomen o por la vagina.

En comparación con la histerectomía abdominal, la cirugía laparoscópica es menos dolorosa, conlleva un menor riesgo de infección y del periodo de hospitalización es más corto. Podría reanudar más pronto sus actividades habituales.

Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL):

Es una histerectomía vaginal realizada después de la liberación de adherencias, extirpación de focos de endometriosis u ooforectomía por laparoscopia.

Básicamente, esta denominación es usada cuando parte de la histerectomía es ejecutada por laparoscopia, pero las arterias uterinas son ligadas por vía vaginal.²⁷

Histerectomía laparoscópica (HL):

Implica la histerectomía con ligadura laparoscópica de las arterias uterinas, usando electrocirugía, suturas o grapas (*staples*). La continuación del procedimiento puede ser realizado por vía vaginal o laparoscópica, incluyendo la apertura de la cúpula vaginal, la sección de los ligamentos de sostén uterino y el cierre de vagina. La ligadura laparoscópica de los vasos uterinos es la condición *sine qua non* para la histerectomía laparoscópica.²⁷

Histerectomía laparoscópica total (HLT):

En este caso, la disección laparoscópica continúa hasta que el útero cae libre de todos sus ligamentos en la cavidad pélvica. El útero es removido por tracción a través de la vagina. La vagina es o no cerrada laparoscópicamente.²⁷

Histerectomía laparoscópica supra cervical (HLS):

Se conserva el cuello del útero. Esta técnica ha ido ganando aceptación por su baja morbilidad. El cuerpo uterino es extraído por morcelación eléctrica o manual por vía abdominal o a través del fondo de saco de Douglas. Está indicada solo en pacientes sin patología cervical y de riesgo bajo para papiloma virus.²⁷

Histerectomía vaginal con reconstrucción pélvica laparoscópica:

Es cuando luego de la histerectomía se realiza otro procedimiento adicional, como la colposuspensión retro púbica.

INDICACIONES

Los diferentes tipos de histerectomía laparoscópica pueden ser realizados de acuerdo a cada patología y a la experiencia del ginecólogo. Mayormente, las indicaciones incluyen patologías benignas, tales como:

Miomatosis uterina

Endometriosis

Hemorragia uterina anormal

HISTERECTOMÍA VAGINAL

La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero a través de la vagina.

Durante la histerectomía vaginal, el cirujano separa el útero de los ovarios, las trompas de Falopio y la vagina superior, así como de los vasos sanguíneos y del tejido conectivo que lo soportan. Luego el útero se extirpa a través de la vagina.

En una histerectomía vaginal la estancia en el hospital es más breve, el costo es menor y la recuperación es más rápida en comparación con la histerectomía abdominal, en la que se debe hacer una incisión en la parte inferior del abdomen. Sin embargo, si el útero está agrandado, es posible que la histerectomía vaginal no pueda realizarse y el médico te comentará sobre otras opciones quirúrgicas, como la histerectomía abdominal.

La histerectomía con frecuencia implica la extirpación del cuello uterino y del útero. Cuando el cirujano también extirpa un ovario o ambos y las trompas de Falopio, se denomina «histerectomía total con salpingooforectomía». Todos estos órganos son parte del aparato reproductor y se ubican en la pelvis.

La vía vaginal se impone a la vía abdominal en los casos siguientes:

Histerocele.

Patologías de relajación del piso pélvico.

Obesidad.

Útero Móvil.

Ausencia de adherencias intraabdominales.

Ausencia de Cáncer útero – anexial.

Ausencia de Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.

Exclusión de patologías abdominales asociadas.

COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA.

En este texto se revisan las principales complicaciones de la histerectomía, como infección, hemorragia y lesión de órganos adyacentes, que se describen para las variedades abdominal, vaginal, y laparoscópica de la operación.

HEMORRAGIA

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de muerte materna en el mundo. Muchas de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo y son susceptibles de prevención con el tratamiento oportuno. Los retrasos en el tratamiento y diagnóstico definitivo incrementan los riesgos de morbilidad severa y mortalidad. Uno de los principales problemas con el diagnóstico de hemorragia obstétrica es que la pérdida sanguínea es subjetiva y es observado dependiente.

Hemorragia transoperatoria.

No hay una definición estándar de la hemorragia transoperatoria. Cada autor ha usado su propia definición al comunicar el grupo de casos. Hay hemorragia transoperatoria cuando una paciente quiere transfusión sanguínea de más de 1000 ml de sangre durante la operación o la pierde. No hay anemia preoperatorio (hemoglobina menor de 11) o hemorragia posoperatoria y no se realizan procedimientos concomitantes excepto colporragia, anexectomía o apendicetomía.

La hemorragia transoperatoria sucede en 0.2 a 3.7 % de los casos y en casi todos los estudios se informa de 1 a 2 %. El estudio CREST señaló una tasa de transfusión del 13.2 %, similar a la de América, de 12%.

Hemorragia posoperatoria.

Es cualquier pérdida de sangre que requiere tratamiento después de la operación. La mayor parte de tales casos requiere resutura de la cúpula vaginal o de los

pedículos vasculares. La hemorragia posoperatoria puede dividirse en temprana (menos de 48 horas después de la operación) y tardía (más de 48 horas después de la operación). Al parecer suceden con una frecuencia relativamente equivalente. Como se mencionó antes, la hemorragia es más común en histerectomía vaginal en comparación con la histerectomía abdominal.

INFECCIÓN.

La infección que complica la histerectomía se observa en tres casos distintos: Fiebre no explicada, Infección de la herida quirúrgica, e Infección lejana al sitio de la operación. La primera señal es la aparición de fiebre en el posoperatorio. La definición más frecuente de ésta es de más de 38°C en dos ocasiones con al menos cuatro horas de diferencia y más de 24 horas después de la operación.

Fiebre no explicada.

El estudio CREST recalcó que muchas pacientes con fiebre posoperatoria no tienen una fuente obvia de infección. Utilizando la denominación “fiebre no explicada” para referirse a ellas. En pacientes operadas de histerectomía abdominal, 32.3% tuvieron fiebre posoperatoria y el 16.8% no hubo una causa obvia. En las histerectomías vaginales, 15.3% tuvieron fiebre posoperatoria y en 7.2% no se determinó el origen.

Infección de la herida quirúrgica.

La infección de la herida quirúrgica después de histerectomía abdominal se refiere a la herida y la pélvica. Esta última a su vez puede dividirse en:

Celulitis pélvica

Suele presentarse fiebre después del quinto día post histerectomía asociada a dolor en hipogastrio y en ocasiones signos peritoneales. Es frecuente la presencia de íleo reflejo. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos.

Absceso de cúpula vaginal

Suelen deberse a la formación previa de hematomas. Se presentan picos de fiebre que generalmente aparecen en una fase temprana del período postoperatorio, acompañados en ocasiones de una sensación de plenitud rectal o dolor pelviano. A la palpación puede identificarse una masa renitente sobre la cúpula vaginal, la cual además puede ser visualizada con la ayuda de ultrasonografía. El drenaje por punción o la colpotomía con drenaje, ambos realizados por vía vaginal son la terapéutica adecuada. Aunque tal vez no sea necesario, se agrega un régimen con antibióticos.

Absceso pélvico.

Un absceso abdominal es una bolsa de fluido infectado y pus que se encuentra adentro del vientre (cavidad abdominal). Este tipo de absceso puede encontrarse cerca o adentro del hígado, el páncreas, los riñones u otros órganos. Puede haber uno o más abscesos.

La tasa de infección del sitio quirúrgico en pacientes de histerectomía abdominal es de 9%, considerando que reciben antibióticos profilácticos. Se ha demostrado que éstos reducen la incidencia de infección de la herida quirúrgica.

También pueden aminorar el riesgo de infección pélvica, aunque este punto es controvertido. Se debe tener en mente que el uso de antibióticos profilácticos conlleva algún riesgo. Hay algunos informes de pacientes que presentaron anemia hemolítica después de la administración de cefalosporinas.

Con la histerectomía vaginal no hay herida quirúrgica abdominal; en consecuencia, sitio de infección quirúrgica es sinónimo de infección pélvica. Infecciones alejadas del sitio quirúrgico:

La tasa de infección de vías urinarias son mayores cuando se toman cultivos sistemáticos de la sonda de Foley antes de retirarla. Sin duda hay casos de infecciones con cultivos positivos, que se resuelven espontáneamente al quitar la sonda de Foley; la tasa de estas infecciones ha disminuido con el tiempo, dado el

uso cada vez mayor de antibióticos profilácticos para la histerectomía abdominal y Histerectomía vaginal.

La tasa actual de infección sintomática de vías urinarias después de la histerectomía se señala de 1 a 5%. La Neumonía, es una complicación rara de la histerectomía y se sabe que los siguientes factores aumentan el riesgo de neumonía posoperatoria:

- 1) antecedente de enfermedad pulmonar subyacente.
- 2) antecedente de alcoholismo.
- 3) edad avanzada.

Cuando aparece esta complicación, puede ser muy grave. Se informó de un caso de muerte posoperatoria atribuida a neumonía después de

LESIONES DE ORGANOS ADYACENTES.

Lesiones vesicales:

Las lesiones a órganos adyacentes durante la histerectomía son complicaciones frecuentes: Que afecta sobre todo a la vejiga, el intestino y el uréter. Parece que la tasa de infección vesical durante la histerectomía es cada vez mayor.

Los factores de riesgo asociados a lesiones del tracto urinario bajo son: cáncer e historia previa de radiación, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía previa, distorsión de la anatomía por presencia de miomas, masas anéxales, embarazo ectópico, tamaño uterino y cirugía para prolapso; sin embargo, en la mitad de los casos no se reconoce un factor de riesgo.

En diferentes estudios se ha observado que la histerectomía laparoscópica y la cirugía con corrección de prolapso de órganos pélvicos y/o cirugía anti incontinencia son asociadas cinco veces más a lesiones del tracto urinario.

Las lesiones pueden ser divididas por su tiempo de presentación en agudas como la laceración en vejiga y uréter, que pueden ser identificadas inmediatamente

durante la cirugía, y en crónicas como la fístula vesicovaginal, fístula ureterovaginal y estenosis uretral, las cuales se diagnostican tiempo después de la cirugía.

Las posibles explicaciones para el aumento de la tasa de lesiones vesicales son:

- 1) posible sub informe en las publicaciones antiguas
- 2) aumento en el número de hysterectomías vaginales difíciles
- 3) un mayor número de mujeres hysterectomizadas con antecedente de cesárea.

El riesgo de lesión de la vejiga en el momento de la hysterectomía es mayor si hay antecedente de una cesárea.

Lesiones intestinales:

El riesgo de lesión del intestino durante la hysterectomía tiene gran correlación con la dificultad del procedimiento quirúrgico. Las lesiones intestinales suceden principalmente de 2 maneras:

- 1) lesión de intestino delgado durante la lisis de adherencias.
- 2) daño del recto al disecar el fondo de saco posterior.

La tasa global de lesiones intestinales es de 0.3% para Hysterectomía abdominal, 0.4% para Hysterectomía vaginal y 0.25 para LH. Aunque el método laparoscópico con lleva el peligro adicional de múltiples inserciones del trocar, rara vez se ha señalado las lesiones intestinales mencionadas con la colocación de éste.

Daño de uréteres:

La lesión uretral es similar a la de intestino porque la frecuencia de su aparición depende mucho de la dificultad del procedimiento. En el estudio CREST se encontró en 0.2% de los casos de Hysterectomía abdominal y no sucedió con Hysterectomía vaginal. La menor tasa de lesiones durante la hysterectomía vaginal se debe, al menos parcialmente, a la selección de Hysterectomía abdominal para

procedimientos más difíciles. Algunos autores han comentado que la técnica de Histerectomía vaginal protege contra las lesiones uretrales.

CUIDADOS POST OPERATORIOS

Varios estudios en los últimos años han indicado que la alimentación precoz después de la histerectomía es segura y de hecho facilita el alta temprana. En muchos casos las pacientes pueden tolerar la comida sólida el primer día del post operatorio. Sin embargo se debe tener en cuenta las maniobras particulares realizadas en la paciente y ser conservador con la indicación de la dieta si se prevé un ilio postoperatorio.

El alta hospitalaria se dará siempre que la paciente tenga buenos ruidos intestinales, tolere la comida sólida y no esté distendida.

En la mayoría de las pacientes se deja la sonda Foley colocada durante la noche después de la histerectomía abdominal, aunque se ha demostrado que en la mayoría de veces no es necesario disponiendo de un buen personal de enfermería. En pacientes con lesión vesical o analgesia peridural continua para aliviar el dolor después de la operación, se puede indicar el uso más apropiado de la sonda.

En cuanto a la actividad se recomienda la de ambulación temprana ya que disminuye la incidencia de tromboflebitis y neumonías. Al alta se debe indicar evitar esfuerzos físicos durante 6 semanas, para minimizar el estrés sobre la fascia y permitir la cicatrización completa.

No se recomienda el coito hasta 6 semanas después de la cirugía.

3.8 OTRAS COMPLICACIONES

Trastornos psicosexuales.

Hay muchos estudios en las publicaciones antiguas que detallan el aumento de la morbilidad psicológica después de la histerectomía; Richard acuñó la denominación “síndrome pos histerectomía” para describir un aumento en la depresión y los

problemas sexuales observados después de dicha operación. Hay un consenso cada vez mayor de que cuando sólo se extirpa el útero no hay aumento de la morbilidad psicológica y tal vez, inclusive, haya una disminución.

Hay varios estudios que han demostrado que el asesoramiento preoperatorio cuidadoso y la preparación dan lugar a una mejor evolución posoperatoria en términos de morbilidad psicosexual. Esto se ha cuantificado con pruebas psicométricas realizadas antes y después de la operación junto con cuestionarios extensos.

En términos de funcionamiento sexual después de la histerectomía sin anexectomía, ha habido informes que citan: disminución de libido, frecuencia de orgasmos, lubricación vaginal y sensibilidad vaginal.

Disfunción de la porción inferior del aparato urinario.

Hay varios artículos que informan más síntomas de la porción inferior del aparato urinario después de la histerectomía.

Se han descrito incontinencia urinaria, retención urinaria, polaquiuria y disuria después de la intervención quirúrgica. Los estudios más recientes, no parece haber un incremento notable de los síntomas de la porción inferior del aparato urinario cuando se estudio a las mujeres de manera prospectiva.

Parece que la histerectomía tiene poco efecto sobre la fisiología de la porción inferior del aparato urinario.

Disfunción intestinal.

Algunos autores han cuestionado si la histerectomía tiene un efecto lesivo a largo plazo sobre la función intestinal. Específicamente, se han señalado acentuación del síndrome de intestino irritable y del estreñimiento intenso después de la histerectomía.

Se concluyó que había cambios notables en la sensibilidad rectal después de la histerectomía por enfermedad benigna, que persistían durante al menos seis meses después de la operación, pero no siempre se relacionaron con la aparición de síntomas gastrointestinales

4. CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada.

Por lo tanto lo que llamamos calidad de vida reúne elementos objetivos y subjetivos del bienestar social que están fundados en la experiencia ya sea individual y comunitario dentro de la vida social.

Si tomamos en cuenta el concepto de calidad de vida según la OMS, nos dice que es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes.

Con este argumento podemos citar que es un campo muy abierto donde comprende factores de salud de tipo emocional, física, ser independiente, contar con relaciones que contribuyan a un mejor desarrollo y que exista relación con el entorno en que vivimos.

Ahora bien, cuando nos preguntamos en forma individual que es calidad de vida podemos expresar diversa terminología como bienestar, alcanzar logros personales y familiares, contar buen estado de salud, tener una alimentación sana, en fin todo esto se ve relacionado a entornos sociales y culturales.

4.1 GENERALIDADES

Los instrumentos que miden calidad de vida deben tener adecuadas propiedades psicométricas que les permitan obtener una buena medición, en cuanto a términos de confiabilidad, especificidad y sensibilidad. Actualmente no existe un instrumento

único y específico que pueda considerarse como herramienta de evaluación de la mujer histerectomizada en torno a su calidad de vida.

Dentro de las publicaciones referentes a calidad de vida, las patologías malignas son las más estudiadas, debido a su cronicidad, impacto social y los posibles efectos adversos de su tratamiento. En el ámbito de la ginecología se ha estudiado ampliamente la relación entre el cáncer y la calidad de vida, sin embargo la histerectomía no ha sido un tópico ampliamente estudiado. En relación a la histerectomía, no hay suficiente investigación en temas de igual o mayor importancia como la autoimagen, el sentido de feminidad, la sexualidad y creencias y temores de las pacientes en relación a la cirugía, todos ellos tópicos que interfieren directamente con la percepción subjetiva de calidad de vida.

Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros.

A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de estas mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación. Al comparar la calidad de vida entre mujeres sanas y mujeres histerectomizadas, estas tuvieron similares niveles de calidad de vida, en los dominios: funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica.

La mujer histerectomizada evidencia mejor calidad de vida que la mujer con trastornos ginecológicos, en los dominios anteriormente nombrados. Se concluye que la histerectomía por sí sola, no afecta la calidad de vida de estas mujeres, sin embargo, surge la necesidad de nuevas investigaciones sobre el tema.

La calidad de vida relacionada a salud, ha adquirido gran importancia, ya que permite evaluar el impacto de la enfermedad y/o tratamiento desde la perspectiva del usuario, por tanto es reconocida como una importante variable en el ámbito clínico. Se define calidad de vida según la situación de vida de la persona sana o enferma, en los aspectos físicos, emocionales y sociales, los que deben ser

evaluados individualmente, puesto que la intervención terapéutica no es vivida ni percibida de igual manera.

La Organización Mundial de la Salud, define calidad de vida como: "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". La comprensión del concepto de calidad de vida es esencial, para entender, asesorar y apoyar a los usuarios, brindándoles información durante el proceso quirúrgico y un cuidado apropiado

4.2 DIMENSIONES QUE SE DEBEN VALORAR

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:

Las complicaciones psicológicas han evolucionado en las pasadas cuatro décadas. Estudios avalan que si la salud mental se altera puede influir en forma negativa en el afrontamiento de la usuaria con respecto a su propia situación de salud. Naughton, en una revisión de 8 estudios, hace mención al estado psicológico que vive la mujer antes de verse enfrentada a esta cirugía: depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo pueden, afectar la percepción que la usuaria tenga con respecto a su condición de salud; este autor refiere que la depresión es la principal enfermedad psiquiátrica que afecta a éstas pacientes.

Al estudiar mujeres con depresión pre-operatoria, evidenció un incremento de este trastorno post-quirúrgico, demostrando que la histerectomía en sí no es el factor causal del desarrollo del trastorno, sin embargo, la poca participación en la toma de decisión con respecto a someterse a la histerectomía, son aspectos que influyen en la aparición de depresión u otros trastornos. Por lo tanto es relevante evaluar la condición en la que se encuentra la usuaria antes, durante y después de someterse a este procedimiento, ya que la histerectomía desencadena conflictos de autoestima y que el profesional de salud debe lidiar con los temores,

creencias y ansiedad de los usuarios para prevenir síntomas depresivos posteriores al alta.

DIMENSIÓN SOCIAL:

Respecto a la dimensión social, existe evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la mujer con histerectomía.

Cabe destacar que los hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía, es por eso la importancia que se le debe dar a la educación como herramienta fundamental en la ayuda de los profesionales en el cuidado en salud. Se debe considerar que las distintas creencias proveen de sensibilidad cultural y comprensión al momento de cuidar a estas mujeres.

Las mujeres perciben no tener el control en la toma de decisiones con respecto a la cirugía. Se hace mención a la información de tipo paternalista entregada por médicos, evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición a sentir las repercusiones post histerectomía.

Por ello concluyen que la decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto (profesional de la salud-mujer), haciendo participe de esto a la pareja o familiares.

DIMENSIÓN FÍSICA:

Con respecto a la dimensión física, se evidencia que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud en torno a su calidad de vida, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres.

Al parecer las mujeres con incisiones de Pfannesteil tienen más aspectos positivos en la calidad de vida que las mujeres con incisiones medias, ya que al ser una incisión discreta, el costo en la apariencia física es menor.

4.3 IMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA EN LA IMAGEN CORPORAL

FEMINIDAD:

La mujer tiende a encontrar su identidad a través de su feminidad, la cual es una combinación de factores tales como el atractivo sexual, capacidad para tener niños; por esta razón los genitales en la mujer y los órganos reproductores son esenciales para su adaptación y autovaloración como mujer, la remoción de éstos órganos constituye un peligro para la autonomía integral de la mujer sobre todo para aquellos cuya identidad o rol femenino descansa en sus atributos físicos, la amputación quirúrgica de los órganos reproductores en una mujer produce un daño psicológico por su impacto en la concepción de la mujer y su feminidad.

REACCIÓN DEPRESIVAS:

Se dice que la histerectomía incluye enfermedades depresivas y frecuentes estados de ánimo tristeza y fácil reacción emocional acompañado de lágrimas, lástima, también produce inseguridad, experiencias de abandono, descontento, está relacionado con el tiempo de producida la histerectomía.

TEMORES:

La paciente siente temores a la posible mutilación, al dolor, muerte, separación de las personas queridas, pérdidas económicas y desintegración familiar y al envejecimiento, temor de perder el esposo, temor por no volver a trabajar, temor de perder el atractivo sexual, temor de perder la capacidad de concebir, temor a perder la menstruación.

4.4 REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DE LA HISTERECTOMIA

La histerectomía es valorada por las pacientes como una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con reconocido efecto negativo sobre la recuperación posquirúrgica. Para contrarrestar dichos efectos psicológicos adversos se han desarrollado diferentes tipos de programas de preparación para cirugía, los cuales buscan hacer más controlable y predecible el proceso pre y posoperatorio, facilitando la recuperación.

Las repercusiones psicológicas de la histerectomía giran en torno a la depresión asociada a esta intervención, repercusiones en la sexualidad, al auto imagen, y la percepción de su feminidad.

También se señala que esta operación es experimentada como una crisis existencial dada la significación simbólica del útero y de las funciones de procreación, menstruación y sexual. La histerectomía impacta en la vida interna y relacionada con la mujer puede ser más devastadora que la menopausia porque implica la pérdida de las vías reproductoras lo que genera mayor preocupación que la pérdida de otros órganos.

A si mismo se reconocen algunos factores psicosociales como soporte social, en el cual la cese de la menstruación como consecuencia de la histerectomía se asocia al significado simbólico e inconsciente del útero relacionado a la condición de ser mujer, a la feminidad, sexualidad y maternidad. El útero y sus representaciones mentales para las mujeres (crucial para la maternidad) resulta ser una pérdida del poder femenino, experimentando el sentimiento de quedar vacía, ya que pierde una parte muy sustantiva de su propia anatomía que la simboliza frente al hombre.

Frente a la histerectomía las mujeres manifiestan temores a perder su capacidad sexual y el interés por su pareja , como también a envejecer prematuramente, el cambio en la respuesta sexual depende de la ansiedad originada por la preocupación del funcionamiento sexual y por el deterioro de las relaciones

sexuales, por otro lado la histerectomía como menopausia simboliza también la pérdida de la juventud, el cuerpo muestra cambios en la piel (por la deficiencia de estrógenos), esto produce ansiedad y depresión en el que se relacionaría fundamentalmente con la percepción de pérdida de feminidad del potencial reproductivo de la atención de la pareja.

La histerectomía puede ser valorada por las pacientes como un evento amenazante, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad debidos a la ausencia de control por parte de la paciente y al carácter impredecible de la situación quirúrgica.

Estas alteraciones en el estado de ánimo tienen efecto negativo sobre el proceso de recuperación postoperatoria, haciéndolo más lento y complicado.

Siguiendo el modelo psiconeuroinmunológico, es posible afirmar que altos niveles de ansiedad pueden estar altamente correlacionados con alteraciones en el proceso de cicatrización, con una mayor percepción de dolor posquirúrgico, con baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas, con la acción y los efectos secundarios de los medicamentos anestésicos y con presencia de complicaciones posquirúrgicas entre las que se incluyen infecciones, emésis y cefalea.

PSICOTERAPIA EN LA HISTERECTOMÍA

La resección del útero puede significar una pérdida parcial de aspectos significativos para la identificación como mujeres de las pacientes a quienes se les practica, pues aunque este órgano normalmente es invisible, se hace visible ante su ausencia, lo cual, como es de esperarse, tiene efectos emocionales que pueden incluir la vivencia como una pérdida afectiva, que provoca la iniciación de un proceso de duelo, modificaciones en la autoestima, en el estado de ánimo, en el deseo sexual y en las relaciones de pareja posteriores a la cirugía.

Dichas respuestas obedecen, entre otras razones, al hecho de que en nuestra cultura el útero ha sido simbolizado como parte determinante de la identidad femenina debido al papel protagónico que desempeña en la procreación y la

maternidad, funciones por las que históricamente la mujer ha sido definida y valorada en la sociedad.

Se ha encontrado que entre la población femenina existe una serie de creencias y actitudes relacionadas con la histerectomía y sus consecuencias futuras.

Entre los temores que se suelen mencionar frente a este procedimiento están la sensación de “quedar huecas”, el aumento de peso, la pérdida del deseo sexual y las percepciones erróneas que sus compañeros puedan tener respecto a la histerectomía.

El reconocimiento de las percepciones que tiene la mujer sobre esta intervención quirúrgica brinda una base rica para el desarrollo de intervenciones que mejoren el cuidado de su salud.

La psicoterapia implica el tratamiento directo de una persona o su tratamiento indirecto por medio de otras personas o situaciones que tiene por objeto proporcionar al paciente nuevas experiencias en la vida que tenga sobre él y ejercer influencia saludable cuya finalidad es el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratado.

Está designada para:

- Ayudar al paciente a mejorar su manera de reaccionar ante la vida diaria.
- Mejorar el modo de vida de una persona, requiere un aumento de comprensión de sus propios sentimientos y motivos.
- Aumento de la autoestima y la auto percepción.
- Mayores sentimientos de seguridad y adecuación.
- Desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales.

Las pacientes responderán de una manera positiva a aquellas personas que se les acerquen con calor y afecto; quienes son capaces de responder a sus necesidades afectivas, se necesita una mutua interrelación de confianza y cuidado entre dos personas para vivencia juntos tales experiencias.

La explicación clara de la enfermedad y la psicoterapia de apoyo para el paciente y su familia es una base en el tratamiento y durante la convalecencia, la paciente

necesitara apoyo moral para vencer la depresión que sigue a cualquier operación, así como los temores acerca de su futuro.

4.5 FISILOGIA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

La respuesta sexual es el conjunto de cambios físicos y mentales que se asocian a la realización de actos sexuales. Consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en grado diverso, al de la totalidad del organismo.

Máster y Johnson describieron la respuesta sexual como un proceso fisiológico de fases consecutivas:

Deseo.

Excitación.

Meseta.

Orgasmo.

Resolución.

Se trata de un modelo lineal que describe la respuesta sexual como invariable, igual en hombres y mujeres, donde el deseo siempre precede a la excitación.

Basson propuso un modelo no lineal que comprende la retroalimentación física, emocional y cognitiva.

Este modelo puede encajar más con las dificultades sexuales que aparecen antes y después de la histerectomía, así como con determinados procesos patológicos y/o sus tratamientos farmacológicos. La excitación conduce al deseo, que estimula la predisposición para recibir y dar nuevos estímulos. La satisfacción emocional y física se obtiene mediante un aumento en el deseo sexual y la excitación. Factores

biológicos, sociales y fisiológicos pueden afectar negativamente a este ciclo, provocando Disfunción Sexual Femenina.

Conlleva cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales. Comprende un conjunto de cambios físicos que afectan a la totalidad del organismo, así como mentales, que incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia.

El deseo (también llamado apetito sexual o libido) es el estado mental de atención a estímulos eróticos y motivación para responder a ellos para gratificarse, que precede a la realización de actos sexuales y/o la acompaña.

Tiene componentes cognitivos y afectivos, además de un sustrato neurohormonal. Puede presentarse de modo "espontáneo" o bien "reactivo"; este último se produce en respuesta a diversos estímulos sensoriales y otras incitaciones por parte de la pareja, incluida la propia excitación fisiológica inducida de modo reflejo, en un contexto de afecto positivo.

Dicho fenómeno es más frecuente y relevante en la mujer, particularmente en el contexto de una relación prolongada y de buena calidad afectiva. A su vez, en la excitación sexual se distinguen ahora dos componentes: los cambios fisiológicos, que vamos a ver seguidamente, y la excitación subjetiva que motiva tratar de intensificar la estimulación sexual y desarrollar completamente el ciclo de la resolución sexual.

El aumento de aporte sanguíneo a los sinusoides de los órganos eréctiles (clítoris y bulbos), y al plexo vascular de las paredes vaginal y uretral e interior de los labios menores, característico de la fase de excitación, es consecuencia de la relajación de las células musculares lisas de las trabéculas y/o las arteriolas que los irrigan.

La regulación de su actividad contráctil se hace mediante fibras nerviosas postganglionares parasimpáticas y simpáticas, presentes en las trabéculas y las

paredes de las arteriolas, que actúan coordinadamente con las células endoteliales adyacentes.

Así, las células musculares lisas de los tejidos eréctiles y de los vasos sanguíneos que los irrigan están sometidos a la influencia de numerosos mediadores químicos de origen neural, paracrino y autocrino como noradrenalina, óxido nítrico (NO), péptido intestinal vasoactivo (VIP), etc. Su balance determina el de mensajeros intracelulares del que, a su vez, depende el nivel de Ca^{2+} en el citosol de las células musculares que, a su vez, determina el estado de contracción o relajación.

La respuesta sexual es el resultado de una sucesión de reflejos neurovegetativos y somáticos, modulados a su vez por multitud de factores que incluyen desde los niveles sanguíneos de diversas hormonas hasta procesos cognitivos y estados emocionales. Todo ello es regulado por el Sistema Nervioso.

Los órganos genitales femeninos están inervados por las dos grandes divisiones del Sistema Nervioso Autónomo. Las fibras simpáticas proceden del plexo hipogástrico y tienen su origen en la columna intermedio-lateral de la médula espinal toracolumbar (T11-L2); su actividad produce vasoconstricción de los órganos eréctiles y de la vagina.

Las fibras parasimpáticas, originadas en los niveles medulares sacros S2-S4, forman los nervios pélvicos o erectores, su actividad produce, mediante la liberación de óxido nítrico (NO) y péptido intestinal vasoactivo (VIP), vasodilatación de los órganos eréctiles y lubricación vaginal.

El nervio pudendo (raíces S2-S4) proporciona la principal inervación somatomotora a los músculos que participan en la respuesta orgásmica (pubococcígeo, bulbocavernoso, isquiocavernoso, etc.). Este nervio lleva también las principales fibras sensitivas de la región genital.

La lesión de estos nervios por traumatismos y como secuela de tratamiento quirúrgico es causa frecuente de disfunciones sexuales. La capacidad de funcionamiento de estos nervios resulta también muy afectada por diversos

trastornos crónicos como la diabetes o la insuficiencia renal, y por agentes terapéuticos (por ejemplo: antihipertensivos).

A la función sexual humana se le reconoce un importante soporte hormonal, especialmente por parte de los esteroides gonadales. El papel fundamental de los estrógenos es el mantenimiento del turgencia de la vagina y su capacidad de respuesta a estímulos sexuales con vasodilatación y aumento de lubricación.

Existe un aumento de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo. Se han descrito también aumentos más difusos y sostenidos (no confirmados en todos los estudios) de adrenalina, gonadotropinas y testosterona asociados a la actividad sexual.

El papel de los andrógenos en la función sexual femenina es más controvertido. En el varón, está bien establecido que los andrógenos testiculares (fundamentalmente testosterona) contribuyen de modo importante a promover el deseo sexual y al mantenimiento del estado funcional de los tejidos eréctiles. En la mujer, hay muchos datos que indican un papel similar de los andrógenos, tanto en estimular el apetito sexual como en el desarrollo y mantenimiento de parte de los órganos sexuales más relevantes para la RS, como el clítoris.

Por otra parte, hay algunos estudios que cuestionan la acción facilitadora del deseo sexual femenino atribuida a los andrógenos. Las discrepancias pueden deberse a las dificultades que supone su estudio, por diferencias de diseño y variadas características de las mujeres evaluadas (jóvenes normales, pre menopáusicas disfuncionales, menopausia inducida, menopausia natural, etc.), a las limitaciones técnicas para medir fiablemente unos niveles sanguíneos de testosterona considerablemente inferiores (en 10 a 20 veces) a los del varón, al desacuerdo en cuáles son los indicadores bioquímicos de actividad androgénica más idóneos, etc.

Los ovarios y las glándulas suprarrenales comparten la producción de testosterona a partes iguales. Hay una disminución en la producción progresiva con la edad³⁸. La insuficiencia de andrógenos es una causa reconocida de disfunción sexual. Se asocia con disminución de la libido, pérdida de la respuesta sexual ante estímulos,

incluso empeoramiento de la congestión vulvar y vaginal. Las mujeres premenopáusicas con quejas sobre su función sexual tienen menos niveles de precursores androgénicos adrenales y testosterona que aquellas de la misma edad sin quejas.

Entre otros tipos de hormonas que pueden contribuir a modular la función sexual cabe destacar la prolactina. A su elevación pos orgásmica, comentada anteriormente, se le ha atribuido el fenómeno del "periodo refractario" durante la fase de resolución.

Por otra parte, la hiperprolactinemia con frecuencia se acompaña de disminuciones del apetito sexual, en varones y mujeres, aunque es difícil discernir si el efecto se debe al propio aumento de prolactina o al hipogonadismo secundario frecuente en esta enfermedad.

4.6 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

La expresión de la sexualidad es importante a lo largo de toda la vida de una mujer, y, por lo tanto, necesita ser comprendida tanto en su aspecto fisiológico como en su patología.

La disfunción sexual femenina (DSF) se define como alteraciones en el deseo sexual y cambios psico-fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual que causan malestar emocional y psicológico importante y dificultad en las relaciones interpersonales, es decir, implica que a la mujer le preocupa este problema en mayor o menor grado; incluso si una mujer presenta las características que definen una disfunción sexual, a menos que eso le esté causando sufrimiento personal, ella no tiene una disfunción sexual, y ningún clínico debería crear un problema donde no lo hay.

La disfunción sexual femenina es considerada como una amplia gama de trastornos con notable solapamiento entre los mismos o, como expresa Clayton en su revisión sobre

Deseo sexual hipo activó: "los trastornos sexuales son a menudo concomitantes" como por ejemplo el hecho de que el deseo sexual hipo activó se asocie con trastornos de la excitación o con dificultades en el orgasmo frecuentes en las mujeres postmenopáusicas. Así mismo, las mujeres con Trastorno por deseo sexual hipo activó tienen más probabilidades de estar insatisfechas con su vida sexual y con su relación de pareja.

La disfunción sexual femenina es un fenómeno multifactorial: influyen factores fisiológicos, psicológicos y sociales; como la edad, la menopausia, las enfermedades, los tratamientos médicos y la cirugía de órganos pélvicos.

Se asocia con una salud mental y física disminuida. Según Mestre, existe una asociación entre disfunción sexual femenina y una pobre salud física, mental y un deterioro en la calidad de vida.

Desde el punto de vista clínico es importante tener en cuenta distintos factores que influyen en la salud sexual, el papel del contexto interpersonal, social y de la salud mental son importantes, pero también lo son la enfermedad crónica y la salud sexual de la pareja.

Es un tema que no se aborda frecuentemente por la falta de tiempo, porque puede resultar embarazoso, porque no se tiene en cuenta en mujeres mayores, por la incertidumbre acerca de los tratamientos y por la formación pobre en estos campos. Sin embargo, la sexualidad es sumamente importante para la calidad de vida del ser humano, de hecho, como ya hemos comentado, es un derecho humano básico. Está demostrado que los desórdenes sexuales empeoran la calidad de vida y aumentan la morbilidad. Por lo tanto, debemos mejorar el conocimiento y la comprensión de la fisiopatología de la sexualidad.

A la hora de saber la prevalencia de la disfunción sexual femenina surgen dificultades ya que existen diferentes sistemas de clasificación y, en los trabajos de investigación realizados, o bien no se utiliza ninguna clasificación validada o bien no se especifica la misma.

Las disfunciones sexuales se clasifican, en:

- Trastorno del deseo hipo activó: ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales que causa marcado malestar o dificultades en las relaciones interpersonales. La motivación para buscar la excitación es escasa o nula y debe tenerse en cuenta una involución fisiológica a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja. Es la disfunción más frecuente.

- Trastorno de la excitación, que se subdivide en:

- Trastorno subjetivo de la excitación: ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y del placer con cualquier tipo de estimulación sexual, a pesar de existir lubricación genital y otros signos fisiológicos propios de un proceso excitatorio.

Trastorno de la excitación sexual genital: ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta por una mínima tumefacción y lubricación genital, además de sensibilidad reducida a las caricias vulvares. Existe sensación subjetiva de excitación ante estímulos sexuales no genitales.

- Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital: ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y el placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital con cualquier tipo de estimulación sexual.

- Trastorno de la excitación sexual persistente: espontánea, molesta y no querida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo. La excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días.

- Trastorno del orgasmo: ausencia o disminución de la intensidad del orgasmo con una adecuada estimulación, a pesar de sentir excitación sexual.

- Dispareunia: dolor persistente o recurrente al intentar o completar la penetración. Se incluyen las mujeres que no toleran los movimientos vaginales debido al dolor.

- Vaginismo: dificultad persistente para permitir la entrada del pene, los dedos u otro objeto en la vagina a pesar de que la mujer lo desee por espasmos musculares

involuntarios recurrentes o persistentes de la musculatura del tercio externo de la vagina.

- **Trastorno por aversión sexual:** extrema ansiedad o disgusto ante la idea o el intento de practicar cualquier actividad sexual.

Es importante preguntar también por el papel de la pareja sexual. Los cuestionarios validados son una herramienta fiable para la medición de la función sexual, son fáciles de realizar, discretos, económicos y se obtienen unos valores normalizados y útiles para la clínica. Los cuestionarios validados son el único instrumento que permite cuantificar los cambios entre antes y después de un tratamiento, y evaluar tanto individual como globalmente si el impacto de la aplicación de un determinado tratamiento ha sido positivo, negativo o neutro para la salud sexual de la mujer.

Así pues, la anamnesis y la utilización de cuestionarios estandarizados nos darán un diagnóstico de la disfunción sexual, así como de la presencia de distintas enfermedades o tratamientos que pueden afectar a la función sexual.

La exploración física es necesaria si se sospecha alguna patología orgánica, consta de un examen físico, con atención especial a los sistemas vascular y neurológico. La exploración ginecológica debería realizarse si prevemos alguna causa física (es importante investigar anomalías anatómicas, signos de atrofia, verrugas, infecciones, cicatrices y deficiencia de estrógenos).

Un gran número de enfermedades y trastornos diversos de nuestro organismo tienen efectos perjudiciales sobre la función sexual. Las causas y los mecanismos son muy variados. Unas veces se trata de una interferencia específica con los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual por parte del proceso patológico, por ejemplo: diabetes, insuficiencia renal, hiperprolactinemia, oclusiones vasculares de la pelvis, esclerosis múltiple, traumatismos méduloespinales, tumores o epilepsia temporal. Otras veces puede deberse a los efectos de tratamientos con numerosos fármacos (algunos antihipertensivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, muchas sustancias psicotrópicas) o a procedimientos quirúrgicos, sobretodo de órganos pélvicos (por lesión de los nervios pélvicos).

4.7 HISTERECTOMÍA Y FUNCIÓN SEXUAL

La experiencia erótica humana es de las más psicosomáticas; por tanto, la integridad de sus bases orgánicas psicofisiológicas son también decisivas para comprender las dificultades sexuales.

Cuando hemos hablado anteriormente sobre la fisiología de la respuesta sexual femenina, vemos que el útero interviene en varios momentos: se eleva en la fase de excitación y se contrae durante el orgasmo asociándose a una sensación más placentera. Así pues, nos preguntamos si la histerectomía puede afectar a la función sexual de la mujer.

El impacto de la histerectomía sobre la sexualidad ha sido centro de atención desde siempre.

La posibilidad de que la histerectomía provocase secuelas psicológicas fue destacada por primera vez por Krafft-Ebing en 1890 (Ackner 1960). Uno de los primeros estudios que investiga el efecto de la histerectomía sobre el aspecto psicológico fue el de Subramaniam, que descubre que el 20% de las pacientes que han tenido una histerectomía desarrollan síntomas depresivos durante el primer año de seguimiento.

La patología del suelo pélvico afecta a la función sexual. Los síntomas provocados por diferentes patologías ginecológicas como el sangrado uterino anormal, el dolor, también interfieren con la actividad sexual. Algunos estudios muestran mejora de la función sexual al aliviar los síntomas.

Pero no todos los estudios coinciden con el anterior y la correspondiente mejoría de la función sexual después de la cirugía que alivia los síntomas no siempre ocurre. Puede ocurrir deterioro en la función sexual tras la cirugía.

Las razones que pueden afectar a la sexualidad tras la histerectomía son: las consideraciones anatómicas como la cicatriz que queda en la vagina o la interrupción de nervios, la posible disminución en la sensibilidad de la vagina, el hecho de quitar

el cérvix, el empeoramiento del orgasmo en aquellas mujeres con contracciones uterinas durante el mismo, las preocupaciones porque el útero pueda contribuir a aportar una sensación de bienestar y feminidad, etc.

Lonneé-Hoffmann en su revisión encuentra una mejoría de la calidad de vida y de la función sexual tras la histerectomía realizada por causa benigna, independientemente de la vía y de si es total o subtotal. Ahora bien, también se observa que entre un 10-20% de mujeres empeoran su función sexual, esto ocurre sobre todo si antes existen problemas sexuales o depresión, también se observa que se empeora con más probabilidad si la indicación de la histerectomía es endometriosis. Si la histerectomía lleva añadida ooforectomía bilateral sí que se encuentra empeoramiento de la función sexual de forma significativa.

Lo que dejan claro multitud de estudios es que la información y la educación por parte del personal sanitario sobre los potenciales resultados adversos en la sexualidad de la mujer tras la histerectomía, aumentan la satisfacción con los resultados del procedimiento y mitiga la ansiedad preoperatoria.

4.8 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA FUNCIÓN SEXUAL ANTES DE LA HISTERECTOMÍA

La histerectomía radical es una operación empleada para tratar algunos cánceres del cuello uterino. El cirujano extrae el útero y los ligamentos (fibras de tejidos) que lo sostienen en su lugar. También se extirpa el cuello uterino junto con alrededor de tres a cinco centímetros (una a dos pulgadas) de la vagina en torno al cuello uterino. En una histerectomía que se hace para tratar el cáncer uterino o el cáncer ovárico se extirpa menos tejido.

La histerectomía acorta la vagina y puede haber entumecimiento en el área genital. Algunas mujeres se sienten menos femeninas después de una histerectomía. Puede que se vean a sí mismas como “vacías” o que no se sientan como “una mujer

de verdad". Estos pensamientos negativos pueden impedir que la mujer piense acerca del sexo y de cómo disfrutarlo. Un terapeuta capacitado a menudo puede ayudar con estas inquietudes.

Las creencias arraigadas en algunos contextos culturales llevan a las mujeres a asociar el útero a valores simbólicos importantes. La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vivencia de la sexualidad y, consecuentemente, causa interferencia en la personalidad del ser humano. La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas.

En algunos escenarios culturales la mujer sin útero es rotulada como "mujer fría o vacía" y sufre las consecuencias de ese estigma.

Muchas mujeres creen que este órgano contribuye al placer sexual, tanto por los movimientos como por las contracciones que se originan de él. La existencia de esa creencia explica el hecho de que muchas mujeres se quejan de la disminución de la respuesta sexual después del retiro del útero.

Considerando los factores que involucran a la mujer y a la familia en el proceso de extirpación del útero y la importancia y necesidad de dominio de esta temática por los profesionales que prestan asistencia a la salud de la mujer, se realizó esta revisión de la literatura científica relativa a la histerectomía y su influencia sobre la vivencia de la sexualidad.

La respuesta sexual suele describirse como una secuencia cíclica de fases características (deseo, excitación, orgasmo y la fase de resolución), cuyos mecanismos interactúan reforzándose o inhibiéndose recíprocamente. Esta distinción en fases tiene utilidad clínica, pues muchos trastornos o sus tratamientos farmacológicos o quirúrgicos afectan primariamente y de modo relativamente selectivo a alguno de estos componentes, es decir existen alteraciones en el deseo sexual, alteración de la excitación sexual, alteración del orgasmo y alteraciones que causan dolor sexual.

Vemos que en el Deseo influye la edad, las mayores de 55 años presentan más porcentaje de trastorno que las menores de forma significativa.

Influye también el nivel de estudios, cuanto mayor es el nivel de estudios menor es la presencia de trastorno del Deseo. La menopausia ejerce un efecto negativo sobre el Deseo. Cuando la indicación de la histerectomía es por patología de suelo pélvico encontramos más trastorno del deseo que cuando es por miomatosis y otras patologías.

Acorde con lo anterior, cuando la mujer presenta sensación de bulto en genitales, como síntoma antes de la histerectomía, presenta más porcentaje de trastorno, mientras que cuando el síntoma es metrorragia, el porcentaje de trastorno es menor de forma significativa. Por último, cuanto menos satisfechas con su imagen corporal están las mujeres más presencia hay de trastorno del Deseo.

Al ajustar por edad, vemos que solamente influyen de forma significativa sobre el Deseo en mujeres menores de 55 años el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal.

En resumen, el Deseo está influido por la edad principalmente y, en las menores de 55 años, también por el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal.

Excitación

Hay relación del nivel de estudios con el trastorno en la Excitación, cuanto mayor es el nivel de estudios menos trastorno existe. Encontramos también un efecto negativo de la diabetes sobre la Excitación.

Así pues, la existencia o no de trastorno en la Excitación con lo que más se relaciona es con el nivel de estudios y con la presencia de diabetes.

Lubricación

Existe relación entre un mayor nivel de estudios y menor existencia de trastorno en la Lubricación. Cuando la indicación de la histerectomía es por patología de suelo pélvico existe más trastorno grave. En concordancia con lo anterior observamos mayor porcentaje de trastorno grave de la lubricación cuando las mujeres presentan sensación de bulto en genitales antes de operarse.

Orgasmo

Las mayores de 55 años presentan más trastorno grave en el Orgasmo, aunque la significación estadística es límite.

Vemos influencia de la profesión sobre la existencia de trastorno en el Orgasmo, las mujeres con trabajo remunerado o en paro tienen menos trastorno en el Orgasmo, sin embargo las amas de casa y las jubiladas tienen más.

El nivel de estudios también influye en el trastorno en el Orgasmo, a mayor nivel de estudios menor es la existencia de trastorno en el Orgasmo.

Padecer alguna enfermedad que puede afectar a la función sexual vemos que influye en que existe mayor trastorno en el Orgasmo. Concretamente, la depresión y la diabetes mellitus influyen negativamente en el trastorno del Orgasmo.

Tomar algún tratamiento que puede afectar a la función sexual se relaciona con mayor existencia de trastorno en el Orgasmo con una significación estadística límite, pero vemos que la toma de antidepresivos y benzodiazepinas presenta una asociación estadísticamente significativa.

Las mujeres menopáusicas presentan más porcentaje de trastorno en el Orgasmo. A mayor satisfacción con la imagen corporal menor existencia de trastorno en el Orgasmo.

Al ajustar por edad, siguen influyendo significativamente el padecer una enfermedad que puede afectar a la función sexual, padecer depresión o diabetes mellitus, tomar antidepresivos y tomar benzodiazepinas. Sin embargo, la profesión, el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal sólo influyen en las menores de 55 años. La menopausia, al ajustar por edad, deja de ser significativa.

Problemas con la penetración vaginal

No encontramos ninguna relación significativa de ninguna variable con los Problemas en la penetración.

Vemos que trastornos graves de la Penetración sólo hay en menopáusicas, pero la significación es límite.

Cuando la indicación es por patología del suelo pélvico observamos más trastorno grave. Así como cuando la mujer antes de operarse tiene sensación de bulto en genitales (acorde con lo anterior) o dispareunia.

Ansiedad anticipatoria

Existe influencia del nivel de estudios, a mayor nivel de estudios menos probabilidad de trastorno de Ansiedad anticipatoria. Se observa más presencia de trastorno grave de la Ansiedad anticipatoria en mujeres con sensación de bulto en genitales, existe relación pero no alcanza la significación estadística. También observamos que a mayor satisfacción con la imagen corporal, menor es la presencia de Trastorno de Ansiedad anticipatoria, esto alcanza significación estadística en menores de 55 años. Así mismo, a mayor satisfacción con su papel como mujer, menor porcentaje de trastorno de Ansiedad anticipatoria.

Iniciativa sexual

Hay relación de la edad sobre la Iniciativa sexual, las mayores de 55 años tienen significativamente menos iniciativa que las menores de 55 años. También existe relación de la profesión con la Iniciativa, las mujeres que trabajan en la casa y las jubiladas tienen menos iniciativa que las que tienen un trabajo remunerado o están en paro. Asimismo existe relación con el nivel de estudios, las pacientes con mayor nivel de estudios presentan mejor Iniciativa sexual. Padecer enfermedades con posible repercusión sobre la función sexual disminuye la iniciativa sexual con una significación límite, siendo significativa la diabetes. La menopausia se relaciona con menor iniciativa sexual. La indicación de la histerectomía por patología de suelo pélvico influye negativamente en la Iniciativa sexual. De los síntomas previos a la cirugía, la sensación de bulto en genitales y la incontinencia de orina se relacionan con peor Iniciativa sexual. La satisfacción con el papel como mujer tiene una relación con la Iniciativa sexual en el límite de la significación estadística, a mayor satisfacción, mejor es la iniciativa

Al ajustar por edad, vemos que, en las menores de 55 años, influye sobre la Iniciativa sexual la profesión, el nivel de estudios, la incontinencia de orina, la satisfacción con la imagen corporal y con el papel como mujer. Mientras que en las mayores de 55 años ninguna variable influye, sólo la edad.

Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja.

Vemos que la edad influye sobre la Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, las mayores de 55 años tienen menos confianza. También influye el nivel de estudios, a mayor nivel de estudios, mayor es la confianza. Padecer enfermedades que pueden afectar a la función sexual repercute negativamente sobre la Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, y, concretamente, la depresión afecta significativamente a la confianza. En consonancia con lo anterior, la toma de antidepresivos predispone a tener una menor Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja. El apoyo de la pareja influye sobre la Confianza, cuanto más apoyada se siente por su pareja ante la histerectomía más Confianza para comunicar preferencias sexuales tiene.

Al ajustar por edad, vemos que en menores de 55 años influye solamente el nivel de estudios, padecer depresión y la toma de antidepresivos sobre la Confianza. Y en mayores de 55 años lo que afecta es el apoyo de la pareja ante la histerectomía, a menor apoyo menor Confianza.

Capacidad de disfrutar con la actividad sexual.

Hay relación de la edad con la Capacidad de disfrutar con la actividad sexual, las mayores de 55 años presentan mayor incapacidad para disfrutar que las menores. Las mujeres con mayor nivel de estudios presentan mayor Capacidad de disfrutar. Padecer enfermedades que pueden afectar a la función sexual afecta negativamente a la Capacidad de disfrutar, vemos que las mujeres que padecen depresión y diabetes tienen menos capacidad de disfrutar. Tomar antidepresivos disminuye la Capacidad de disfrutar. La menopausia se relaciona con menor Capacidad de disfrutar. La indicación de la histerectomía por patología del suelo pélvico se relaciona con menor Capacidad para disfrutar. La sensación de bulto en genitales antes de la cirugía influye en tener menor Capacidad para disfrutar. A mayor satisfacción con su imagen corporal las mujeres presentan mayor Capacidad de disfrutar.

Al ajustar por edad, vemos que en las menores de 55 años influye el nivel de estudios y la satisfacción con la imagen corporal, mientras que en las mayores de 55 años influye el padecer enfermedades que pueden afectar a la función sexual y, concretamente, padecer diabetes. Todas las demás variables que hemos visto que influían, al ajustar por edad, comprobamos que es debido a esta última.

Satisfacción con su vida sexual en general

Padecer diabetes se relaciona con menor Satisfacción con la vida sexual en general. La satisfacción con la imagen corporal se relaciona con la Satisfacción con su vida sexual en general, a mayor satisfacción con la imagen mayor satisfacción con la vida sexual.

5 HISTERECTOMÍA EN CÁNCER CERVICOUTERINO

5.1 GENERALIDADES

El cáncer de cérvix uterino en etapa temprana (IA, IB, IIA) tiene un pronóstico relativamente favorable. Aunque la cirugía radical o radioterapia producen una proporción de curación equivalente, se prefiere la cirugía radical en pacientes jóvenes.

La histerectomía radical y la linfadenectomía pélvica ofrecen una supervivencia de 80% a 85% a 5 años para la fase inicial del cáncer cervical con una morbilidad aceptable, pero ocurre recurrencia entre 10% a 20% de las pacientes después de la cirugía radical primaria.

La recurrencia se define como el crecimiento tumoral local, regional o metástasis a distancia luego de un periodo libre de enfermedad mayor a 6 meses, puede ser central, pélvica y a distancia o una combinación de estas.

El pronóstico de carcinoma de cuello uterino recurrente es malo. La tasa de supervivencia a los 5 años después de histerectomía radical y linfadenectomía pélvica es de 3,2 a 13%. Los resultados siguen siendo pobres incluso en las pacientes con recidiva que se limita a la pelvis, con excepción de las que tienen tumor vaginal pequeño.

Las características clínico-patológicas antes de la cirugía primaria, como el estadio clínico, tamaño del tumor, tipo histológico, estado de los ganglios pélvicos y tratamiento adyuvante, y el sitio de recurrencia, son factores pronósticos importantes en cáncer de cuello uterino recurrente.

A pesar de los beneficios de la quimio-radiación, en las pacientes con tipo histológico diferente a carcinoma escamoso o compromiso de ganglios, la supervivencia a 5 años es pobre. La recurrencia aislada en un lugar distante sólo podría ser potencialmente curable si se ofrece un manejo de salvataje multimodal. La exenteración pélvica es la intervención más empleada para el tratamiento de recurrencias centrales. La recurrencia a distancia tiene mal pronóstico, siendo las únicas alternativas de tratamiento la quimioterapia y la radioterapia local a título paliativo.

5.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico histopatológico es el estándar en el diagnóstico de las enfermedades neoplásicas, por ello es imprescindible una muestra tisular obtenida mediante procedimientos quirúrgicos convencionales o de mínima invasión. Aun cuando el diagnóstico citológico es muy útil, no se considera evidencia suficiente para iniciar tratamiento, salvo cuando ya existe diagnóstico tisular y es necesario confirmar una recaída.

Esto se debe a que los estudios citológicos se asocian a falsos positivos y negativos. Practicar una biopsia no es un evento menor, debe evitarse contaminar los tejidos con disecciones innecesarias e incisiones mal situadas; además, se debe vigilar la orientación y fijación de la pieza quirúrgica. Los estudios inmunohistoquímicos o de microscopía electrónica también competen al cirujano, al mantener una necesaria y estrecha comunicación con el patólogo

5.3 TRATAMIENTO

En casos idóneos, la cirugía es el tratamiento primario para el cáncer de mama, esófago, tiroides, estomago, hígado, páncreas, colon, recto, piel, melanoma y sarcomas, entre otros. Estudiar la pieza quirúrgica permite obtener información del pronóstico para definir si se requiere tratamiento complementario. La cirugía oncológica ha sido cuestionada por producir alteraciones funcionales y estéticas de consideración, pero hoy permite practicar resecciones menos extensas, más

Precisas, con la conservación de órganos, extremidades y funciones, con menor morbilidad, conserva su capacidad curativa y deteriora en menor medida la calidad de vida.

Es posible la resección hepática con fines curativos y la ablación de tumores hepáticos inoperables o irrevelables mediante crioterapia o ablación con radiofrecuencia; esta modalidad se limita a pacientes con lesiones numerosas, cercanas a troncos vasculares principales, con reserva hepática inadecuada y lesiones menores de 3 cm.

Los procedimientos endoscópicos y asistidos con robot para el manejo del cáncer gastrointestinal y genitourinario se encuentran en evaluación, pero datos preliminares sugieren resultados oncológicos a largo plazo semejantes, estancias hospitalarias cortas y menor dolor. Hoy, los procedimientos endoscópicos son empleados para la colocación de sondas para alimentación, instalación de endoprotesis para manejo de estenosis esofágicas, manejo de fistulas y drenaje de la vía biliar, entre otros.

La cirugía conservadora ahora es más usual, propiciada por el diagnóstico temprano, los mejores estudios de imagen, el mejor conocimiento de la evolución natural de la enfermedad y mejoría en el conocimiento de los patrones de diseminación, lo que permite ablaciones menos extensas con un buen control local.

Un ejemplo claro es la resección conservadora en laringe, que hace posible mantener la función protectora de las vías respiratorias y la capacidad fonatoria.

En este campo, el último refinamiento es la resección endoscópica con laser de CO2 bajo visión microscópica, que permite resecciones de las vías aerodigestivas superiores con mínimo daño tisular, sin necesidad de traqueotomía, en forma ambulatoria y con control local comparable al obtenido por métodos tradicionales.

Otro ejemplo es la cirugía conservadora de la mama, que realiza una escisión selectiva del tumor, con márgenes negativos y seguido de radioterapia para suprimir la eventual enfermedad microscópica residual.

5.4 TÉCNICA QUIRÚRGICA

Técnica: En posición de litotomía y con anestesia general, se inicia en un primer tiempo la cirugía con laparoscopia con entrada umbilical abierta de 10 mm y 3 punciones supra púbicas, la central de 10 mm y las laterales de 5 mm. Con neumoperitoneo de 15 mm Hg se explora la cavidad abdominal y la pelvis, liberando adherencias cuando existen.

Dependiendo de la edad de la paciente se conservan los anexos, según lo cual se coagulan con bipolar y se cortan con tijeras los ligamentos útero-ováricos o infundíbulo-pélvicos. En las pacientes en las cuales los ovarios se conservan, estos son fijados a la pared abdominal por sobre el promontorio también por vía endoscópica. Posteriormente se inicia la linfadenectomía extirpando todo el tejido ganglionar de los territorios ilíaco común, ilíaco externo, ilíaco interno y fosa obsturatríz sobre y bajo el nervio obturador, a ambos lados. Los ganglios son extraídos con bolsa por el ombligo. Por ésta vía ligamos la arteria uterina a nivel de su salida de la arteria hipogástrica.

Para ello usamos clips metálicos.

En un segundo tiempo se cambia a la vía vaginal y se delimita la extensión del manguito vaginal.

Escindimos en forma circular la vagina con bisturí frío o electro bisturí y la disecamos hasta cubrir el cuello uterino con ella, tomándola con pinzas Chrobak.

Se libera la vejiga introduciendo un separador de Diver en el espacio vesicouterino, sin abrir el peritoneo. Se abre el espacio para vesical, con lo cual queda expuesto el pilar vesical. A este nivel es posible localizar el uréter por palpación, lo que permite su disección y posterior desplazamiento hacia cefálico, lo cual permite seccionar el pilar vesical cercano a la vejiga y el uréter. Posteriormente, se abre el fondo de saco posterior y con tijeras se entra al espacio pararectal, con lo que se expone ampliamente el ligamento útero sacro, el que es seccionado lo más cercano al recto. Con ello, el útero queda unido a la pared pelviana por el para cérvix,

El que es cortado y ligado lo más cercano a la pared pelviana. Finalmente, el útero y los tejidos parametriales son fraccionados y extraídos por vagina. Se completa la hemostasia y se cierra la cúpula vaginal con punto de material poliglicólico corrido. Por vía laparoscópica se revisa la hemostasia y se deja un drenaje que es sacado por alguna de las punciones de 5 mm. Se instala un catéter vesical. Se cierran las punciones y con ello se completa la cirugía. El primer día postoperatorio se retira el catéter vesical y se indica cateterismo postmiccional, los que son suspendidos cuando el residuo es menor a 100 cc.

5.6 CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO

El dolor postoperatorio es la queja más frecuente de los pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica. La mayor parte de los encuestados en nuestro hospital refiere esa circunstancia desfavorable, aunque también informan que en la URPA (Unidad de Reanimación postoperatoria) y en la U.C.I postquirúrgica fueron tratados adecuadamente, no siendo así en sus habitaciones. El dolor postoperatorio no es el resultado “obligado” de una intervención, sino de una insuficiente analgesia. En los umbrales del siglo XXI disponemos de suficientes fármacos y técnicas para evitarlo, o al menos minimizarlo. Cuando el tratamiento del dolor postoperatorio está en manos de los cirujanos suele ser insuficiente. Solamente cuando los anestesiólogos asumimos de forma estable y estructurada esa responsabilidad, el uso de los

analgésicos y anestésicos locales es más racional y eficaz, no sólo por mayor conocimiento de los mismos, sino porque se incrementan las vías de administración más efectivas: peridural, perfusión continua, PCA...

REPERCUCIONES DEL DOLOR POSTOPERATORIO

La agresión quirúrgica va a provocar una respuesta local y general. El dolor es el estímulo más importante pero no el único componente de la agresión. Su inhibición, por anestesia general o regional va a reducir la respuesta post-agresiva, pero a pesar de ello se van a producir mediadores que van a llevar a la situación post-estrés. No queremos entrar en los detalles de la estimulación ni los mediadores, pero sí vamos a contemplar los efectos nocivos que provoca el dolor postoperatorio sobre los distintos órganos y sistemas.

1. Aparato respiratorio.

Es uno de los más afectados. El paciente postoperado ya sufre disminución de su mecánica ventilatoria por los anestésicos, relajantes musculares, decúbito supino, inmovilidad... Pero es el dolor lo que más inhibe las contracciones musculares. El paciente tiene respiración superficial “pues le duele menos” y procura no toser ni expectorar. Si sumamos a esto la menor competencia de la caja torácica tras una toracotomía o de la prensa abdominal tras la cirugía abdominal alta (la más frecuente), tendremos un deterioro que se acerca al 50 % de la capacidad vital en las primeras 24 horas. Se recupera hasta el 70% a los 4-6 días y se normaliza a los 10 días, coincidiendo normalmente con la de ambulación. La sedación precoz, a las 24 ó 48 horas si es posible, mejora considerablemente el cuadro. Pero aún es más espectacular la analgesia eficaz. Un paciente con analgesia peridural es capaz de toser, expectorar, suspirar... con lo que reduce considerablemente el riesgo de atelectasias y neumonías.

2. Aparato circulatorio.

El dolor provoca estímulo simpático, que se traduce en hipertensión arterial, taquicardia, vasoconstricción, aumento de la postcarga, aumento del trabajo

cardíaco, y, sobre todo, del consumo de oxígeno. Todo ello nos puede llevar al ángor, e incluso, al infarto de miocardio. El riesgo trombo-embólico también aumenta con el dolor, por reducción de la movilidad del sujeto y por la situación de stress y sus mediadores.

3. Aparatos digestivo y urinario.

El hipertono simpático y la inhibición colinérgica van a reducir el peristaltismo y aumentar el tono de los esfínteres. Todo ello lleva al íleo paralítico y retención urinaria. El dolor también favorece la presencia de náuseas y vómitos. De lo anterior expuesto se deduce que tenemos la obligación de anular o minimizar el dolor postoperatorio, no sólo por sus negativos efectos somáticos, si no por la angustia y estrés que añade al paciente, lo que le hace sufrir y dificulta su recuperación.

Para incrementar su actividad es conveniente administrarlos en perfusión I.V, continua o intermitente. Por vía oral no sólo son menos eficaces sino que se incrementa su agresividad sobre la mucosa gástrica. Actúan inhibiendo la ciclooxigenasa, que es fundamental en el paso de Ácido araquidónico a endoperóxidos cíclicos: prostaciclina, tromboxanos y prostaglandinas. Precisan ser utilizados a dosis elevadas: 2 gramos para el metamizol y paracetamol y 0'5-1 gramos para el AAS. Por otro lado tienen un "techo terapéutico" bajo, de tal forma que el aumento de las dosis no se acompaña de mayor analgesia. Complementan muy bien a los opiáceos y la combinación de un fármaco de cada grupo es la idónea en las analgesias intensas y prolongadas.

Vamos a estudiar de forma breve las características de los más utilizados:

1. Metamizol.

Es un derivado pirazolónico. Antitérmico, analgésico y poco antiinflamatorio. Efecto periférico y medular. Precisa ser administrado a dosis de 2 g / 8 h, para obtener analgesia postoperatoria suficiente en intervenciones periféricas (miembros, periné, cráneo y cara...). Semivida media por metabolización rápida.

Efecto terapéutico durante 6-8 horas. En USA se restringió su uso por presentar anemia aplásica producida por anticuerpos leucocitarios específicos, con una frecuencia de 2 casos / millón de habitantes / año, pero en nuestro medio es menos frecuente.

2. Diclofenaco.

Es un derivado del ácido fenil-acético. Analgésico, antitérmico y antiinflamatorio. Gran afinidad por las proteínas (99%). Altas concentraciones en sinoviales. Toxicidad hepática reversible, por lo que la FDA ha restringido su uso intravenoso, pero en nuestro medio se ha utilizado con éxito en el dolor postoperatorio de articulaciones. Menor riesgo de depresión medular que el metamizol. Poco usado en la actualidad en el dolor postoperatorio.

3. Ketorolaco.

Antipirético, analgésico y poco antiinflamatorio. Antiagregante plaquetario. Se une a proteínas (98%). Semivida de 5 horas que proporciona intervalos terapéuticos de 6-8 horas. Provoca somnolencia y dispepsia (gastrolesivo). En nuestra experiencia es inferior al Metamizol en dolor postoperatorio aunque sea útil en dolores crónicos y cefaleas. Mejora mucho su efectividad combinado con Tramadol. Los pacientes sufren vómitos en el 25 % de las perfusiones con Ketorolaco. Somnolencia también en el 25 %.

4. Naproxeno

Analgésico, antiinflamatorio y antitérmico. Antiagregante. Se une a proteínas (99%) Semivida larga (12 horas) y buena tolerancia gástrica que lo hacen útil en administración oral de dolores reumáticos. Poco útil en el dolor postoperatorio. No suele usarse

5. Paracetamol.

Analgésico, antipirético. No es antiinflamatorio. Derivado de la anilina. Actúa inhibiendo las prostaglandinas. Semivida corta (2-3 h.) que consigue intervalos

terapéuticos de 4-6 horas. Después de ser el analgésico oral de elección, en la mayor parte de los dolores durante muchos años, ha aparecido recientemente en presentación parenteral. Utilizando la misma técnica y dosis que con el metamizol (2g disueltos en 100 ml de suero fisiológico, perfundidos durante 15'-30') se obtienen resultados similares en el control del dolor postoperatorio. Presenta, en comparación con el metamizol, menor afectación gástrica y hemática y mayor repercusión hepática.

Indican que su eficacia es similar al Ketorolaco en perfusión continua tras colecistectomía laparoscópica, pero el 60 % de los pacientes precisa dosis de rescate de Meperidina I.V 6. Ácido Acetil Salicílico. Analgésico, antiinflamatorio, antitérmico y muy potente antiagregante. Se une a proteínas (95%). Semivida de 4 horas con intervalos terapéuticos de 6 horas. Es muy gastrolesivo, sobre todo por vía oral, por lo que se han ideado sales que taponen dicha actividad. El acetil salicilato de lisina, por ejemplo, se usa a dosis de 900 mg, que liberan 500 mg. de AAS. Poco efectivo en el dolor postoperatorio, por lo que no se usa. Además su potente efecto de antiagregación plaquetaria puede provocar hemorragias postquirúrgico.

ANALGÉSICOS MORFÍNICOS.

GENERALIDADES.

Administración: Se absorben mal por vía oral, excepto metadona y codeína. Se han utilizado mucho por vía intramuscular, pero dada la variabilidad de absorción y la molestia de "los pinchazos" repetidos, hemos optado por la perfusión continua, ya sea por vía intravenosa o peridural, ya que evitamos los "picos" de concentración plasmática que producen los efectos secundarios llamativos y mantenemos una concentración estable, que evita la aparición del dolor. La perfusión intravenosa ha mejorado con los sistemas PCA y las bombas elastoméricas. La pentazocina tiene una semivida muy corta, 2,5 horas.

Para la morfina es de 3 horas.

La buprenorfina y el tramadol la tienen de 6 horas. La metadona es la más lenta, semivida de 12 a 24 horas, que se prolonga con uso continuado y puede ser acumulativa. Efectos secundarios La retención urinaria y el íleo paralítico son habituales en un postoperado, pues los provocan los fármacos utilizados en la anestesia general de la cirugía abdominal. Por ello no es importante que sean incrementados por los mórnicos usados en el postoperatorio, ya que gran parte de los pacientes son portadores de sonda nasogástrica y vesical.

El gran protagonista es la DEPRESIÓN RESPIRATORIA, que tanto asusta a nuestros compañeros cirujanos. En dicha depresión influyen: los fármacos, las vías por las que son administrados y las circunstancias del paciente. Clasificándolos de más a menos, tenemos:

Fentanilos

Morfina

Meperidina

Nalbufina

Buprenorfina y Butofanol

Pentazocina

Tramadol

Codeína

Metadona

En cuanto a las vías de administración, de más a menos:

Intracraneal

Subaracnoidea en bolos

Intravenosa en bolos

Intercostal Catéter subaracnoideo continuo

Intravenosa en perfusión continúa

Intramuscular Intrapleural.

Intervertebral Peridural

Sublingual Oral.

En cuanto a las circunstancias:

Edad (ancianos y lactantes más sensibles)

Situación hemodinámica (shock)

Situación metabólica (acidosis)

Presencia residual de anestésicos

Todas las circunstancias señaladas van a incrementar la depresión respiratoria. Cuando es provocada por el fentanilo intraoperatorio y le administramos en la URPA un agonista delta y agonista parcial, como es la buprenorfina, hemos comprobado cómo se normalizan las respiraciones por minuto tras la perfusión de dicho fármaco, al bloquear parcialmente al receptor Sin embargo se aumenta la analgesia por el componente delta. Otro efecto que antiguamente preocupaba mucho era la dependencia.

Hoy sabemos que los mórficos utilizados para tratar el dolor postoperatorio NUNCA provocan dependencia, ni siquiera hábito, por lo breve del tratamiento. La disforia, efecto sigma, sobre todo y kappa (moderadamente) puede ser muy desagradable para el paciente. Recordamos cuando el uso de la pentazocina era habitual en la URPA (hace 15-20 años) y los pacientes nos decían: “Doctor, ya no me duele pero no sé qué me pasa que estoy peor que antes”. La sedación es un efecto más mu y kappa que delta y sigma.

En el postoperatorio es deseable, al menos el primer día, pero en el dolor crónico es totalmente rechazable, salvo para las horas nocturnas las náuseas y vómitos se han utilizado como argumento contra los mórficos. Se producen más por la situación del sujeto (comidas, movimientos, medios de locomoción mecánica...) que por el fármaco.

También son más frecuentes si la vía de administración es la oral. Muy poco frecuentes (menos del 5 %) si los usamos por vía parenteral en el postoperatorio, pero a tener en cuenta en el tratamiento del dolor crónico, pues el sujeto come, usa vehículos, se mueve... El prurito no es un efecto grave pero sí molesto. Lo presentan en su uso intravenoso y epidural.

ANALGÉSICOS MORFÍNICOS.

A- AGONISTAS

1. Morfina Posiblemente es el mejor mórfico todavía. Tiene el inconveniente de la depresión respiratoria que obliga a usarla con mucha prudencia (peridural continua) o en pacientes con respiración asistida. Admite asociación con AINES. Con 30 mg (asociada con metamizol) conseguimos analgesia durante 24 horas, en perfusión I.V continua. Si la usamos por vía peridural podemos reducir las dosis a 1/3.

2. Meperidina

Proporciona una analgesia eficaz en el postoperatorio e inhibe los escalofríos, tan frecuentes en el postoperatorio. Para ello basta con un bolo de 25-50 mg. I.V como analgésico de rescate se usan 0,3 mg/Kg en 100 ml de SF Tiene un componente delta y kappa, además del mu, por lo que deprime el centro respiratorio menos que la morfina. También tiene efecto anestésico local por vía raquídea. Es el único mórfico que no aumenta la contractilidad de los esfínteres ni de la musculatura bronquial, por lo que será de elección en el cólico biliar y asmáticos.

Anti colinérgico.

Provoca taquicardia. Su metabolito, norperidina, puede ser convulsivante, por lo que ha decaído su uso, pero es un efecto poco frecuente. Creemos que se usa menos porque su bajo costo no favorece su promoción de las casas comerciales

3.Fentanilos

Como la morfina, tienen gran afinidad por el receptor μ .

Su liposolubilidad les proporciona gran potencia. Su cinética corta los hace idóneos como analgésicos durante la anestesia. Provocan depresión marcada del centro respiratorio, por lo que se deben utilizar en el quirófano o en perfusión continua muy controlada en postoperatorios. Se pueden asociar a la Bupivacaína (10 mg/24 h) El fentanilo se usa en perfusión continua 0,6 mg/24 h. El remifentanilo 0,1 microgramo/Kg/minuto. Bolos de 0,1 microgramo en PCA con tiempo de cierre de 1 minuto.

4.Metadona

Tiene afinidad por los receptores μ y δ . Larga latencia y cinética lenta y acumulativa, de duración irregular (entre 4 y 8 horas en dosis única) Escasa potencia analgésica. Por todo ello no se utiliza en el postoperatorio, a no ser que se asocie a AINES o Bupivacaína.

6.Tramadol

Su baja afinidad por todos los receptores hace que tenga escasos efectos secundarios, aunque su capacidad analgésica es media (entre la morfina y la codeína) por sus efectos cerebrales y medulares. Será útil en intervenciones poco dolorosas, y con poco dolor reflejo. No precisa ser manejado por anestesiólogo. Su potencia es similar a algunos AINES como el metamizol, con los que se suele combinar y mejoran sus resultados. Vómitos en el 25 %

7.Codeína

Mórfico menor, que a dosis bajas (20-30 mg) es un excelente antitusígeno y anti diarreico y a dosis más altas (100-200 mg) es analgésico menor. Buena absorción

oral. Mínima sedación. Por todo ello es ideal para tratamientos crónicos y ambulatorios, pero no en postoperatorios. Cinética corta. Su escaso poder obliga a asociarlo a AINES

8. Dextropoxifeno

Es un derivado de la metadona, con lo que conseguimos un mórfo menor de acción prolongada. También precisa asociado a AINES. Es ideal para la administración domiciliaria nocturna, pues favorece la sedación y al dar dosis única diaria retrasamos su acumulación, pero no es útil en el postoperatorio

AGONISTAS-ANTAGONISTAS MIXTOS

Son fármacos con mayor afinidad kappa (agonista) que mu(antagonista), por ello tienen una capacidad analgésica importante y mínimo riesgo de depresión respiratoria. Presentan “techo terapéutico” bajo. Provocan escasa euforia por lo que es difícil la dependencia psíquica, aun en uso prolongado. Pero la dependencia física es más marcada y la supresión de su uso prolongado puede provocar síndrome de abstinencia

6 ÚTERO

Las malformaciones del aparato genital femenino se definen como aquellas anomalías en el proceso de formación que afectan a las trompas, útero, vagina e introito, asociando o no, afectación de los ovarios, del sistema excretor urinario, esqueleto u otros órganos. En este grupo quedarían excluidas las anomalías que afectan a la determinación y diferenciación sexual.

6.1 INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis nos enseña el poder que tiene el útero sobre los efectos traumáticos que la histerectomía, o pérdida de la matriz provoca tiene sobre las mujeres. Esto queda simbolizado plenamente por la actitud de las mujeres que entran o

abandonan las salas ginecológicas u obstétricas; es decir las que están embarazadas entran con orgullo ante su convexidad generosa; las que salen tras una histerectomía tienden a inclinarse hacia adelante, tratando de llenar la concavidad imaginada de su tórax despojado. Ha tenido lugar una antítesis: la destrucción de la creación.

A los hombres, que carecen de ese espacio interno tan importante para las mujeres, a menudo les resulta difícil comprender la importancia que tiene la histerectomía para una mujer. Puede tener efectos incluso más devastadores que la menopausia porque incluye un elemento de opción agonizante. A pesar de que se asocien los fuertes dolores abdominales con un sangrado intenso, lo cual puede implicar que sea recomendable una histerectomía, no es frecuente que los médicos la prescriban por motivo de síntomas subjetivos; el ginecólogo advierte: La decisión es suya, con lo cual la mujer, en su fuero más interno tiende a maldecirse.

Mujeres jóvenes, siendo madres, dudan antes de realizarse una histerectomía. Mujeres de todas las edades, heterosexuales y homosexuales, algunas madres, otras no, otras demasiado mayores como para serlo, pero que aun así dudan por la pérdida de un órgano asociado estrechamente a la feminidad y a su condición de mujer.

Estas mujeres experimentan un conflicto psíquico insoportable a la hora de la histerectomía, órgano maravilloso, creador de la vida, que podría posibilitar o que posibilitó en su caso, el nacimiento de sus hijos, niños o niñas preciosas que forman el mundo real o imaginario inextricable de la mujer: embarazo, lactancia, maternidad... la realización del trabajo más noble, menos remunerado y muchas veces no valorado, el de ser madre. La aflicción de la histerectomía comienza antes de la operación.

Las madres tienen un sentimiento de traición al abandonar el órgano que tanto significaba para ellas. Aquellas mujeres que nunca experimentaron la alegría o el dolor del parto, sienten curiosamente el dolor y tienen una sensación de pérdida al descartar para siempre la idea de concebir un bebé. La aflicción va asociada a

menudo a los recuerdos de un aborto, produciéndose pesadillas en las que los bebés no nacidos se reafirman de pronto en las mentes de las madres. El espacio interno, el útero y sus representaciones mentales, es único para las mujeres y crucial para la maternidad. Por lo tanto verse privada del útero es experimentar una verdadera pérdida de poder de forma exclusivamente femenina.

6.2 ANATOMÍA DEL ÚTERO

Este órgano del sistema reproductivo femenino está localizado en la pelvis, anterior al recto (la parte final del intestino grueso) y posterosuperior a la vejiga urinaria. Es un órgano hueco y de paredes gruesas cuya función es la de recibir, retener y nutrir un óvulo fecundado.

La forma y el tamaño del útero, en la mujer que no ha alcanzado la menopausa ni tampoco haya resultado preñada, es más o menos como una pera invertida, pero normalmente es más grande en aquellas que han parido.

Es usual que el útero se flexione anteriormente a partir de la zona donde se une a la vejiga urinaria lo que implica que este órgano en su conjunto esté inclinado hacia adelante, es decir, sea antevertido. Contrariamente, es común que en las mujeres viejas esté inclinado hacia atrás o retrovertido.

ESTRUCTURA:

- 1.- Cuerpo: la principal porción.
- 2.- Fondo: es la zona redondeada superior donde entran las trompas de Falopio.
- 3.- Istmo: una porción ligeramente más estrecha ubicada entre el cuerpo y el cérvix.
- 4.- Cérvix: también conocido como cuello es una zona estrecha que se proyecta dentro de la vagina

La mucosa del canal cervical contiene las glándulas cervicales que segregan un moco que llena el canal, cubriendo el orificio externo.

Se asume que la función de este moco es bloquear la diseminación de bacterias desde la vagina hacia el útero, pero también evita la entrada de espermatozoides durante la mayor parte del ciclo menstrual. En el período de tiempo del ciclo menstrual en el que se puede realizar la fecundación del óvulo, el moco se hace menos viscoso lo que permite la entrada de los espermatozoides.

El útero está soportado en su sitio por varios ligamentos con diversas funciones:

- 1.- Mesometrio: que es una porción del ligamento ancho.
- 2.- Ligamentos cervicales (cardinales) laterales: ubicados inferiormente al mesometrio y se extienden desde el cérvix y la zona superior de la vagina hasta las paredes laterales de la pelvis.
- 3.- Ligamentos útero-sacros: un par de ligamentos que aseguran el útero al sacro posteriormente.
- 4.- Ligamentos redondos: que aseguran el útero a la pared anterior del cuerpo. Estos ligamentos corren a través de los canales inguinales para anclarse en el tejido subcutáneo de los labios externos de la vulva.

El entramado de ligamentos que soportan el útero es lo suficientemente elástico como para permitirle un buen grado de movilidad y así cambiar de posición cuando el recto y la vejiga urinaria se llenan y vacían. Por su parte, las gruesas paredes del útero presentan tres capas con diversas funciones y estructura:

- 1.- Perimetrio: es la capa serosa más externa, es decir resulta el peritoneo visceral.
- 2.- Miometrio: es la capa más masiva de la pared y está compuesta por racimos de músculos lisos entrelazados. Esta capa muscular es la que se contrae rítmicamente durante el parto para expulsar el bebé al exterior del cuerpo de la madre.
- 3.- Endometrio: resulta el recubrimiento de mucosa de la cavidad uterina y está constituido por un epitelio simple columnar con una gruesa lámina propia de tejido conectivo muy celular. Si se produce la fecundación, el joven embrión se implanta

en el endometrio y reside allí durante todo el tiempo de su desarrollo.

El endometrio a su vez tiene dos estratos o capas:

1.- Estrato funcional: también conocido como capa funcional desarrolla cambios cíclicos en respuesta a los niveles de hormonas ováricas o su ausencia durante el período.

2.- Estrato basal: esta fina capa profunda forma un nuevo estrato funcional después que termina la menstruación, y no responde a las hormonas ováricas.

Adicionalmente, el endometrio presenta numerosas glándulas uterinas que cambian de longitud a medida que el grueso del endometrio cambia.

La irrigación sanguínea del útero está diseñada para facilitar los importantes cambios que suceden en el endometrio a lo largo del ciclo menstrual. Las arterias uterinas nacen de la arteria ilíaca interna en la pelvis y ascienden a lo largo de los lados del útero, de ellas nacen ramas que se dirigen a las paredes del útero, a su vez estas ramas se dividen en varias arterias arqueadas dentro del miometrio. Las arterias arqueadas envían ramas radiales al endometrio donde se emiten las arterias rectas hacia el estrato basal y las arterias espirales al estrato funcional. Las arterias espirales sufren cíclicamente períodos de degeneración y regeneración y sus contracciones o espasmos son las que producen la menstruación. Por su parte las venas en el endometrio son de paredes finas y forman una extensa red con engrosamientos sinusoides ocasionales.

6. 3 CLASIFICACIÓN

El mesenterio del intestino posterior, ya en la quinta semana comienzan a llegar a la cresta genital, en la que ejercen una acción inductora.

Hay dos conductos genitales en el hombre y en la mujer: el paramesonéfrico o conducto de Müller y el mesonéfrico o conducto de Wolff. Este último es el conducto colector del mesonefros y se extiende hasta el seno urogenital; involuciona en la mujer, en la que el conducto paramesonéfrico, lateral al mesonéfrico, es el conducto genital principal.

Este se origina de una invaginación longitudinal del epitelio celómico, ubicada antero lateralmente a la cresta urogenital al final de la quinta semana del desarrollo. Está formado por el epitelio invaginado y el mesénquima adyacente que lo rodea.

Tiene tres partes: una superior, vertical, lateral al conducto mesonéfrico y que comunica libremente con la cavidad celómica en el extremo craneal; una segunda porción, media y horizontal, que cruza el conducto mesonéfrico por delante, hacia la línea media, y una tercera porción, inferior y vertical, que se fusiona en la línea media con la homóloga contra lateral. De las primeras, dos originan las trompas uterinas; de la inferior, el canal uterino, del que se desarrollan: el cuerpo uterino, cuello uterino y tercio superior de la vagina. Del conducto de Müller se forman la mucosa y pared muscular de estos órganos. El resto de la vagina se desarrolla de la placa vaginal, que nace de los bulbos seno-vaginales.

Estas son dos evaginaciones sólidas de la porción pélvica del seno urogenital. Los conductos mesentéricos actúan como elementos "guía" para la adecuada formación del útero. Cerca de la octava semana de embarazo, dos tubos llamados conductos de Müller, se fusionan y forman lo que luego será el tracto reproductor femenino.

Si este proceso no ocurre normalmente, resulta en una malformación.

Debido a un trastorno en la posición de los conductos de Müller puede aparecer:

a) Ausencia de útero

b) Atresia uterina

c) Útero infantil

d) Útero atávico: Este término propuesto por Bonilla, engloba entre los úteros una incurvación más o menos marcada del fondo con cavidad superior, hasta los úteros dobles. Según el grado de atavismo los úteros se pueden clasificar en:

- Útero didelfo: Es raro y generalmente se encuentra en fetos que presentan malformaciones incompatibles con la vida.

- Útero seudodidelfo: Son dos medios úteros en dirección divergente, ya que los cuerpos sólo están unidos por los cuellos. Pueden tener dos páginas una vagina tabicada longitudinalmente.

- Úteros septo o pseudosepto: Según esté dividido, total o parcialmente por un tabique sagital. Cuando el tabique es completo hay dos cuellos y puede haber una o dos vaginas.

- Útero bicorne: El fondo uterino es incurvado, se acerca y a veces llega hasta el cuello, que suele ser único. Es posible que los cuernos estén menos desarrollados en otro.

- Útero cordiforme o arcuatus: Es el menor grado de atavismo que consiste en la depresión del fondo uterino, pero con cavidad única. Clínicamente no se consultan a las pacientes por esterilidad, sino que lo hacen por los abortos a repetición.

Aunque algunos úteros malformados permiten a la gestación llegar a término, generalmente no es así, y el problema espacial se evidencia por los dolores cólicos y las metrorragias.

Se han reportado 110 pacientes con 313 embarazos, 35% abortos, 23% nacimientos prematuros y 57% de recién nacidos vivos. Los úteros septo y bicorne, son sinónimos de tratamiento quirúrgico, la operación clásica es la de Strassman, que consiste en la incisión transversal frontal de fondo uterino en la recepción del tabique y en la sutura de la abertura fúndica en sentido sagital.

La operación de Strassman ha sido mejorada por la técnica de Jones, consistente en la recepción completa del tabique mediante una cuña de vértice inferior que abarca la cara anterior y posterior del útero, aunque los resultados funcionales son mejores:

- La ecografía transvaginal: se utiliza para visualizar la morfología uterina externa permite diferenciar el útero septo del útero bicorne.

6.4 ÚTERO BICORNE

El útero didelfo o útero doble

Es por falta completa de fusión de los conductos de Müller con diferenciación normal de cada uno para cuello y hemi-cuerpo uterino.

Hay 2 cavidades endometriales, cada una de ellas con su cuello uterino (bicollis). Hay un tabique vaginal Longitudinal que separa ambos cuellos.

Con tabique vaginal longitudinal hay que sospechar un útero didelfo.

Es un proceso asintomático o que causa dispareunia.

Con la gestación puede dar abortos espontáneos o partos prematuros.

La supervivencia fetal es del 75%, el retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) se da en el 11%, la mortalidad perinatal es del 11% y la tasa de cesáreas del 84%.

6.5 ÚTERO SEPTADO

Es resultado de un defecto de la regresión del septo útero-vaginal después de la fusión de los conductos paramesonéfricos, que puede ser completo cuando alcanza el orificio cervical externo o parcial en caso de terminar en posición más cefálica.

El útero septado presenta uno de los peores resultados reproductivos, con una alta tasa de abortos recurrentes en las mujeres portadoras de esta anomalía. Es fundamental diferenciar un útero septado de un útero bicorne o didelfo, debido a las distintas opciones de tratamiento.

La forma de diferenciarlos es mediante la visualización del contorno del fondo uterino, que tiene una convexidad externa lisa en el caso de un útero septado. La presencia de una hendidura mayor de 1 cm está relacionada con útero didelfo o bicorne.

Asimismo es importante distinguir si el septo está compuesto por tejido fibroso, muscular (de similar señal a la del miometrio), o una combinación de ambas, ya que el primero puede ser reparado por histeroscopia, mientras que el segundo requiere un abordaje transabdominal.

La longitud del septo no parece tener relevancia en los resultados obstétricos

6.6 HIPOPLASIA UTERINA

Dentro de las malformaciones uterinas la atención del tema nos lleva a fijarnos en el grupo que engloba las hipoplasias/agenesias o malformaciones tipo I en la clasificación clásica de la Sociedad Americana. También, podría incluirse en el grupo de malformaciones Müllerianas de Acién.

El impacto de la hipoplasia uterina sufre empezando por la ausencia de una definición consistente de útero hipoplásico. Con lo cual, la trascendencia en reproducción de esta patología es desconocida. Las agenesias o hipoplasias pueden afectar a cualquier parte del aparato reproductivo, incluyendo las trompas de Falopio, el cérvix o la vagina.

Debido a su infrecuencia, la literatura sobre la agenesia cervical es limitada a artículos de casos acerca de la posibilidad de gestación. Esto embriológicamente se atribuye a una atrofia local segmentaria y un fallo de canalización de la porción inferior de los conductos paramesonéfricos.

Clínicamente cursa con una hematómetra temprana y muy dolorosa tras la menarquía. El manejo suele ser la histerectomía o la recanalización quirúrgica en función del remanente cervical del que se disponga.

Existen varios artículos sobre agenesia cervical, que exponen gestaciones a término finalizadas mediante cesárea con preservación del útero y formación de una vía de salida a través de un catéter que se dejaba en cavidad.

En cuanto a la agenesia tubárica, el tratamiento propuesto para estas pacientes es la fecundación in vitro (FIV). El problema de esta agenesia es que se asocia con frecuencia a malformaciones uterinas con su impacto sobre el resultado de la FIV. Embriológicamente, la agenesia vaginal es el resultado de un fallo en la fusión entre los conductos paramesonéfricos y los bulbos seno vaginales.

Esta agenesia se asocia con frecuencia a anomalías urológicas, menos frecuentemente a alteraciones uterinas o cervicales y con ausencia de patología ovárica. Varios artículos de casos clínicos, describen gestaciones a término con esta patología con un parto vía cesárea tras haber creado un tracto fistuloso a través de la vagina y haber realizado la transferencia de los gametos.

Aquellas pacientes con esta patología de base deben someterse a una resonancia magnética nuclear (RMN) y confirmar la existencia de trompas y útero

6.7 IMPLICACIONES Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

En el pasado, para el diagnóstico de las malformaciones uterinas era necesario la Realización de una intervención quirúrgica, primero mediante laparotomía y Posteriormente, laparoscopia.

Actualmente, la ecografía vaginal (y sus múltiples modos de visualización) y la resonancia magnética nuclear, son muy precisas relegando a la intervención quirúrgica para el diagnóstico.

La histerosalpingografía no debe ser determinante en el diagnóstico y ha de ser completada con las pruebas antes nombradas.

En el caso de la resonancia magnética nuclear, podremos comprobar la existencia de otras anomalías asociadas a las de los conductos de Müller.

Por tanto, en la revisión de las malformaciones uterinas destacan las complicaciones obstétricas asociadas como los abortos, la prematuridad, el crecimiento intrauterino restringido, la hemorragia preparto y postparto, la incompetencia cervical, las presentaciones fetales anómalas, la hipertensión asociada a la gestación y la cesárea.

La restricción de crecimiento está relacionada con una cavidad uterina más reducida y una vascularización anormal del útero que resulta en una insuficiencia placentaria. La hemorragia postparto se asocia a la posibilidad de atrapamiento de la placenta en un cuerno rudimentario.

El hecho de que exista mayor incidencia de hipertensión asociada se debe, también, en ocasiones a la coexistencia de una malformación renal. Las complicaciones obstétricas se dan con mayor frecuencia en el útero septo y con menor frecuencia, en el arcuato.

Existen otras técnicas diagnósticas que también pueden ser útiles como la histerosalpingografía realizada con fluoroscopia que puede poner de manifiesto la existencia de comunicaciones complejas en estas anomalías.

Con la histerosalpingografía (HSG) se pueden evaluar las causas uterinas o tubáricas de infertilidad.

La técnica consiste en la inyección a través del cérvix uterino de un contraste/tinción radiopaca, muy lentamente, a la vez que se realizan tomas radiológicas de cómo se van rellenando tanto la cavidad uterina como las trompas. Una vez el contraste alcanza las trompas es eliminado, si éstas no están obstruidas, a la cavidad peritoneal.

La primera inyección de contraste debe ser mínima, de unos 2 mililitros, para poder visualizar pequeños defectos intracavitarios como pólipos o miomas.

Es importante realizar la técnica tras la menstruación para minimizar la posibilidad de gestación. Las mejores imágenes se obtienen posicionando el útero en su eje axial, disminuyendo la presión que ejerce el espéculo para evitar oscurecer la zona cervical e inyectando la cantidad correcta de contraste.

Es una técnica molesta para la paciente por lo que se recomienda que tomen previo a ella, si no existen alergias, antiinflamatorios no esteroideos y, tras la misma, se pauta antibioterapia profiláctica, siendo de elección, Doxiciclina cien miligramos durante tres días o Azitromicina un gramo dosis única, para evitar riesgos de infección.

La limitación de esta técnica es que no permite la visualización o comprobación del contorno uterino.

La sonohisterografía o la ecografía 3D también se han utilizado en el diagnóstico. De hecho, la ecografía tridimensional es una técnica no invasiva, de elevada sensibilidad, reproducible, segura en la diferenciación del útero bicorne y septo, y de la que se obtienen imágenes muy detalladas de la anatomía uterina.

Además del menor coste que presenta frente a la resonancia magnética nuclear, planteándola como técnica diagnóstica de futuro.

La facilidad y asequibilidad de la ecografía tridimensional ha incrementado las tasas de detección de malformaciones uterinas.

La ecografía resulta útil en la visualización de los riñones, el endometrio o los ovarios y en la detección de hematocolpos o hematómetra. Informa sobre el contorno uterino tanto interno como externo.

Se debe sospechar la existencia de una anomalía uterina cuando visualicemos el endometrio dividido longitudinalmente desde el fondo hacia el cérvix o cuando la porción intersticial de las trompas de Falopio no sea identificada.

7 TIPOS DE INSICIÓN QUIRÚRGICA

Una incisión (del latín incidere) es el procedimiento inicial de toda técnica quirúrgica, y consiste en la sección metódica y controlada de los tejidos supra yacentes al órgano por abordar (hendidura). En este procedimiento se utilizan los instrumentos de corte o diéresis.

La elección de una incisión depende de la operación que se practicará, del estado fisiológico subyacente del paciente y los beneficios y limitaciones anticipados del acceso planeado.

La incisión a través de la piel generalmente se realiza con un bisturí. Comúnmente es una hoja n° 10 o n° 15. Se utiliza una hoja n° 11 para penetrar en abscesos o para realizar otras incisiones punzantes que permitan insertar drenajes.

La corriente cortante del electro bisturí se puede utilizar para realizar incisiones, pero ocurre cierta coagulación y es probable que la cicatrización sea más notoria. La ventaja de este instrumento es que se puede seccionar y cauterizar simultáneamente el tejido reduciendo la hemorragia, en tanto que la desventaja es que se produce una mayor cantidad de tejido necrótico que con una disección cortante mediante un bisturí o tijeras

7.1 ANATOMÍA DE LA PARED ABDOMINAL

El conocimiento de la anatomía de la pared abdominal es un punto crucial para la realización segura de un número importante de procedimientos de diversas especialidades quirúrgicas.

La ubicación precisa de los puntos anatómicos fundamentales de la zona facilita la identificación y preservación de estructuras relevantes y el uso de componentes anatómicos para la fijación de elementos protésicos. No obstante, el cirujano no debiera conformarse con conocer la anatomía tridimensional de la pared abdominal, sino también debería dominar la anatomía descriptiva, radiológica y funcional de esta.

Todos estos datos son básicos para poder describir, identificar y localizar todos los elementos de la pared abdominal.

CAPAS DEL ABDOMEN

Fascias del abdomen

Inmediatamente por debajo de la piel, hallamos la fascia superficial de la pared abdominal. Se trata de una capa de tejido conectivo graso en cuyo interior se localizan venas de drenaje superficial del abdomen en su trayecto hacia anastomosis con venas torácicas superficiales y del miembro superior (en la parte

superior), o venas superficiales del miembro inferior (en la parte inferior del abdomen).

Estos vasos, de disposición característicamente epifascial, siguen un trayecto diferente en diferentes zonas de la pared abdominal: a nivel infra umbilical, el trayecto es longitudinal para el recto (vena epigástrica superficial); a nivel supra umbilical, existen dos venas ascendentes, que se dirigen hacia la pared torácica lateral (vena toracoepigástrica), que se forman en la región umbilical donde se reciben afluentes de disposición radial (venas peri umbilicales).

El trayecto de estas venas, mucho más variable que el de las arterias, debe ser tenido en cuenta en las incisiones del abdomen y debieran identificarse y asegurarse su hemostasia durante la cirugía.

En la mayor parte del abdomen, la fascia superficial constituye una capa única en continuidad con la fascia superficial del resto de regiones del cuerpo humano.

En cambio, en la zona inferior de la pared abdominal anterior, por debajo del ombligo, suele estar desdoblada en dos capas:

La capa superficial (antiguamente llamada de Camper):

Compuesta fundamentalmente por tejido conjuntivo graso en continuidad con la fascia superficial de otras regiones del cuerpo.

La capa profunda (antiguamente denominada de Scarpa):

Esta capa es delgada y membranosa, y contiene poca grasa e incluso carece de ella.

Se une a la fascia profunda del muslo y, a nivel de la línea media, se inserta en la línea alba y la sínfisis del pubis y se prolonga hacia el periné, como la fascia perineal superficial (fascia de Colles).

El tejido graso ubicado en su profundidad no suele contener vasos relevantes, por lo que una vez sobrepasada, no cabe esperar hallar vasos relevantes entre ella y la pared muscular del abdomen.

MÚSCULOS ANTEROLATERALES DEL ABDOMEN

La musculatura del abdomen deriva del efímero de los miotomos embrionarios de la región ventral, al igual que la musculatura de la pared anterior del tórax. Aunque, en contraposición con los músculos del tórax, los del abdomen pierden su disposición segmentaria debido a la ausencia de esqueleto en la parte ventral del abdomen. Este hecho tan simple produce que la musculatura de la pared abdominal anterior deba adaptar su disposición y función a esta circunstancia anatómica.

De hecho, la morfología de esta musculatura recuerda a prolongaciones del esqueleto del tronco hacia la pared anterior (músculo recto) y lateral (músculos oblicuos y transversos) del abdomen.

Igualmente, las prolongaciones aponeuróticas de los músculos laterales sobre los músculos anteriores actúan como inserciones tendinosas, las cuales ofrecen una mayor consistencia a la pared y mejoran la coordinación de la contracción muscular. Asimismo, su disposición alrededor de la cavidad abdominal y sus prolongaciones hacia el tórax les confieren un importante papel como colaboradores en las funciones de las vísceras torácicas y abdominales.

Cinco músculos forman este grupo:

Dos músculos longitudinales, músculos recto y piramidal del abdomen:

Estos ocupan la parte anterior y media de la pared abdominal, y se encuentran envueltos por la vaina formada por las prolongaciones aponeuróticas de los músculos laterales.

Tres músculos laterales, que corresponden a los músculos oblicuo externo, oblicuo interno y transversos del abdomen: característicamente anchos y planos, colocados superpuestos uno sobre otro y extendiéndose desde la parte posterolateral del abdomen hasta la anterior, donde forman la vaina de los músculos rectos.

Músculo oblicuo externo

Es el más superficial de los músculos laterales de la pared abdominal.

Se halla formado por un vientre muscular plano que se origina en las costillas V-XII mediante digitaciones musculares, las cuales se entrelazan con las inserciones

costales del músculo serrato anterior.

Las fibras musculares son oblicuas de arriba hacia abajo, de adelante hacia atrás y de lateral hacia medial.

Esta dirección permite identificarlo con total seguridad durante la cirugía. Su inserción tiene lugar sobre la cresta ilíaca y se prolonga mediante una aponeurosis característica (aponeurosis de inserción del músculo oblicuo externo) hacia la línea media, donde forma la capa más superficial de la vaina del recto, finalizando en la línea alba al entrecruzarse sus fibras con las contra laterales, y en el pubis. La porción de la aponeurosis de inserción comprendida entre la espina ilíaca anterior superior y la espina del pubis forma el ligamento inguinal.

Varios ligamentos se forman como prolongaciones del este:

Ligamento lacunar: extensión de la parte inferior y medial del ligamento inguinal hacia la cresta pectínea.

Ligamento pectíneo: que se inicia en el ligamento lacunar y se continúa en sentido lateral sobre la cresta pectínea.

Músculo oblicuo interno

Ocupa la capa intermedia de los músculos de la zona lateral del abdomen, profundo al oblicuo externo y superficial al transverso del abdomen.

Es mucho menos voluminoso y menos denso en fibras que el oblicuo externo.

Se origina en la fascia toracolumbar, en la cresta ilíaca y el tercio lateral del ligamento inguinal.

Las fibras musculares más superiores adoptan una disposición claramente ascendente, en dirección medial y anterior, mientras que las de su porción media son más transversales y las de su parte inferior siguen un trayecto casi descendente, donde es mucho más difícil distinguirlo del transverso del abdomen.

Algunas de sus fibras más inferiores acompañan al cordón espermático formando el músculo cremáster.

Su inserción tiene lugar en las costillas X-XII y en la vaina de los rectos, en la que contribuyen a formar sus láminas anterior y posterior y la línea alba.

Músculo transverso del abdomen

El más profundo de los músculos del abdomen y menos voluminoso, la disposición de sus fibras, como su nombre indica, es claramente transversal. Procede de las costillas VII-XII, de la fascia toracolumbar, de la cresta ilíaca y de la parte lateral del ligamento inguinal. Por lo tanto abarca toda la superficie de la parte lateral del abdomen. En su parte inferior sus fibras adoptan una disposición arqueada que cruzan por encima del cordón espermático y finaliza sobre el ligamento pectíneo, conocidas como hoz inguinal (tendón conjunto).

Su inserción es exclusivamente aponeurótica, formando la lámina posterior de la vaina de los rectos y entrecruzándose con las aponeurosis contra laterales en la línea alba. Característicamente sus fibras musculares finalizan de forma asimétrica, siendo las de su porción media de menor longitud, de tal forma que se dibuja una línea curva en el inicio de su aponeurosis que se conoce como línea semilunar.

Músculo recto del abdomen

Procede de los cartílagos costales V-VII y de la apófisis xifoides del esternón.

Es un músculo par, plano y acintado, formado por fibras longitudinales consistentes y gruesas que siguen dirección caudal, formando en su trayecto intersecciones tendinosas (tres o cuatro) que se fijan en la lámina anterior de la vaina de los rectos y finalizan en la espina y sínfisis del pubis.

Su cara profunda presenta un surco en su zona media, sobre el que discurre el trayecto de los vasos epigástricos inferiores desde el tercio inferior del músculo hasta su parte más superior. Estos vasos son mucho más voluminosos en la parte inferior que en la superior, donde se ramifican para anastomosarse con ramas de los vasos torácicos internos.

Músculo piramidal

Es un músculo de escaso tamaño y relevancia, solo presente en la parte más inferior del abdomen, extendiéndose desde el pubis hacia la línea alba por debajo de la lámina anterior de la vaina de los rectos y por delante de los músculos rectos.

Vaina de los rectos

Los músculos verticales (rectos y piramidales) del abdomen, se hallan envueltos por una estructura tendinosa aponeurótica, formada por la unión de las inserciones aponeuróticas de la musculatura lateral (oblicuo externo e interno y transverso).

La vaina de los rectos, por lo tanto, constituye un elemento tendinoso común de todos los músculos del abdomen, ya que también se fijan en su lámina anterior las intersecciones tendinosas de los rectos del abdomen.

Se dispone formando dos láminas, anterior y posterior, en las tres cuartas partes superiores de los músculos rectos y solo una lámina anterior en la parte más inferior de este.

En la parte superior del abdomen la lámina anterior está formada por la aponeurosis del oblicuo externo y la mitad anterior de la aponeurosis del oblicuo interno, que se divide en dos en el borde lateral del músculo recto.

La capa posterior se haya constituida por la mitad posterior de la aponeurosis del oblicuo interno y la aponeurosis del transverso. Estos datos son de gran relevancia para la creación de incisiones durante cualquier técnica que conlleve una separación de componentes para la reconstrucción de la pared abdominal.

A partir del punto medio, entre el ombligo y el pubis, todas las prolongaciones aponeuróticas de los músculos laterales se colocan por delante del vientre de los músculos rectos, por lo que la vaina únicamente presenta una lámina anterior.

En este área es característica la ausencia de intersección tendinosa en los músculos rectos lo que produce que a este nivel la retracción, que se produzca en la vaina tras sección de la línea media, pueda ser de mayor cuantía que en la parte superior. La zona de transición entre la parte superior y la inferior de la vaina adopta, característicamente, forma de arco recibiendo el nombre de línea arqueada.

FASCIA TRANSVERSALIS

La parte más profunda del músculo transversal del abdomen presenta una fascia de revestimiento que adquiere entidad anatómica debido a su grosor (especialmente en la región más inferior, donde incluso se desdobra formando dos láminas) y que recibe el nombre de fascia transversales.

Es una capa continua que rodea la cavidad abdominal y se continúa hacia la cavidad pelviana donde se fija en su esqueleto.

Es especialmente evidente un engrosamiento de su fijación sobre la cresta pectínea que se conoce como tracto iliopúbico.

Asimismo, aumenta su grosor en la región umbilical (fascia umbilical) y en su zona de confluencia con el ligamento inguinal donde forma el ligamento interfoveolar que forma parte de los límites del anillo inguinal profundo.

CONDUCTO INGUINAL

El conducto inguinal es una zona potencialmente débil de la pared antero lateral del abdomen, que se localiza en la región de la ingle, justo por encima del pliegue inguinal.

Este espacio anatómico aparece durante los periodos embrionario y fetal, como consecuencia del descenso de las gónadas desde su posición inicial en la región lumbar hasta el escroto (en el varón) y a la cavidad pelviana (en la mujer).

Durante este proceso las capas musculares, previamente formadas, se ven atravesadas, formándose un túnel oblicuo, de arriba hacia abajo, de anterior a posterior y de lateral a medial que contiene el cordón espermático en el varón y el ligamento redondo en la mujer. La coincidencia de este espacio con el formado por el trayecto de los vasos ilíacos externos hacia los miembros inferiores, situado justo por debajo del ligamento inguinal, aumenta todavía más la debilidad de la zona, formándose un espacio denominado por Fruchaud orificio miopectíneo.

La parte más superficial de la región inguinal está formada por las fascias superficial y profunda del abdomen, entre ambas discurre el trayecto de las venas epigástricas superficiales en la parte medial y de la vena circunfleja ilíaca interna superficial en la parte lateral. Por debajo de estas, la fascia profunda o capa membranosa forma una capa de seguridad, bajo la que no se haya estructuras vasculares relevantes, y solo se halla rellena de tejido graso.

La pared anterior del conducto inguinal está constituida por la aponeurosis de inserción del músculo oblicuo externo, que forma a dicho nivel el anillo inguinal superficial, justo por encima de la espina del pubis.

En esta zona, antes de progresar la disección en profundidad, suele ser sencillo identificar las ramas de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico.

El anillo inguinal superficial está delimitado por condensaciones de la aponeurosis de inserción del músculo oblicuo externo, que se disponen en posición lateral (pilar lateral), medial (pilar medial), antero superior (fibras intercrurales) y posteroinferior (ligamento reflejo).

Estos elementos se continúan sobre el cordón espermático formando la fascia espermática externa.

Al abrir la pared anterior nos hallamos en el interior del conducto inguinal, por lo tanto con todo el trayecto del cordón espermático, recubierto en superficie por prolongaciones del músculo oblicuo interno, el músculo cremáster.

Estas fibras suelen unirse al cordón tras atravesar este el anillo inguinal profundo, en el punto en que el músculo oblicuo interno cruza al cordón espermático por su parte superior.

El trayecto del nervio ilioinguinal tiene lugar acompañando al cordón espermático, mientras que el nervio ilioinguinal lo hace en paralelo, apoyado sobre las fibras musculares del oblicuo interno.

El nervio genitofemoral tiene su trayecto junto (o en profundidad) a las fibras cremastéricas.

En profundidad al cremáster, el cordón espermático está rodeado por la fascia espermática interna, continuación de la fascia transversalis y que constituye el estrato más profundo de las capas del cordón y cuya apertura facilita la visualización de los límites del anillo inguinal profundo. Al desplazar el cordón y sus elementos en sentido lateral, se identifican la capa más profunda del conducto inguinal, la pared posterior, formada por la fascia transversales, reforzada por dos elementos de lateral a medial: el ligamento interfoveolar y la hoz inguinal (tendón conjunto).

La apertura de la fascia transversalis permite el acceso por vía anterior al espacio pre peritoneal, a los vasos epigástricos inferiores y al ligamento pectíneo.

Espacio pre peritoneal

Resulta fundamental para el cirujano conocer la anatomía del conducto inguinal visto desde su parte posterior, tal y como los solemos abordar en la cirugía laparoscópica o en el abordaje pre peritoneal de la reparación herniaria.

Este espacio, fácilmente accesible por detrás del músculo transverso del abdomen, se forma entre la fascia transversalis y el peritoneo parietal.

Los vasos epigástricos inferiores son una referencia fundamental que nos permite ubicar con precisión la mayor parte de las estructuras del área.

Laterales a estos se identifican los elementos del cordón espermático penetrando hacia el anillo inguinal profundo: los vasos gonadales y el conducto deferente (en el varón) o ligamento redondo (en la mujer). En esta zona están desprovistos de fascia de recubrimiento y su dirección diverge, en sentido medial se proyecta el conducto deferente (o el ligamento redondo en la mujer) y en sentido lateral los vasos testiculares, cuya dirección nos permite intuir la dirección de los nervios sensitivos que penetran al conducto inguinal.

Asimismo, estos vasos limitan un área lateral e inferior, sobre el músculo iliopsoas, en la que no cabe esperar hallar estructuras vasculares relevantes. De hecho, el músculo iliopsoas es un elemento de seguridad para evitar lesiones vasculares, ya que los vasos ilíacos externos, de forma constante, se sitúan mediales a dicho músculo.

Los vasos epigástricos inferiores sirven como referencia también, para la localización de los vasos ilíacos externos, los cuales se sitúan inferiores a ellos, mediales a los vasos gonadales y laterales e inferiores al trayecto del conducto deferente.

En la parte medial de los vasos epigástricos inferiores, son claramente visibles dos repliegues producidos sobre la fascia transversales, que también son útiles como referencias durante el abordaje del espacio pre peritoneal: los pliegues umbilicales medio (impar) y mediales (par), formando los propios vasos epigástricos inferiores los pliegues umbilicales laterales. El área comprendida entre los pliegues umbilicales mediales y los laterales (fosa inguinal medial) suele ser la zona por la que se producen las hernias inguinales directas.

La anatomía pre peritoneal no permite identificar el ligamento inguinal con la misma precisión que la disección anterior, en esta zona, la fascia transversalis muestra un engrosamiento que se prolonga hacia la cresta pectínea, conocido como tracto iliopúbico que nos sirve de referencia para ubicar la posición del ligamento inguinal. Sobre la cresta pectínea se identifica con claridad el ligamento pectíneo, estructura fundamental para asegurar la reparación herniaria en este abordaje.

El ligamento pectíneo forma el límite inferior del orificio miopectíneo de Fruchaud, se halla en contacto directo con los vasos ilíacos externos, que se apoyan sobre su parte lateral y que emiten ramas en dirección medial (ramo púbico de los vasos epigástricos inferiores) que recorren la superficie del ligamento pectíneo y deben ser tenidas en cuenta para la disección de este área y para la fijación de elementos protésicos sobre el ligamento pectíneo.

De la rama púbica o directamente de los vasos epigástricos inferiores o de los ilíacos externos, se origina la rama obturatriz, una anastomosis entre los territorios de los vasos ilíacos externos e internos, que se une a los vasos obturatrices, conocida entre los cirujanos como corona mortis.

Esta rama es constante pero su volumen varía dependiendo de la circulación colateral que se haya establecido entre los dos territorios. Así cabe esperar que esté aumentada de tamaño en pacientes con alteración crónica del flujo de las extremidades o con alteraciones del drenaje venoso.

En estos casos puede ser origen de hemorragias de difícil control.

Ocasionalmente se observan vasos obturatrices accesorios originados de los vasos epigástricos inferiores.

7.2 INCISIONES DE LA PARED ABDOMINAL

El acceso a la cavidad abdominal, la exposición y la cirugía se realizarán a través de la incisión de la pared abdominal. Las vías de acceso de la cavidad abdominal se denominan laparotomías: incisión o apertura quirúrgica de la pared abdominal, laparotomía o celiotomía, del griego laparo (abdomen) y tome (corte).

Desde la introducción de la cirugía laparoscópica, grandes incisiones han sido reemplazadas por pequeñas incisiones, o incluso por intervenciones a través de orificios naturales, que permiten la colocación de trocares y el acceso a la cavidad abdominal, con la finalidad de reducir el traumatismo de la pared abdominal, con menor dolor postoperatorio y menor posibilidad de aparición de complicaciones parietales, como hemorragias, infecciones, evisceraciones o eventraciones.

Las incisiones abdominales son consideradas como el segundo procedimiento quirúrgico que interfiere temporalmente en la función normal de la pared abdominal. Desafortunadamente, no todas las intervenciones quirúrgicas abdominales pueden realizarse mediante cirugía mínimamente invasiva.

De forma generalizada, los cirujanos están de acuerdo en que la exposición es uno de los aspectos técnicos más importantes de la operación y de que una laparotomía vertical o transversa permite realizar la casi totalidad de las intervenciones, con la posibilidad de ampliación y seguridad en todo el proceso quirúrgico.

Actualmente las revistas científicas están llenas de artículos que sugieren, de forma virtual, la abolición de las heridas, la disminución del dolor postoperatorio, estancias hospitalarias de corta duración y una rápida recuperación de los pacientes, pero tal como hemos comentado, no todas las intervenciones podrán realizarse mediante pequeñas incisiones.

7.3 PFANNENSTIEL

La incisión de Pfannenstiel modificada por Rodríguez es la siguiente: Incisión de piel iniciando con dos traveses, es de dedo por debajo y adentro de la espina ilíaca anterior y superior pasando a ras del borde piloso del monte de Venus, altura que varía según los distintos autores, quienes dan como puntos de referencia "dos pulgadas por encima del borde superior del pubis, otros dicen en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores de la distancia umbilical supra pubiano, y otros dos dedos por encima del borde superior del pubis, pero como se ve, todas las medidas

concuerdan aproximadamente; el otro extremo de la incisión se halla en sitio similar pero del lado opuesto al de la incisión.

La incisión es ligeramente cóncava hacia arriba, generalmente corresponde a un pliegue natural de la región, por lo cual se debe procurar seguirlo para conseguir mejores resultados estéticos, si existe un abdomen péndulo, debe levantarse con la mano y pasar por el surco que forma. En profundidad, la inclinación solo debe llegar ligeramente debajo de la dermis, para evitar cortar vasos gruesos que sangran y obligan a usar pinzas hemostáticas.

Se debe profundizar la incisión en la línea media, en un ancho de 4 centímetros, hasta hallar la aponeurosis anterior de los rectos, incidirla a los lados de la línea media formando dos pequeñas ventanas que dan paso a los dedos índices del cirujano y ayudante, con los cuales se hace tracción en sentido lateral para visualizar la aponeurosis y tejido celular subadyacente .

Si se desea, se puede disecar ligeramente el rafe mediano con tijeras. Si no se obtiene buena disección lateral, se debe terminar cortando con tijeras la aponeurosis y divulsionando con los dedos.

Se encuentran los rectos anteriores se toman los colgajos superior e inferior con pinzas de Rochester y con ayuda de tijeras y disección roma se lleva la separación de los colgajos hasta el ombligo y el pubis. Es importante llegar hasta estos sitios para que la incisión sea suficientemente amplia.

Separando los rectos lateralmente, se toma el peritoneo y fascia transversalis con pinzas de Kelly en la parte superior para evitar la vejiga, se abre pequeño ojal, se reparan los bordes con pinzas de Rochester y luego se abre el peritoneo y fascia transversalis longitudinalmente con la técnica habitual, previa colocación de una compresa para evitar lesionar las vísceras.

Luego se procede a colocar el separador abdominal previa protección de pared con compresa, según las preferencias de cada cual.

El cierre de esta incisión es relativamente fácil, a pesar de haber anestesia superficial. Se cierra peritoneo y fascia transversalis en un solo plano con catgut simple o cromado número 1 con puntos separados o continuos; se pasan unos pocos

puntos, separados de catgut simple para afrontar los bordes internos de los rectos si se divulsionaron los músculos anchos se deben aproximar con puntos separados de catgut simple.

La aponeurosis se cierra en general con material no absorbible, como seda o algodón puntos separados; se pasan algunos puntos de catgut simple separados por grasa. La piel se puede cerrar con agrafes o seda.

7.4 MAYLAND

Incisión de piel y tejido celular subcutáneo como en el Pfannensti, el original, sección transversal de aponeurosis anterior de recto y si es necesario prolongándolo seccionando aponeurosis de oblicuos y transverso se cortan y ligan generalmente las venas epigástricas superficiales, sección de músculos rectos a la altura de la incisión de aponeurosis, para ello se pasa el dedo índice, éste y el dedo medio por debajo del músculo y se secciona, debiendo evitarse hacer grandes desprendimientos, de músculos de su lecho aponeurótico. En el tercio externo se seccionan y ligan o se separan los vasos epigástricos profundos.

Se repara el peritoneo lateralmente a la altura de la incisión y se abre transversalmente, con la técnica habitual, un ojal por el cual se pasa el dedo para verificar la altura de la vejiga, de manera que el corte del peritoneo, que es transversal, pase a un través de dedo por encima del borde superior de la vejiga.

También debe cuidarse si existen divertículos vesicales. Sí es necesario, lateralmente se desgarran las fibras de los músculos oblicuos.

Colocación del separador abdominal autoestático con la técnica que acostumbre el cirujano.

El cierre de esta incisión no es laborioso si se procede en la siguiente forma:

Flejar ligeramente al paciente si no se logra aproximación satisfactoriamente y suturar el peritoneo y fascia transversalis en un solo plano con catgut simple o cromado; unión de uraco y restos de arterias umbilicales con puntos en U.

El cierre del peritoneo debe ser cuidadoso. Se pueden poner algunos puntos de afrontamiento de los bordes internos de los rectos entre sí, y se deben siempre reparar lateralmente los músculos anchos de abdomen así como sus fascias, pero

no debe intentar la unión de los segmentos superior e inferior de los rectos por considerarse difícil, no satisfactorio e innecesario pues al afrontar correctamente las hojas posterior y anterior de la aponeurosis, los extremos del músculo quedan en contacto, favoreciendo una adecuada cicatrización. La aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel se cierran como en el Pfannenstiel.

7.5 CHERNEY

La técnica de Cherney difiere esencialmente de la anterior en que los músculos rectos no son cortados, en su parte muscular sino en la tendinosa, a unos 5 milímetros del borde superior de pubis, el cual se debe visualizar bien durante la disección.

Los piramidales se dejan en la hoja anterior del recto. Se ligan por transfixión gruesa arteria cerca del pubis. El oblicuo menor y el transverso se cortan paralelamente a la arcada crural, a unos 15 milímetros se rechaza todo el colgajo hacia arriba para poder abrir el peritoneo por encima de la vejiga.

Se halla gruesa capa de tejido céluo_grasoso pre peritoneal y los vasos epigástricos que se ligan. El peritoneo se abre con la técnica vista para el Maylard. Para el cierre de esta laparotomía lo esencial es la reimplantación de los rectos que se deben suturar al tendón de donde fueron seccionados, pero puede ocurrir que uno de los cabos del tendón, especialmente el superior, esté deshilachado; si esto ocurre se hace una sutura heilicoidal en el borde inferior y luego se pasan puntos simples; si es menos, se pasan puntos simples pero en la parte media se hacen heilicoiadales.

Si se tiene el problema en el extremo inferior por no hallarlo por, que se cortó aras del pubis, o al suturar se deshilacha, se puede suturar el recto a la vaina de los rectos pasando puntos perforante a través de ésta y piramidales si existen y ayudándolos por delante de la aponeurosis o suturar el tendón al piramidal.

El resto de la reconstrucción se hace con la técnica vista, en el Maylard.

7.6 EVISCERACIÓN

Se denomina evisceración a la salida del contenido abdominal a través de los planos abiertos de la herida quirúrgica, debido a su separación o dehiscencia en el postoperatorio inmediato (primeros días o semanas).

La dehiscencia aguda de la herida quirúrgica es una complicación grave y que puede presentarse en el momento mismo de finalizar la intervención quirúrgica, pero habitualmente sucede entre los días séptimo y décimo del postoperatorio.

Esto es debido a que la piel, el elemento más elástico de la pared abdominal y resistente a la distensión, sirve como estructura de contención hasta la retirada del material de sutura.

CLASIFICACIÓN

La dehiscencia de los planos de la herida quirúrgica puede ser parcial o completa. Estaremos ante una evisceración cubierta o incompleta cuando, existiendo una apertura del plano músculo-aponeurótico, la piel y el tejido celular subcutáneo están intactos.

Cuando existe una dehiscencia de todos los planos, puede ocurrir que el contenido abdominal se mantenga en el fondo de la herida sin transponer el plano peritoneal, a lo que se denomina evisceración completa retenida o simple.

En el caso de que las vísceras o el epiplón superen el plano peritoneal se dice que existe una evisceración completa.

La apertura de los planos de la herida quirúrgica puede afectar a una parte de la incisión o comprometerla en toda su extensión.

FISIOPATOLOGÍA

Tras el cierre de la herida quirúrgica, comienza el proceso de cicatrización en el que se conseguirá, en un periodo de más de 70 días, una resistencia a la separación de los bordes equivalente al 60-80% de la que poseía la fascia íntegra antes de la incisión quirúrgica. Se asume que la herida quirúrgica nunca recupera las propiedades de sus planos al 100%, no hay restitución íntegra.

Es más, en la primera semana tras el cierre de la herida, cuando habitualmente sucede la dehiscencia, su integridad depende enteramente de la sutura aplicada y

es en la segunda semana cuando se observa un rápido incremento en la resistencia a la separación de los bordes suturados.

Entre la 4ª y 6ª semanas se adquiere una resistencia equivalente al 50% de la fascia íntegra.

Afortunadamente, la actividad diaria exige el equivalente al 15-20% de la resistencia total de un tejido aponeurótico sano.

Por este motivo, debe respetarse en la sutura el área de cicatrización de la herida quirúrgica, que es aquella en la que se produce la deposición y reorganización del colágeno, zona inflamatoria, metabólicamente activa y con menor resistencia al desgarro por el hilo de sutura.

Esta zona ocupa unos 5 mm de espesor desde los bordes de la herida y en toda su extensión, por lo que se recomienda colocar la sutura al menos a 10 mm de estos bordes, con una distancia equivalente (1 cm) entre los puntos sin excesiva tensión, para permitir una buena perfusión de la zona de cicatrización.

A este respecto es importante recordar que el uso del bisturí eléctrico en la incisión de la laparotomía provoca mayor destrucción de la zona cicatricial que el escalpelo y que, por consiguiente, su uso supone un retraso en el objetivo de conseguir un cierre de herida resistente con menor tendencia a la dehiscencia.

CLÍNICA

La presentación clínica puede variar desde la evidencia de la salida de epiplón o vísceras a través de la herida quirúrgica hasta adoptar un curso tórpido, casi asintomático, en el caso de las evisceraciones cubiertas.

La forma más habitual de presentación es la aparición de líquido serosanguinolento de color rosado, inodoro, que empapa los apósitos de la herida y que fluye, entre los puntos de sutura de la piel, desde la cavidad peritoneal y a través de los planos profundos ya separados.

Al explorar al paciente, es frecuente ver asas de intestino delgado entre los puntos de sutura cutáneos o un abultamiento en la cicatriz.

También debe sospecharse la existencia de evisceración en un paciente con febrícula prolongada, taquicardia y malestar general sin otra justificación patológica,

con dolor en la herida quirúrgica, distensión abdominal e íleo postoperatorio prolongado.

La instauración de un íleo mecánico, alrededor de la primera semana tras la cirugía, en un paciente que, hasta ese momento, evolucionaba con normalidad, debe hacer pensar en el compromiso intestinal por una evisceración aguda cubierta.

Excepcionalmente, el paciente relata haber percibido un ruido y la sensación de desgarro en relación con algún movimiento, acompañado de dolor en la herida quirúrgica.

En ocasiones, la retirada del material de sutura de la piel, con el paciente ya en su domicilio, tras más de una semana postoperatoria y sin ninguna otra manifestación clínica, pone de manifiesto la evisceración con la extrusión de epiplón o asas intestinales.

DIAGNÓSTICO

En los casos de evisceración completa, la simple exploración física del paciente es suficiente para el diagnóstico, mientras que en la evisceración cubierta, la clínica sugerente junto con la exploración de la herida quirúrgica establece el diagnóstico.

En los casos en los que el paciente presenta íleo paralítico postoperatorio, las pruebas de imagen como la ecografía o la TC abdominal ponen de manifiesto la existencia de una solución de continuidad en la aponeurosis, y además, pueden descartar patología intraabdominal asociada.

TRATAMIENTO

La evisceración constituye una situación de emergencia quirúrgica con una mortalidad elevada, superior al 30%, una importante morbilidad potencial si no se consigue el cierre de la herida de primera intención (laparotomía, fístula intestinal) y una incidencia considerable, 40 al 60%, de eventración postoperatoria.

Es prioritaria la restitución de asas intestinales y epiplón a la cavidad abdominal y, en cualquier caso, se debe mantener la superficie expuesta cubierta con paños estériles humedecidos en suero salino, preferiblemente caliente.

Especial atención merecen los hilos que cruzan de un borde al otro de la herida abierta y que pueden actuar como “cuchillas” al ser empujadas contra ellos las asas intestinales con los movimientos del paciente.

La cirugía debe ser lo más precoz posible. Debe revisarse la herida quirúrgica de forma completa y decidir la conveniencia de realizar un cierre primario, diferido o mantener el abdomen abierto.

Mientras se prepara la exploración quirúrgica deben corregirse las posibles alteraciones hidroelectrolíticas o hematológicas del paciente. En el quirófano, es necesario retirar el material de sutura de la piel y plano aponeurótico por completo. La herida quirúrgica reciente permite una separación no traumática de los bordes, avanzando entre ellos con el dedo con suaves maniobras. Se aconseja tomar muestras para un cultivo microbiológico ya que la mayoría de las dehiscencias de herida quirúrgica presentan infección polimicrobiana.

Deben lavarse con abundante suero los planos expuestos, las vísceras y la cavidad abdominal. También es necesario explorar la cavidad abdominal por si hubiera alguna otra complicación asociada, como dehiscencias anastomóticas, abscesos residuales, etc., evacuar los hematomas y esfacelos de la herida quirúrgica, exponiendo los planos aponeuróticos y musculares con margen suficiente para valorar la sutura de los mismos.

CIERRE PRIMARIO

El tratamiento ideal de la evisceración consiste en la realización de una nueva sutura de la herida quirúrgica. En general, hay tres formas de realizar esta sutura:

Sutura con puntos sueltos, sutura con puntos sueltos y puntos de retención, y sutura continua.

El desarrollo de una eventración tras la reparación de una evisceración es frecuente; oscila entre el 34% (puntos sueltos) y el 60% (sutura continua). Los estudios realizados en pacientes reintervenidos por dehiscencia de la herida quirúrgica son concluyentes en algunos aspectos:

Las suturas de retención externa no mejoran los resultados y, por lo tanto, su uso no es recomendable.

No se han encontrado diferencias, en cuanto a la posterior tasa de eventración, entre diferentes hilos de sutura reabsorbibles.

La sutura con puntos sueltos tiene una tasa de eventración mucho menor que la sutura continua (prácticamente la mitad).

Con estos datos se puede concluir que el procedimiento óptimo de cierre de la herida quirúrgica tras una evisceración debe realizarse con puntos sueltos de sutura en bloque y con hilo reabsorbible de larga duración, de calibre suficiente para garantizar una resistencia adecuada durante, al menos, 14 días. El calibre adecuado con sutura reabsorbible es el 1.

La sutura con puntos sueltos tiene la ventaja de no confiar la seguridad del cierre a un solo nudo.

La sutura por planos no ha mostrado mejores resultados que la sutura en bloque y, por otro lado, una sutura de material irreabsorbible de 2/0 consigue mantener la misma resistencia que la absorbible del 1 durante mucho más tiempo, pero permanecerá en la herida como un cuerpo extraño una vez terminada la cicatrización.

El uso de suturas de retención externa (hilos protegidos que abrazan todo el plano músculo-aponeurótico y la piel) es controvertido debido a que provocan importantes lesiones en la pared del abdomen, que no se ven compensadas por una reducción en la incidencia de la eventración que pretenden evitar.

Es preferible realizar la sutura con puntos sueltos tipo Smead-Jones (cerca-lejos-lejos-cerca) pasando el hilo "en bloque" a 1,5-2 cm de ambos bordes de la herida y volver a pasar, de nuevo, el hilo por las fascias a 0,5 cm en ambos lados.

En algunos casos, en pacientes con fascias muy adelgazadas y frágiles, sin signos de infección, puede añadirse una malla sintética de refuerzo preferiblemente en posición retromuscular.

CIERRE DIFERIDO

Si el paciente está en una situación clínica muy grave que desaconseja la cirugía o bien, la cavidad abdominal no puede o debe cerrarse por existir edema importante de asas intestinales, contaminación masiva, etc., el cierre de la pared abdominal, además de empeorar la clínica del paciente, estaría abocado al fracaso, con la aparición de otra evisceración.

En estos casos debe optarse por una de estas soluciones:

Cierre temporal del abdomen, el tiempo suficiente para que el paciente se recupere y permita reparar la pared abdominal.

Cierre progresivo del abdomen, durante su estancia en la UVI, con los sistemas disponibles hoy en día (Wittmann Patch, cierres dinámicos, cierre asistido por vacío –VAC–).

Instauración de una eventración programada mediante la interposición de prótesis reabsorbibles (poliglactina) que, suturada a los bordes de la fascia, permitan la creación de un tejido de granulación para recibir posteriormente un injerto cutáneo. La reparación definitiva de la pared abdominal se asumirá, si fuera necesario, meses después con el paciente en mejores condiciones de salud y con los tejidos más resistentes, una vez desaparecida la inflamación y el edema.

Cierre con prótesis de localización intraabdominal fijada transfascialmente, asociado a terapia VAC y cierre cutáneo diferido.

7.7 INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA DE LA PARED ABDOMINAL

La infección de la herida quirúrgica de la pared abdominal es una importante fuente de morbilidad en el paciente quirúrgico, aumentando el tiempo de hospitalización y los costes sanitarios de forma significativa.

Se trata de la infección nosocomial más frecuente del paciente quirúrgico.

La incidencia de infección de la herida quirúrgica varía según el cirujano, el centro, las características del paciente, y el tipo de procedimiento realizado.

Desde los años setenta se ha reducido de forma muy significativa la incidencia de infección de la herida quirúrgica, debido al desarrollo de protocolos de prevención y profilaxis, la disminución de los tiempos quirúrgicos y el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva; no obstante, debemos seguir considerando este tema como uno de los caballos de batalla del cirujano.

Una baja tasa de infección es uno de los principales parámetros universalmente aceptados para medir la calidad de un servicio quirúrgico.

Las definiciones de infección del sitio quirúrgico propuestas son las siguientes:

Infección incisional superficial: drenado purulento (con o sin confirmación microbiológica) o aislamiento de microorganismos derivados del líquido o los tejidos de la incisión superficial, con algún signo o síntoma de infección (dolor, calor, rubor, inflamación) dentro de los 30 días después de la cirugía.

Como tejidos superficiales consideraríamos a la piel y al tejido celular subcutáneo.

Infección incisional profunda: drenaje purulento o dehiscencia de suturas profundas espontánea o realizada por el cirujano en un paciente con fiebre mayor de 38 °C o con síntomas locales de infección, salvo que los cultivos sean negativos. También incluiría la demostración clínica, radiológica o patológica de absceso. Como tejidos profundos consideraríamos la fascia y el músculo, y el plazo de presentación sería de hasta 30 días si no existen implantes, y hasta el año si los hubiese.

Infección organocavitaria: drenaje purulento o microorganismos aislados del líquido o tejidos de espacios o cavidades orgánicas en condiciones de esterilidad, o demostración clínica, radiológica o patológica de absceso.

Como cavidad orgánica consideramos cualquier órgano o espacio diferente a la incisión, que fue abierto o manipulado durante el procedimiento quirúrgico.

El plazo de presentación sería de hasta 30 días si no existen implantes, y hasta el año si los hubiese.

En relación al riesgo de infección de la herida quirúrgica, los procedimientos quirúrgicos se clasifican como:

Cirugía limpia: herida quirúrgica no infectada, sin inflamación y en la que no se penetra el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario. La frecuencia de infección debería ser menor del 2%.

Cirugía limpia-contaminada: herida quirúrgica en la cual se penetra el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario bajo condiciones controladas y sin contaminación inusual.

Leves transgresiones de la técnica estéril. La frecuencia de infección debe oscilar entre el 5-10%.

Cirugía contaminada: importante transgresión de la técnica estéril, derrame no controlado de líquidos de los tractos antes mencionados, heridas abiertas

penetrantes, o signos de inflamación aguda no purulenta. La infección de la herida oscilaría entre el 10 y 20%.

Cirugía sucia: existe una infección establecida en el campo quirúrgico antes de iniciar la cirugía. La infección de la herida supera el 20%.

MICROBIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO

En la mayoría de las infecciones del sitio quirúrgico, los patógenos responsables surgen de la flora endógena del paciente. Los patógenos aislados en las infecciones del sitio quirúrgico varían principalmente con el tipo de procedimiento quirúrgico realizado.

En los procedimientos quirúrgicos limpios, el *Staphylococcus aureus* del medio ambiente exógeno o de la flora cutánea del paciente es el patógeno más frecuentemente aislado. En el resto de procedimientos (desde limpios-contaminados a sucios), suelen ser infecciones polimicrobianas que reflejan la flora aerobia y anaerobia endógena del órgano intervenido.

8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HISTERECTOMÍA

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano.

Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria

del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, han habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.

8.1 MANEJO DE CATETER VENOSO PERIFERICO

La canalización venosa periférica consiste en la colocación de una cánula en el interior de una vena para mantener un acceso venoso abierto. Los vasos más adecuados para la venopunción son: el plexo venoso dorsal y venas metacarpianas dorsales de la mano, vena cefálica, vena basílica y vena mediana del brazo.

Indicaciones:

Reposición de líquidos y electrolitos.

Administración de medicamentos intravenosos.

Transfusión de sangre y hemoderivados.

Obtención de muestras de sangre

Mantenimiento de acceso venoso permeable para casos de emergencia.

Realización de estudios diagnósticos

PROCEDIMIENTO

Precauciones

Verificar la identidad del paciente y comprobar que necesita la canalización de una vía venosa periférica.

Planificar la elección de la vía y el tipo de catéter a utilizar basado en las características del tratamiento, la duración del mismo y el estado del paciente o Tener en cuenta el tipo de solución a administrar (quimioterapia, concentrados de hematíes, soluciones irritantes, etc.)

Para la elección de la vía y el calibre del catéter.

Como norma general debe seleccionarse el catéter de calibre más pequeño, según el tipo de terapia a administrar, para evitar la flebitis mecánica. Deben seleccionarse venas con buen flujo sanguíneo cuando vayan a infundirse soluciones hipertónicas o soluciones que contengan fármacos irritantes; estos fármacos incluyen antibióticos como anfotericina, cefalosporinas, metronidazol, vancomicina y eritromicina.

Valorar la actividad del paciente, movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona más adecuada.

Realizar la inserción del catéter preferentemente en las extremidades superiores, evitando zonas de flexión y si es posible en el brazo no dominante.

Si es posible, elegir para la inserción las venas distales. Evitar la inserción en extremidades edematosas o incapacitadas, en zonas con heridas, quemaduras, inflamaciones, infiltraciones previas o en venas esclerosadas.

En pacientes en los que esté previsto realizar una fístula arteriovenosa evitar la punción en dicha extremidad excepto en el dorso de la mano.

Comprobar las posibles alergias a los materiales a utilizar

Material necesario

Material para la limpieza de la piel (agua y jabón neutro).

Antiséptico; preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2%, aunque puede utilizarse povidona yodada al 10% o alcohol de 70% (2).

Banda elástica de goma plana (compresor).

Gasas estériles

Catéteres venosos periféricos de distinto calibre.

Conector cerrado con alargadera, de doble luz.

Etiquetas identificativas de color azul rotuladas con la leyenda de "intravenosa".

Guantes limpios.

Tiras adhesivas estériles.

Apósito adhesivo estéril, semipermeable transparente o de gasa.

Suero fisiológico en monodosis.

Jeringa estéril de uso parenteral.

Contenedor de objetos punzantes.

Si la vía venosa periférica va a ser utilizada de forma continua (sueroterapia) añadir al material anterior:

Solución intravenosa prescrita.

Sistema de perfusión.

Pie de gotero.

Preparación del paciente

Comprobar la identidad del paciente.

Colocarle confortablemente.

Si el paciente refiere antecedentes de reacción vagal por punción venosa, colocarle en decúbito supino lo más horizontal posible.

No rasurar la piel del punto de inserción, en caso necesario cortar el vello limitándose a la zona prevista para la fijación del catéter.

Extender y apoyar el brazo elegido.

Realización de la técnica.

Realizar higiene de manos.

Comprobar inmediatamente antes de la punción, que el paciente y la vía de administración son los establecidos en la prescripción médica.

Seleccionar el punto de punción, a ser posible en el brazo no dominante.

Limpiar la piel con agua y jabón, aclarar y secar, si precisa.

Colocar el compresor unos 5-10 cm por encima de la zona de elección.

Si la vena no se dilata lo suficiente golpear ligeramente el vaso con los dedos y colocar la extremidad en declive, pidiendo al paciente que abra y cierre la mano.

Colocarse los guantes (limpios si no se va a tocar el punto de inserción una vez aplicado el antiséptico y estériles si es preciso volver a palpar la zona)

Aplicar el antiséptico comenzando en el centro haciendo movimientos circulares hacia fuera.

Esperar el tiempo de secado recomendado.

Coger la cánula con la mano dominante y el bisel hacia arriba.

Tensar la piel por debajo del sitio de punción con el pulgar de la mano opuesta, para estabilizar la vena y reducir el dolor.

Sujetar la cánula en un ángulo aproximado de 30° y pinchar la piel por debajo del lugar seleccionado.

Una vez que el catéter ha atravesado la piel reducir el ángulo de manera que el catéter quede prácticamente paralelo con el vaso, abordando la vena de forma lateral.

Avanzar levemente el catéter y cuando se observa salida de sangre, retirar ligeramente el fiador y avanzar la cánula en el interior de la vena.

Retirar el compresor.

Retirar el fiador y conectar a la alargadera con doble luz, purgada previamente con suero fisiológico.

Conectar la infusión o lavar la vía con suero fisiológico.

Fijar el catéter con tiras adhesivas estériles sin tapar el punto de inserción (no fijar en forma de corbata).

Colocar apósito adhesivo estéril en la zona y asegurar una correcta fijación del catéter para evitar su movilización.

Identificar el acceso al catéter con una etiqueta azul rotulada con la leyenda "intravenosa".

Recoger el material utilizado y desechar la aguja en el contenedor de objetos punzantes.

Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Acomodar al paciente.

Educación

Informar al paciente de la importancia de su colaboración.

Indicarle las posibles molestias que puede sentir.

Pedirle que avise en caso de observar cualquier alteración en la zona de punción.

Informar al paciente de que se mueva con precaución para evitar desconexiones y acodamientos del sistema.

Explicarle que no debe mojar la zona de la venopunción.

Registro del procedimiento

Registrar en el plan de cuidados: o La fecha de inserción, el turno, el tipo de catéter, el calibre y la zona de inserción.

Registrar en las observaciones de Enfermería los problemas surgidos en el procedimiento. En cuanto a los cuidados en el mantenimiento y la retirada del catéter registrar:

La fecha de retirada del catéter en el plan de cuidados y el motivo de la retirada en las observaciones de enfermería.

Cuidados posteriores

Cuidados del punto de inserción

Vigilar la zona de inserción del catéter cada 24 horas, mediante palpación a través de la cura intacta en el caso de apósito de gasa y por inspección directa en el caso de apósito transparente. Cada unidad establecerá el turno de revisión.

Si el paciente presenta sudoración intensa, o se observa sangrado en la zona de inserción utilizar apósitos de gasa en vez de transparentes.

No es necesario levantar el apósito de la zona de inserción si el paciente no tiene signos clínicos de infección. Si el paciente tiene sensibilidad local, dolor y/o fiebre no filiada, levantar la cura para ver la zona de inserción.

Cambiar el apósito cuando esté despegado, mojado o sucio.

Aplicar antiséptico, preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2% en el punto de inserción cuando se cambie el apósito.

No utilizar antibióticos tópicos o cremas en el lugar de inserción ya que pueden provocar resistencias microbianas e infecciones por hongos.

No mojar ni sumergir la zona de inserción del catéter. El paciente puede ducharse si se toman precauciones, por ejemplo protegiendo la zona con un recubrimiento impermeable.

Cuidados en el mantenimiento del catéter

Mantener identificado el catéter con la etiqueta de color azul con la leyenda de "intravenosa".

Evaluar la permeabilidad del catéter cada vez que se acceda al mismo

Inspeccionar regularmente la permeabilidad del catéter periférico y la colocación correcta del mismo, ya que el reconocimiento temprano de la extravasación es fundamental para limitar la cantidad de fluido que se extiende por el tejido subcutáneo y el daño potencial que puede producir en los tejidos.

En los catéteres que se utilizan de forma intermitente o vayan a ser utilizados para obtener muestras de sangre lavar la cánula al menos cada 8 horas con suero salino al 0,9% (2).

Lavar con suero salino al 0,9% la luz del catéter cada vez que se administre una medicación o se suspenda (excepto con fármacos vasoactivos).

Minimizar el riesgo de contaminación mediante la limpieza de los conectores con solución antiséptica (clorhexidina alcohólica al 2%, povidona yodada al 10% o alcohol de 70%) antes de acceder al sistema y hacerlo solo con dispositivos estériles.

Cuando se conecta una alargadera intercalada entre el catéter y el sistema de infusión, la alargadera se considera como parte del catéter para facilitar el cambio aséptico del sistema.

Retirada del catéter

No es necesario cambiar el catéter con una frecuencia establecida, cambiarlo cuando esté clínicamente indicado.

Retirar los catéteres venosos periféricos si los pacientes desarrollan signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema o cordón venoso palpable), infección y cuando se detecte mal funcionamiento del catéter.

Se deben detener las infusiones siempre que el paciente se queje de dolor, ardor o escozor en el punto de inserción, en la punta del catéter o en la trayectoria de la vena y valorar la posible intervención.

Retirar el catéter intravascular en cuanto no sea necesario.

En la retirada del catéter asegurar una correcta compresión de la zona de punción para evitar la formación de hematomas.

8.2 MANEJO DE SONDA VECICAL

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos:

Retenciones urinarias por obstrucciones de la uretra.

Intervenciones quirúrgicas: permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.

Control de la diuresis: control de la cantidad de la diuresis.

Tratamientos terapéuticos: mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.

Recogida de muestras estériles.

Introducir medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos.

Tipos de sondaje.

Según el tiempo de permanencia del sondaje se distingue entre:

Sondaje permanente de larga duración, con una duración mayor de 30 días, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla.

Está indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria.

Sondaje permanente de corta duración, de iguales características que el anterior pero con una duración menor de 30 días, usándose en caso de patología agudas.

El sondaje intermitente, que se realiza cada cierto tiempo (en general, cada 6 – 8 horas) y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga.

Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado.

La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y, además del profesional sanitario, la/el

paciente o sus cuidadoras/es pueden ser adiestrados para realizarlo en domicilio (autosondaje).

Tipos de sondas.

Según su composición: Látex: de uso muy frecuente, sin embargo las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex. Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona (siliconada).

Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con duración inferior a 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios).

Silicona: Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia. Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex.

Cloruro de polivinilo (PVC): también conocidas como sondas de Nélaton.

Se usan en cateterismos intermitentes, para diagnóstico o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos.

Según el calibre:

Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente: en el caso de adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30.

Los calibres que se utilizan con más frecuencia son:

Mujeres: CH 14 y 16

Varones: CH 16-18-20-22

También hay diferencia en el caso de la longitud de la sonda en el sondaje intermitente o auto sondaje: hombre 40 cm y mujer 20 cm.

Contraindicaciones.

En general, las causas más frecuentes en las que está contraindicado el uso de cualquier tipo de sondaje vesical a través de la uretra se pueden agrupar en dos categorías principales: Alteraciones anatómicas del tracto urinario.

Sospecha de rotura uretral.

Complicaciones.

Perforación uretral (falsa vía) o vesical.

Infección urinaria.

Retención urinaria por obstrucción de la sonda.

Hematuria ex vacuo.

Uretritis.

Incomodidad de la/del paciente.

Infección urinaria asociada a sondaje.

El problema más común asociado al uso de esta técnica son las infecciones del tracto urinario, siendo una de las infecciones nosocomiales más comunes, representando entre el 20 y el 40% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario. El 80% de estas infecciones están asociadas al sondaje vesical.

Se calcula que el 10% de las/os pacientes ingresadas/os en un hospital son sometidas/os a cateterismo vesical, y de ellas/os un 10% sufrirán una infección urinaria.

La infección es introducida generalmente por dos vías:

Vía intraluminal, por migración retrógrada del sistema de drenaje, y la vía extraluminal, a través del “pasaje urinario”, el espacio existente entre la sonda y la

uretra. No obstante, algunos autores señalan una tercera vía que concurriría en el momento del sondaje, mediante el arrastre hacia el interior de los microorganismos del extremo distal de la uretra .

También existen factores intrínsecos, propios de la/del paciente, que pueden facilitar la infección urinaria asociada a sondaje: edad avanzada, sexo femenino, insuficiencia renal, diabetes mellitus, inmunodepresión, malformaciones, etc.

Sondaje vesical femenino.

Preparación previa

Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.

Colocar al paciente en decúbito supino con piernas separadas.

Lavado de manos según protocolo del hospital y colocación de guantes NO estériles.

Lavado de genitales con agua y jabón y aclarado con suero fisiológico.

Secado de la zona con gasa estéril.

Separación de labios, lavando de arriba hacia abajo (del clítoris a la zona perianal) y secando con gasas estériles.

Abrir los paquetes para que el profesional que realiza la técnica estéril prepare el campo y el material necesario.

Ayudar al profesional que realiza la técnica estéril, durante el procedimiento.

Profesional que realiza la técnica estéril

Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.

Lavado de manos, según protocolo del hospital.

Higienización de manos con solución alcohólica y colocación de guantes estériles.

Preparación del campo estéril y material necesario.

La manipulación del catéter siempre se realizará de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.

Conectar el catéter al sistema colector. Usar sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa.

Pincelar con clorhexidina al 0,02% los genitales externos.

Lubricar catéter y uretra abundantemente.

Introducir el catéter suavemente, para no provocar traumatismos, por el meato hasta que salga orina.

Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflara el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril y se traccionará levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje.

Limpiar la zona genital de restos de lubricante.

Fijar la sonda en la cara interna del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.

La bolsa colectora quedará fijada al soporte.

Lavado de manos, según protocolo del hospital, tras la finalización de la técnica.
Segregación de residuos.

Todo el material fungible, una vez utilizado, se segregará en el depósito de residuos urbanos: paño estéril de un solo uso, guantes, sondas, jeringas, gasas, etc. residuos sanitarios asimilables a urbanos (residuo no peligroso) Grupo II.

En caso de tratarse de residuos de patologías infecciosas definidas en el Programa de Gestión de Residuos, se depositarán en el contenedor de Residuos

Peligrosos Sanitarios (bolsa roja-contenedor verde). La orina recogida, se verterá en los sitios destinados a tal fin.

Confortabilidad. Una vez finalizado el procedimiento, deberemos asegurar el confort de la/del paciente: posición, limpieza, cama, fácil acceso al timbre y a los objetos que pueda necesitar.

Mantenimiento de la sonda vesical.

Excepto que esté contraindicado, estimular al paciente para que beba de dos a tres litros de líquidos diariamente.

Extremar la higiene diaria, haciendo hincapié en las manos y la zona genital, en el varón insistir que después de la higiene tiene que volver el prepucio a su posición normal para evitar parafimosis.

Después del lavado, intentar movilizar la sonda en sentido rotatorio, nunca de dentro hacia fuera o viceversa, para evitar adherencias y decúbitos.

Durante el aseo de la/del paciente, vigilar posibles lesiones por presión producidas por la sonda.

Para movilizar al paciente o trasladarlo hay que pinzar la sonda, evitando siempre pinzamientos de más de 2 horas.

Evitar esfuerzos violentos y tracciones bruscas de la sonda por riesgo de lesión y sangrado.

Lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda.

No realizar cuidados rutinarios del meato con desinfectantes o antimicrobianos tópicos.

Añadir soluciones antibacterianas a las bolsas de drenaje NO reduce la incidencia de infecciones asociadas al sondaje.

Para preservar la esterilidad, se debe mantener el sistema de drenaje cerrado . Evitar realizar lavados vesicales, salvo obstrucción del sistema de drenaje (hemorragia en cirugía prostática o vesical), para no alterar el sistema de drenaje cerrado.

En caso de que sean necesarios lavados vesicales frecuentes se colocará sonda de tres vías. Si es necesaria la irrigación, se usará un método de irrigación intermitente.

No practicar irrigación continua de la vejiga como medida antiinfecciosa de rutina. La desconexión de la sonda del sistema está CONTRAINDICADA salvo en el caso de la irrigación.

En los casos en que se interrumpe el sistema cerrado (por ejemplo, en la irrigación), reemplazar el sistema colector. También se debe reemplazar la bolsa colectora cuando se cambia la sonda, si se rompe o presenta fugas o cuando se acumulan sedimentos o adquieren un olor desagradable.

Evacuar la bolsa colectora regularmente, (cada 8, 12 ó 24 horas en función de la diuresis) procurando espaciarlo al máximo para evitar desconexiones innecesarias y evitando tocar el sitio de conexión o que la válvula de salida toque el suelo mientras se vacía la bolsa.

Para vaciar la bolsa colectora, utilizar un contenedor individual para cada paciente. Anotar la diuresis recogida.

La orina recogida se verterá en los sitios destinados a tal fin.

Retirar el sondaje lo antes posible.

Las sondas de látex se suelen cambiar de manera rutinaria cada 15 días, y las de silicona cada mes.

No cambiar la sonda de forma reiterada en intervalos fijos.

Las muestras de orina se obtendrán por métodos asépticos .

Evitar realizar cultivos de orina de forma rutinaria.

Las muestras de orina para urocultivo se tomarán a partir de una sonda recién colocada o por punción-aspiración de la sonda con jeringa estéril en el punto más proximal, desinfectando con solución antiséptica el punto de toma. El cultivo no debe obtenerse nunca de una muestra de orina de la bolsa.

Para obtener mayores volúmenes de orina, se debe de usar la que se recoja en la bolsa colectora recién colocada.

Se mantendrá siempre un flujo urinario constante, libre de obstáculos.

El buen posicionamiento de los catéteres para evitar la compresión (obstrucción del flujo de la orina) puede contribuir a una reducción significativa de las infecciones relacionadas con sondaje.

Mantener la bolsa de orina por debajo de la vejiga y colocada en su colgador, para evitar traumatismos, infecciones por reflujo y asegurar una correcta evacuación. En caso de retención aguda de orina con sobredistensión y usando sondaje intermitente, no debemos evacuar el contenido total de la vejiga (cuando exceda de 500 ml en adultos), deberemos realizar pinzamientos intermitentes, hasta el vaciado completo, para evitar hemorragias exvacuo.

Retirada de la sonda vesical.

Aunque no existen evidencias concluyentes sobre el beneficio de pinzar las sondas antes de la retirada definitiva de la misma.

Siempre que sea posible, retirar la sonda a medianoche en vez de por la mañana, ya que se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción, y en una recuperación más temprana de las pautas urinarias normales.

Lavado de manos según protocolo del hospital.

Preparar todo el material y llevarlo al lado del paciente.

Informar al paciente.

Preservar su intimidad, bien en habitaciones o salas individuales, bien con el uso de biombos o cortinas separadoras. Colocación del paciente:

Mujer: posición ginecológica.

Hombre: decúbito supino, con piernas separadas.

Colocar un empapador o cubrecamas debajo de los glúteos de la/del paciente.
Colocarse guantes de un solo uso no estériles.

Proceder a la extracción del contenido del balón de la sonda con la jeringa. Asegurarse de extraer el volumen total del contenido del balón, para evitar traumatismos en uretra.

Algunas sondas no tienen globo y la fijación se realiza exclusivamente con esparadrapo; por tanto, en este procedimiento no se realizará ningún tipo de extracción del balón.

Retirar la sonda hacia fuera lentamente.

Realizar higiene de los genitales.

Ofrecer la posibilidad de orinar (en botella, cuña o WC) si precisa.

Todo el material fungible, una vez utilizado, se segregará en el depósito de residuos urbanos: paño estéril de un solo uso, guantes, sondas, jeringas, gasas, etc.

En caso de tratarse de residuos de patologías infecciosas definidas en el Programa de Gestión de Residuos, se depositarán en el contenedor de Residuos Peligrosos Sanitarios (bolsa roja-contenedor verde).

La orina recogida, se verterá en los sitios destinados a tal fin.

Lavado de manos, según protocolo del hospital, tras la finalización de la técnica. Si es posible, comprobar número de micciones, volumen y características de la orina tras la retirada de la sonda.

8.3 MANEJO DE HERIDA QUIRÚRGICA INTRAHOSPITALARIA

Es la reducción de bacterias a través de un proceso de desinfección de una herida quirúrgica y no quirúrgica.

Objetivos:

Prevenir y reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Indicaciones:

En todo paciente que es sometido a intervención quirúrgica.

A todos los pacientes que presentan alguna herida o lesión en tejidos blandos, ya sea superficial o profunda.

Contraindicaciones relativas:

Remover los apósitos o secreciones de la herida sin técnicas de asepsia.

Manipular la herida continuamente

Material y equipo:

Carro de curación con:

1. Un equipo de curación
2. Bata protectora
3. Cubrebocas
4. Guantes estériles
5. Gasas estériles
6. Solución antiséptica (iodopovidona espuma y solución)
7. Parche adhesivo, protectores de cama Procedimiento

Reúne el material y equipo.

Se lava las manos.

Explica al paciente el procedimiento para obtener su colaboración.

Prepara el campo estéril con el material necesario.

Se coloca cubrebocas y bata protectora.

Retira el apósito que cubre la herida con precaución de no tocar la parte interna del mismo, lo desecha en el lugar indicado.

Se lava las manos nuevamente, se calza los guantes.

Realiza la asepsia con iodopovidona espuma de la herida de arriba hacia abajo, del centro a la periferia, con una gasa diferente en cada movimiento. Repite este procedimiento cuantas veces sea necesario hasta que consigue la limpieza total de la herida.

Aplica con una gasa estéril iodopovidona solución dejando en el área por lo menos dos minutos. Al cabo del tiempo retira el exceso con una gasa estéril si es necesario.

Cubre la herida con un apósito estéril y coloca el parche adhesivo.

Se retiran los guantes, bata y cubrebocas y los desecha en los sitios indicados para cada uno de ellos.

Anota la fecha y nombre de quien realizó la curación

Informa al paciente que el procedimiento terminó y lo deja cómodo.

Anota las observaciones encontradas en la hoja de procedimientos invasivos; y las complicaciones en la hoja de observaciones de enfermería.

Complicaciones:

Cerca del 50% de las infecciones quirúrgicas se presentan durante la primera semana del posoperatorio y el 90% se diagnostica hasta la segunda semana del mismo.

Los pacientes pueden presentar reacciones de la piel por el yodo.

Otros pacientes también llegan a presentar laceraciones de la piel por reacciones al parche adhesivo.

Puntos importantes:

Durante la curación de la herida debe hacerse una evaluación de la incisión quirúrgica observando las etapas de la cicatrización para el cuidado de la misma.

En pacientes posquirúrgicos la curación de la herida debe hacerse después de 48 horas de la cirugía.

Disminuir la tensión y ansiedad al paciente explicándole que las suturas ejercen firmeza suficiente para impedir que su herida se le abra cuando tose o respira en forma profunda para que colabore en su movilización y fisioterapia pulmonar necesaria para evitar otro tipo de infecciones.

Si el estado del paciente lo permite puede recibir el baño en la regadera a las 48 horas y dejar la herida quirúrgica descubierta.

Es muy importante que la enfermera registre en la hoja de observaciones cualquier dato de infección que observe sobre el aspecto y características de la herida e informar al médico y al Comité de Control de Infecciones Nosocomiales para su tratamiento oportuno.

Al menor indicio de infección tomar un cultivo de la secreción de herida.

Para los pacientes que presentan sensibilidad a la iodopovidona se recomienda utilizar clorhexidina para realizar asepsia.

8.4 MANEJO DE ULCERAS POR PRESIÓN

La úlcera por presión es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo.

MECANISMOS

La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:

Presión: Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6-32 mm. de Hg, si esta aumenta (>32mm. de Hg.) ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y, si no se alivia, la necrosis de los mismos.

Fricción: Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

Cizallamiento (Fuerza externa de pinzamiento vascular): Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Humedad: Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

Prevención de las úlceras por presión

Nuestro objetivo no es enseñar a curar la UPP sino evitar su desarrollo a través de la planificación de cuidados enfermeros aplicados a todo paciente con riesgo de desarrollar una UPP.

Las actividades de cuidados que comprende se pueden clasificar en diferentes áreas:

1. Valoración del riesgo

Valorar el riesgo de presentar UPP en todas las personas Evidencia Moderada

Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente.

Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de UPP y por lo tanto excluirlo de la aplicación de medidas preventivas

Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración:

Isquemia de cualquier origen

Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas)

Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen

Hipotensión prolongada

Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.

Cambio de cuidador habitual

Cambio de nivel asistencial

Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se utilizará de forma sistemática una escala de valoración de riesgo ulcera por presión validada.

De las existentes nos decantamos por la escala Braden por su mejor balance sensibilidad/especificidad y su fácil manejo.

Evidencia Alta - La escala de Braden utiliza las siguientes variables:

Percepción sensorial

Exposición a la humedad

Actividad

Movilidad

8.5 MANEJO DE SIGNOS VITALES

Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente. Los principales signos que se miden en la práctica clínica son: Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), Presión Arterial o Tensión Arterial (PA o TA) y Temperatura (T^a).

Es el enfermero/a quien realiza este procedimiento y es su función el saber interpretar, detectar y evaluar los problemas que puedan surgir cuando una constante sobrepasa los límites normales y actuar en consecuencia de manera eficaz. Cada indicador o signo vital posee unos parámetros numéricos que nos ayudan a interpretar la medición realizada.

Esta medición varía en cada paciente y en función de las distintas horas del día, varían en un mismo individuo, por lo que una pauta en la toma de constantes según las necesidades fisiológicas de un paciente, contribuye a una evolución clínica favorable de éste.

Material

Bolígrafos de distintos colores (negro, azul, rojo y verde).

Gráfica para registrar mediciones.

Fonendoscopio.

Termómetro.

Lubricante.

Esfingomanómetro y manguito de tamaño adecuado.

Reloj con segundero o cronómetro.

Guantes no estériles.

Monitor.

Frecuencia Cardiaca

La Frecuencia Cardiaca (FC) es el número de latidos del corazón transcurridos en un minuto (lpm). Un latido es el ciclo completo de llenado y vaciado del corazón, los latidos corresponden con la sístole (bombeo del corazón hacia el resto del cuerpo). Los valores normales de la FC en reposo oscilan entre los 60-80 lpm o ppm (pulsaciones por minuto).

Procedimiento

Tras realizar la higiene de manos, colocación de guantes e identificar al paciente, le informaremos de la medición a realizar y lo colocaremos en una posición adecuada.

Medición

Podemos medir la Frecuencia Cardiaca mediante:

Pulso periférico

Se trata de palpar la arteria con los dedos índice y corazón de la mano dominante, sobre una superficie dura. Evitaremos usar el dedo pulgar para la palpación, ya que tiene latido propio y podríamos confundirnos.

Para la toma tendremos que ejercer una suave presión sobre la arteria. Las localizaciones más frecuentes de estas arterias son:

Radial: se encuentra en la cara interna de la muñeca, sobre la línea media.

Cubital: se encuentra en la cara interna de la mano a la altura del hueso pisiforme.

Carotideo: la arteria carótida se sitúa en el lateral del cuello. No debe palparse ejerciendo demasiada presión ya que enlentece el ritmo y sería una medición errónea.

Femoral: se encuentra bajo el pliegue inguinal.

Braquial: se palpa en la cara interna de la flexura del codo.

Tibial: tras los maléolos internos de los tobillos.

Pedio: en la parte alta del dorso del pie:

Poplíteo: se encuentra en el hueco que forman las rodillas al flexionarse.

Pulso apical

Usaremos el fonendoscopio sobre el quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. Contabilizaremos el número de latidos ocurridos en un minuto.

Pulso por monitorización

Se realiza tras encender el monitor y colocar los electrodos correctamente sobre el torso del paciente. Si el cable es de tres derivaciones:

Rojo: bajo la línea media clavicular derecha.

Amarillo: bajo la línea media clavicular izquierda.

Negro o verde: bajo la apófisis xifoidea.

Si el cable es de cinco derivaciones:

Rojo: bajo la línea media clavicular derecha.

Amarillo: bajo la línea media clavicular izquierda.

Negro: zona abdominal superior derecha.

Verde: zona abdominal superior izquierda.

Blanco: en el pecho.

Pulso por pulsioxímetro

Se realiza tras colocar un dedo del paciente (normalmente se usa el índice) en el pulsioxímetro haciendo que la luz roja que irradia coincida con la uña del dedo.

Para finalizar, registraremos la toma realizada en la gráfica de enfermería y donde corresponda con un bolígrafo azul.

Frecuencia Respiratoria

La Frecuencia Respiratoria (FR) es el número de ciclos respiratorios completos (inspiración y espiración) que realiza una persona en un minuto. Los valores normales de esta medición oscilan entre los 12-20 respiraciones por minuto en adultos y 20-30 en niños.

Procedimiento

Nos lavaremos las manos, nos pondremos los guantes no estériles e identificaremos al paciente, tras informarlo debidamente, lo colocaremos en una posición funcional, sentado o acostado en semi-fowler con el tórax descubierto.

Medición

Podemos medir la Frecuencia Respiratoria mediante:

Observación: Valoraremos primero un ciclo respiratorio para ver el ritmo, ruidos respiratorios si los hubiera, esfuerzo, etc. Contabilizaremos el número de ciclos contenidos en un minuto.

Palpación: Se realiza cuando la observación es inadecuada. Colocaremos la palma de la mano sobre el tórax del paciente sin ejercer demasiada presión y contabilizaremos el número de ciclos en un minuto.

Fonendoscopio: Lo usaremos si la observación no es adecuada y siempre en pediatría (es el método más recomendado). Colocaremos la membrana del fonendoscopio sobre el hemitórax derecho y contabilizaremos los ciclos respiratorios en un minuto.

Finalizaremos cubriendo el tórax del paciente y registrando con bolígrafo negro la toma en la gráfica de enfermería.

Tensión Arterial

La Tensión Arterial (TA) es la fuerza que ejerce la sangre en el torrente circulatorio durante el ciclo cardiaco. La Tensión Arterial máxima o sistólica corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo para bombear la sangre y la Tensión Arterial mínima o diastólica a la dilatación de éste. Se mide en mmhg.

Estados

Dependiendo de los valores que midamos nos encontramos los siguientes estados:

Normotenso: Tensión Arterial sistólica: 140-90 mmhg y Tensión Arterial diastólica: 90-50 mmhg.

Hipertenso: Tensión Arterial sistólica > 140 mmhg y Tensión Arterial distólica > 90 mmhg.

Hipotenso: Tensión Arterial sistólica < 90 mmhg y Tensión Arterial distólica < 50 mmhg.

Procedimiento

Nos realizamos el lavado de manos, nos colocamos los guantes e informaremos al paciente del procedimiento a realizar. Lo colocaremos en una posición adecuada, con el miembro sobre el que vamos a medir la Tensión Arterial extendido y apoyado.

Medición

La Tensión Arterial podemos medirla:

De forma manual: Utilizaremos un esfigomanómetro y un fonendoscopio. Ajustaremos el manguito al miembro procurando que la cámara de aire quede por encima de la arteria. Nos colocamos el fonendoscopio y situamos la membrana con la mano no dominante (evitar posar el pulgar sobre la membrana ya que posee latido propio) sobre la arteria sin ejercer demasiada presión. Cogemos la pera del manguito con la mano dominante y cerramos la válvula de aire en sentido de las agujas del reloj. Insuflaremos aire apretando la pera hasta unos 20 mmhg después de dejar de escuchar el pulso, abriremos la válvula de aire lentamente y observaremos como el manómetro empezará a oscilar en el punto en el que se escucha el primer ruido.

Este valor corresponde a la Tensión Arterial sistólica. Continuaremos desinflando el manguito hasta que el sonido deje de percibirse y el mercurio del manómetro deje de oscilar. Este será el valor de la Tensión Arterial diastólica. Desinflaremos el manguito por completo y se lo retiramos al paciente. Registraremos la medición en la gráfica de enfermería con un bolígrafo de color verde.

A través del monitor: Encendemos el monitor. Ajustamos el manguito al miembro donde vamos a realizar la medición y pulsamos el botón que nos indica la toma de TA, generalmente es un icono de un brazo con un manguito.

Miembros

La toma de Tensión Arterial podemos realizarla en distintos miembros:

Brazo: Es la zona más común, se coloca unos cm por encima de la flexura del codo.

Tobillo: Unos cm por encima del maléolo.

Muñeca: En el antebrazo, unos cm por encima de la muñeca.

Muslo: En la zona media del muslo.

Temperatura

La temperatura corporal o Temperatura (T^a) es el resultado calórico de los procesos metabólicos realizados por el organismo. Está regulada por el hipotálamo, por lo que éste es el responsable de que el cuerpo genere o pierda calor según sus necesidades.

Estados

Hay varios estados dependiendo de la Temperatura que posea el organismo:

Normotermia: Temperatura normal, oscila entre 35-37°.

Hipotermia: Temperatura baja, ocurre por debajo de los 35°.

Febrícula: Temperatura ligeramente alta, entre los 37,1-37,9°.

Hipertermia o fiebre: Temperatura alta, a partir de 38°.

Procedimiento

Tras realizar la higiene de manos, colocarnos los guantes, identificar al paciente e informarlo, nos dispondremos a aplicar el termómetro (según el tipo de termómetro lo aplicaremos en la zona del cuerpo correspondiente), esperaremos el tiempo suficiente hasta que marque y anotaremos en la hoja de registro la Temperatura medida con un bolígrafo rojo.

Termómetros

Hay distintos tipos de termómetros:

De mercurio: Al ser un material tóxico no se sigue utilizando. Podía ser fino para medir la Temperatura axilar y bucal o grueso para la Temperatura rectal.

Digital: Es el sustituto del termómetro de mercurio. Puede medir la Temperatura:

Axilar.

Bucal: No se usa esta vía en pacientes inconscientes, agitados o menores de siete años.

Rectal: Se usa esta vía en pacientes menores de seis años.

Infrarrojos: Mide la Temperatura ótica a través del conducto auditivo mediante conos desechables. Se recomienda su uso en pediatría.

Electrónico: Toma la Temperatura a través de una pequeña sonda intercambiable. Mide la Temperatura axilar, bucal y rectal.

8.6 MANEJO DE LA DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD INTRAHOSPITALARIOS

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es parte normal de la vida y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas de la persona. Ante una señal o amenaza de peligro, se produce una reacción que nos ayuda a enfrentarnos y responder. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día (preparar un examen, ir a una entrevista de trabajo, tener que hablar en público, etc.).

La ansiedad es una emoción, que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, los “nudos en el estómago”, la diarrea y otras muchas más. Cuando se sobrepasa una intensidad que la hace intolerable o cuando dificulta la capacidad de adaptarse de la persona, la ansiedad puede afectar a la vida cotidiana y puede convertirse en un problema. Si usted es una de las muchas personas que tienen problemas de ansiedad, anímese, con una atención adecuada se puede superar. Si usted no puede hacer que la ansiedad desaparezca totalmente de su vida, sí puede aprender a controlarla.

¿Cuáles son los factores que influyen en la ansiedad?

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero parece que pueden originarse por la combinación de varios factores.

Intervienen factores genéticos (hereditarios y familiares), neurobiológicos (áreas del cerebro y sustancias orgánicas), psicológicos, sociales y culturales.

En el proceso de la aparición de la ansiedad tienen importancia tanto los factores de predisposición individual (personalidad) como los derivados del entorno.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

Su médico de familia utilizará diferentes herramientas para poder establecer el diagnóstico de su enfermedad.

Historia clínica: el médico le preguntará sobre algunos aspectos de su historia familiar o de otras enfermedades que pueda tener.

Exploración física: ayuda a su médico a saber si sus síntomas tienen otra causa que no sea el trastorno de ansiedad.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento?

El tratamiento de su problema de ansiedad tiene varios objetivos:

Aliviar los síntomas y prevenir recaídas. Si tiene crisis de angustia, reducir su frecuencia, duración e intensidad y disminuir las conductas de evitación.

Los tratamientos habituales son la psicoterapia y la medicación, que pueden ser usados o no de forma conjunta, según el tipo de trastorno de ansiedad que tenga.

Psicoterapia

Intervenciones psicológicas individuales o grupales, con diferente grado de complejidad, orientadas al manejo y modificación de los factores emocionales, de pensamiento y de conducta que mantienen la ansiedad y/o sus consecuencias.

Medicación

Para el tratamiento de la ansiedad, los antidepresivos y los ansiolíticos son los medicamentos más utilizados. Su médico de familia es la persona indicada para decirle qué fármaco es el más conveniente, cuánto tiempo lo necesita y qué posibles efectos secundarios pudiera causarle.

¿Cuál es la evolución de la ansiedad y la angustia?

Los problemas de ansiedad cursan con períodos de reducción y desaparición de los síntomas durante un intervalo de tiempo variable. Al igual que ocurre con cualquier otra enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.), con un tratamiento apropiado, se puede convivir con este problema de manera adecuada, restableciéndose la normalidad en su vida.

Por ello, no sufra innecesariamente y acuda a su centro de salud lo antes posible, ya que la evolución de su problema será más favorable cuanto antes sea detectado.

Un tratamiento efectivo le ayudará a disminuir los síntomas, a mejorar su autoestima y a volver a disfrutar de su vida de nuevo.

En ocasiones, se tienen altibajos durante el proceso, pero los obstáculos y pasos atrás son parte normal del aprendizaje.

Es importante:

No trivializar sobre lo que está ocurriendo y hacer que la persona se sienta comprendida.

Escucharle sin ser críticos; evitar el “venga, si eso no es nada”.

Acompañarle al centro de salud si es necesario o conveniente.

Informarse sobre el tipo de tratamiento que está siguiendo. Conocer las distintas opciones de tratamiento también ayuda a aprender más sobre la ansiedad.

Observar y prestar atención a los cambios en el comportamiento de la persona que tiene el problema.

Animarle en la realización de actividades que puedan resultarle agradables o placenteras.

Apoyarle en enfrentarse a sus miedos, siempre de mutuo acuerdo y sin presión. Ayudarle a obtener información complementaria y útil sobre la ansiedad.

8.7 MANEJO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Las infecciones intrahospitalarias, son aquellas que ocurren durante el ingreso y estancia hospitalaria, y también las que se relacionen con cuidados sanitarios. Estas infecciones históricamente han acompañado a los hospitales con mayor o menor incidencia, según la formación económico-social de que se trate, y constituyen un importante problema de salud y un motivo de preocupación para las instituciones y organizaciones de la salud a escala mundial, por las implicaciones económicas, sociales y humanas que estas tienen.

El problema de las infecciones intrahospitalarias se hizo patente desde el comienzo de los hospitales como instituciones de caridad durante nuestra era, pero su presencia se liga a la cirugía ya a la era anterior.

Factores para el Desarrollo de la Infección

Las infecciones intrahospitalarias están condicionadas por tres factores: el agente etiológico, la transmisión y el huésped. Por parte del individuo, la evolución del proceso infeccioso está determinada por la resistencia, el estado nutricional, el estrés, la edad, el sexo, días de internación y la patología de base a la cual se debe su internación. Mientras que por parte del agente influyen características como la inefectividad, y la virulencia.

Además el personal encargado de los pacientes ah sido identificado como reservorio y vector de brotes de infecciones intrahospitalarias, es así que, acciones rutinarias de los mismos como: la técnica y la vigilancia sobre los procedimientos que se lleva a cabo sobre el paciente (p. ejem: cateterismo venoso, sondaje vesical junto a manipulación de vías urinarias, entubación endotraqueal, etc.), vigilancia sobre terapia farmacológica, y en general técnicas de asepsia y antisepsia en todo procedimiento son factores clave para el desarrollo o no de las infecciones.

Agentes Etiológicos

Los patógenos asociados a infecciones intrahospitalarias pueden proceder de fuentes exógenas o endógenas. Los asociados a fuentes endógenas se presentan en la flora normal del paciente, como en el caso del tracto intestinal. La contaminación exógena es causada por el movimiento de microorganismos desde fuentes externas, como la flora normal residente en las manos y la piel del personal de la salud, el instrumental biomédico contaminado y el medio ambiente hospitalario.

La etiología de las infecciones intrahospitalarias ha presentado variaciones a través del tiempo. En el inicio, los patógenos predominantes fueron Gram positivos, pero con la introducción de los antibióticos se llevó a cabo una disminución de las infecciones causadas por estos microorganismos y pasaron a ser producidas fundamentalmente por bacterias Gram-negativas.

A finales del milenio pasado, los gérmenes Gram positivos reaparecieron como patógenos predominantes en algunas partes del mundo. Y se le suma el incremento

de casos causados por hongos. A pesar de ello, las bacterias Gram negativas todavía se encuentran entre los principales agentes nosocomiales al nivel mundial⁴.

Los principales agentes implicados son: de los bacilos gram negativos, la *Pseudomona aeruginosa*, *Enterobacterías* (*Shígella*, *Salmonella*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Escheríchia colí*). De los bacilos Gram positivos tenemos a los clostridios (*Clostrídium perfringens*, *Clostridium botulinum*, *Clostrídium tetaní*). En el grupo de cocos gram positivos mencionamos a *Streptococcus B hemolítico*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y los *Enterococos*. También es relevante mencionar a los hongos (*Candida albicans* y *Turolopsis glabrata*) y algunos virus, si bien quienes adquieren mayor importancia clínica son las bacterias. Es importante aclarar que un mismo agente puede ocasionar múltiples infecciones, y que una determinada infección puede ser ocasionada por más de un microorganismo patógeno.

PREVENCIÓN

En virtud a los costos que representa una infección intrahospitalaria en el sentido económico-humano la mejor y principal medida a adoptar para el control de las mismas es la prevención.

Las medidas preventivas se dan en base a la infección que se quiere evitar, pero también existen ciertas normas a seguir que son aplicables para todos los casos¹⁵:

Adecuada asepsia de las manos del personal hospitalario antes y después de toda intervención realizada en el paciente, además que en los casos necesarios se debe hacer el uso de guantes propios para el procedimiento a realizarse.

Adecuada asepsia del material que usa el personal hospitalario en todo procedimiento realizado sobre el paciente.

Correcta distribución, control y contacto con los pacientes, aislando en dependencias separadas a aquellos que tengan ya establecidas infección intrahospitalarias, en especial por Pseudomona Aeruginosa y Streptococcus. Aureus.

Control estricto de los procedimientos permanentes que se realiza sobre el paciente, como: la farmacoterapia, catéteres venosos, entubaciones endotraqueales, sondaje nasogástrico, sondaje vesical, cateterismo central.

Adecuada asepsia de las dependencias hospitalarias en las cuales están internados los pacientes.

Las normas preventivas dirigidas a evitar cada infección en particular son:

Infecciones urinarias:

Evitar la cateterización uretral, a menos que haya una indicación apremiante.

Limitar la duración del drenaje (en caso de usarse se prefiere el sistema cerrado).

Mantener una práctica aséptica apropiada durante la introducción de una sonda urinaria y otros procedimientos urológicos invasivos.

Usar guantes estériles para la inserción.

Limpiar la región perineal con una solución antiséptica antes de la inserción.

Realizar una inserción uretral sin traumatismo, empleando un lubricante apropiado.

Infecciones de herida quirúrgica, se debe vigilar varios aspectos:

El quirófano:

Antes de cualquier intervención: limpieza de todas las superficies horizontales.

Al final del día de trabajo: limpieza completa del quirófano con un desinfectante recomendado.

Una vez por semana: limpieza completa de la zona del quirófano

Personal del quirófano pondrá especial cuidado en:

Lavado de manos, ropa apropiada para el quirófano

Número de personas y circulación al interior del quirófano

Preparación pre-operatoria del paciente

Vigilancia de las heridas quirúrgicas

Infecciones respiratorias, dependiendo de la unidad en la que se encuentre internado el paciente:

Unidas Terapia Intensiva:

Mantener la desinfección apropiada y el cuidado durante el uso de los tubos, respiradores y humidificadores.

Abstenerse de hacer cambios regulares de los tubos del respirador.

Evitar la administración de antiácidos y antihistamínicos H2.

Mantener una succión estéril de la tráquea.

Infecciones relacionadas a cateterismo, las medidas generales son:

Evitar la cateterización, a menos que haya una indicación médica.

Mantener un alto nivel de asepsia para la inserción y el cuidado del catéter.

Limitar al mínimo posible el período de uso de catéteres.

Preparar los líquidos en forma aséptica e inmediatamente antes del uso.

Capacitar al personal en la inserción y el cuidado del catéter.

Función del personal de enfermería

El cumplimiento con las prácticas de atención de los pacientes para el control de infecciones es una función del personal de enfermería.

Éste debe conocer dichas prácticas para evitar la manifestación y propagación de infecciones y mantener prácticas apropiadas para todos los pacientes durante su estadía en el hospital. El administrador principal de enfermería tiene las siguientes responsabilidades.

Participar en el Comité de Control de Infecciones.

Promover la formulación y mejora de las técnicas de atención de enfermería y el examen permanente de las normas de atención de enfermería aséptica, con aprobación del Comité de Control de Infecciones.

Crear programas de capacitación para los miembros del personal de enfermería. Supervisar la puesta en práctica de técnicas de prevención de infecciones en sitios especializados, como el quirófano, la unidad de cuidados intensivos y los pabellones de maternidad y de recién nacidos.

Vigilar el cumplimiento de las normas por parte del personal de enfermería.

El jefe de enfermería de un pabellón tiene las siguientes responsabilidades:

Mantener las condiciones de higiene, de conformidad con las normas del hospital y las buenas prácticas de enfermería en el pabellón.

Vigilar las técnicas asépticas, incluso el lavado de las manos y el aislamiento. Informar de inmediato al médico de cabecera sobre cualquier prueba de infección de los pacientes bajo el cuidado de un miembro del personal de enfermería.

Aislar al paciente y ordenar la toma de especímenes para cultivo a cualquier paciente con signos de una enfermedad transmisible, cuando sea imposible comunicarse con el médico de inmediato.

Limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, el personal del hospital, otros pacientes o el equipo de diagnóstico y tratamiento.

Mantener existencias seguras y suficientes de equipo, medicamentos y suministros para el cuidado de los pacientes en cada pabellón.

El miembro del personal de enfermería encargado del control de infecciones es miembro del equipo pertinente y tiene las siguientes responsabilidades:

Identificar las infecciones nosocomiales.

Investigar el tipo de infección y el microorganismo infeccioso.

Participar en la capacitación del personal.

Vigilar las infecciones nosocomiales.

Participar en la investigación de brotes.

Formular una política de control de infecciones y examinar y aprobar la política pertinente de atención de los pacientes.

Asegurarse del cumplimiento con los reglamentos locales y nacionales.

Servir de enlace con los establecimientos de salud pública y otros, cuando proceda.

Ofrecer asesoramiento especializado a programas de salud y otros apropiados establecidos para el personal de los hospitales en materia de transmisión de infecciones

8.8 EDUCACION AL CUIDADOR PRIMARIO

La teoría de los sistemas de enfermería consiste en varias series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras que son realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos.

Para proporcionar esta atención es necesario identificar tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera realiza todas las actividades porque el individuo no puede realizarlas.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: la enfermera proporciona solamente al individuo los cuidados que él por sí solo no puede realizar.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, las cuales no podrían realizar sin la educación, orientación y apoyo del personal de enfermería.

La subteoría que le brinda el soporte principal a este trabajo es la de sistemas de enfermería, ya que se conceptualiza como una serie y secuencia de acciones prácticas intencionadas que el personal de enfermería realiza en un determinado momento en coordinación con acciones de los cuidadores principales, con el fin de que estos los desarrollen, a través de la capacitación, y las competencias necesarias que les permitan cubrir favorablemente las demandas de autocuidado terapéutico de su paciente, logrando con esta acción que este pueda ser atendido en el núcleo del hogar, con lo cual disminuyen los costos derivados de la atención hospitalaria por un excesivo número de días de estancia en el hospital y por los costos agregados que surgen por la recurrente presencia de infecciones nosocomiales en este tipo de pacientes.

En su gran mayoría, los cuidadores no realizan ninguna actividad recreativa, solo religiosa y laboral, por lo que contraen una carga física y psíquica, se responsabilizan de la vida del enfermo, van perdiendo paulatinamente su independencia y perciben su salud como regular (67 %).

En este sentido, se han descrito niveles de depresión y ansiedad, así como problemas de salud física en cuidadores principales. Esta situación puede condicionar una reducción de las limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, lo cual produce niveles de dependencia, sufrimiento, disconformidad, disrupción familiar y afectación de la actividad social.

El comportamiento de la variable desempeño del rol de cuidador principal fue bueno y regular; sin embargo, es conveniente resaltar que más de tres partes de los cuidadores principales están cansados y el resto se encuentra en riesgo de caer en cansancio, situación que amerita tomar medidas que puedan integrar apoyo emocional y estrategias educativas, como lo reporta Bohórquez en su estudio al encontrar significación estadística en la eficacia de una intervención y la disminución del riesgo de caer en cansancio del rol.

9. CONCLUSIÓN

Al finalizar este trabajo de investigación, concluyo que la histerectomía es un problema de salud pública muy frecuente y que a menudo la multitud que recurre a solicitar un servicio de salud en especial mujeres en los extremos de la vida muy jóvenes o por lo contrario de edad avanzada, no están enteradas de las enfermedades que puede traer consigo una histerectomía radical, total o parcial.

De acuerdo a las encuestas realizadas a mujeres con problemas en órganos reproductivos, en su gran mayoría no se le ha brindado el conocimiento adecuado por parte del personal de salud.

De tal manera hace falta una comunicación efectiva, impulsar la información adecuada para de esta manera lograr que los servicios de enfermería, logren los objetivos adecuadamente, conseguir que el paciente identifique los signos y síntomas que aflige esta enfermedad, ayudar al usuario que su hospitalización corresponda a la atención holística que cada beneficiaria debe de obtener respetando su individualidad, explicándole cada una de las acciones que se realizara para así reducir un poco la ansiedad que todo este procedimiento atrae.

De esta manera el usuario pueda recuperar su cotidianidad lo mas antes posible, dándole los conocimientos adecuados al cuidador primario, facilitándole las tácticas necesarias dentro de su hospitalización para que al salir al exterior sea más fácil su recuperación y el rol del cuidador no sea tan tenso. Al transmitir los conocimientos adecuados al encargado del cuidado extra hospitalario, llevaremos al paciente a no recaer en alguna otra complicación que pueda hacer que este proceso se prolongue más del tiempo establecido.

El personal de salud tiene en sus manos la gran responsabilidad de ayudar a prevenir dando la información adecuada a cualquier usuaria que así lo solicite, así mismo brindar capacitación al beneficiario para que pueda identificar cualquier signo de alarma en cualquier etapa de su vida.

Al momento que el beneficiario acude al un centro de atención para la salud ya sea privado o público, lleva consigo una grandes preocupaciones, uno de ellos es la posibilidad económica para sustentar los gastos que trae consigo el estar hospitalizado, igual es también su preocupación de saber cómo le irá en una cirugía, sabiendo todos los riesgos que acarrea una cirugía de tal magnitud.

En nuestras manos esta calmar esta ansiedad brindándole el apoyo necesario y tratando de explicar cada procedimiento que se le realizara al enfermo.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

- Alvariñas JH, Salzberg S. histerectomía y embarazo. Separata 2012. Laboratorios Montpellier; 2012. pp. 2-22.
- Denedy MC, Avalos G, O'Reilly MW, O'Sullivan EP, Gaffney G, Dunne F. ATLANTIC-DIP: raised maternal body mass index (BMI) adversely affects and fetal outcomes in glucose-tolerant women according to International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) criteria. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012; 97: 608-12.
- Pertot T, Molyneaux L, Tan K, Ross GP, Yue DK, Wong J. Can common clinical parameters be used to identify patients who will need insulin treatment in histerectomía, tratamiento Care. 2015; 34: 2214-6.
- Ferrada C, Molina M, Cid L, Riedel G, Ferrada C, Arévalo R. Relación entre diabetes gestacional y síndrome metabólico. *Rev Med Chil.* 2014; 135: 1539-45.
- Kew S, Ye C, Sermer M, Connelly PW, Hanley AJ, Zinman B et al. Postpartum metabolic function in women delivering a macrosomic infant in the absence of gestational Care. 2011; 34: 2608-13.
- Mitanchez D. Complicaciones histerctomía. 2012; 36: 617-27.
- Faingold MC, Lamela C, Gheggi M, Lapertosa S, Di Marco I, Basualdo MN et al. Recomendaciones para gestantes con diabetes. Conclusiones del consenso reunido por convocatoria del Comité de Diabetes y Embarazo de la SAD, octubre 2008. *Rev Soc Arg Diab.* 2013; 43: 73-81.
- Louie JC, Markovic TP, Perera N, Foote D, Petocz P, Ross GP et al. A randomized controlled trial investigating the effects of a low glycemic index diet in pregnancy outcomes tratamiento alternativo Care. 2011; 34: 2341-46.
- Histerectomía . University of Virginia. [Internet] marzo 2014 [acceso julio de 2012]. Disponible
- Corcoya R, Lumbreras B, Barthae J, Ricartf W. New diagnostic criteria for histerec after the HAPO study. Are they valid in our environment? España: Grupo Español de Diabetes y Embarazo; 2011. pp. 361-
- García GC. Diabetes mellitus gestacional. *Med Int Mex.* 2014; 242: 148-56.
- Benito BB. Criterios del estudio HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome). Barcelona: Red GDPS; 2013. pp. 28-31.

- García TH. Diabetes gestacional: diagnóstico y tratamiento. [Internet] [acceso julio de 2012]. Disponible en: http://www.endocrino.org.co/files/Diabetes_Gestacional_Diagnostico_y_Tratamiento_H_Gacia.pdf
- HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2012; 358: 1991-2012.
- National Diabetes Information Clearinghouse. What I need to know about gestational diabetes. National Institutes of Health NIH [Internet] 2006. [acceso julio de 2012]; 06: 1-18. Disponible en:
- Huidobro A, Prentice A, Fulford A, Rozowski J. Antropometría como predictor de diabetes gestacional: estudio de cohorte. Rev Med Chil. 2011; 138: 1373-7.
- Foz, Mario, Historia de la obesidad, Goya-Camino M, Flores C, Astudillo R, Viso C, Cabero-Roura L. Obesidad y su impacto perinatal. Folia ClinObstetGinecol. 2008;72:6-31.
- Galtier F, Raingeard I, Renard E, Boulot P, Bringer J. Optimizing the outcome of pregnancy in obese women: From pregestational to long-term management. Diabetes & Metabolism.
- Grandes, Almudena (2015) Las curvas de Fortunata. Una aproximación al tratamiento literario de la sexualidad. En Varios autores Con otra mirada. Una visión de la enfermedad desde la literatura y el humanismo, Madrid: Taurus/Fundación de Ciencias de la Salud,
- Hipócrates (ed. 2007), Tratados, Madrid: Editorial Gredos.
- Jose T, Gabriel C, Oscar G (2014) Asociación Entre histerctomia E Infecciones: Un Estudio De Corte Transversal.
- Lozano LVM, González SA (2012) Actualización en Obesidad. Cad Aten Primaria.
- Marañón, Gregorio (1936) Gordos y flacos, Madrid: Espasa-Calpe.
- Martínez Kleiser, Luis (1989) Refranero general ideológico español, Madrid: Editorial Hernando/Real Academia Española.
- MENDOZA, L, PEREZ, B y SANCHEZ BERNAL, S. Estado nutricional de embarazadas en el último mes de gestación y su asociación con las medidas

antropométricas de sus recién nacidos. *Pediatr.* (Asunción), ago. 2012, vol.37, no.2, p.91-96. ISSN 1683-9803.

- Mohd-Shukri NA, Duncan A, Denison FC, Forbes S, Walker BR, et al. (2015) Health Behaviours during Pregnancy in Women with Very Severe Obesity
- Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa (2015) Pineda JAP, Macías NMR, Hernández LR, Rueda AP, Bestard IC (2012) Riesgo cardiovascular e hipertensión arterial crónica en embarazadas.
- Ponce VA, Uría ARM, Rizo M, Munguía MJ (2014) Caracterización De La Hipertensión Inducida Por El Embarazo. *Rev cubana Obstet Ginecol*
- Ruiz R, Gonzales-Gallegos JM, Miranda-Navia E (2014) anatomía uterina. *Rev Soc Peru Med Interna.*
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International (2013) Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011- 2012. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE e ICF International
- Stamilio D, Stout M, Macones G, Scifres C (2013) Post-cesarean maternal complications in patients with extreme obesity.
- Yaniv-Salem S, Shoham-Vardi I, Kessous R, Pariente G, Sergienko R, et al. (2016) Obesity in pregnancy: what's next? Long-term cardiovascular morbidity in a follow-up period of more than a decade. *J Matern Fetal Neonatal Med*
- Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud Publica Mex* 2013;52:220-225.
- WOODLAND HEALTHCARE 1325 Cottonwood Street Woodland, CA 95695 530.668.26

10.2 COMPLEMENTARIA

- Addressing Obesity in Pregnancy: What Do Obstetric Providers Recommend Sharon J. Herring, Deborah N. Platek, Patricia Elliott, Laura E. Riley, Alison M. Stuebe, Emily Oken Womens Health (Larchmt) 2011 January;
- The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Study: Associations of GDM and pregnancy outcomes Patrick M. Catalano, H. David McIntyre, J. Kennedy Cruickshank, David R. McCance, Alan R. Dyer, Boyd E. Metzger, Lynn P.
- Lowe, Elisabeth R. Trimble, Donald R. Coustan, David R. Hadden, Bengt Persson, Moshe Hod, Jeremy J.N. Oats, for the HAPO Study Cooperative Research Group
- outcomes and length of hospital stay Abdullah A Mamun, Leonie K Callaway, Michael J O'Callaghan, Gail M Williams, Jake M Najman, Rosa Alati, Alexandra Clavarino, Debbie A Lawlor BMC Pregnancy Childbirth. 2011; 11: 62. Published online 2011 September
- doi: 10.1186/1471-2393-11-62 4. Anatomia de la pared abdominalS Arrowsmith, S Wray, S Quenby BJOG. 2011 April; 118(5): 578–588. Published online 2011 January 26. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02889.x
- Examining the effect of hysterectomy on outcome of labor induction in patients with preeclampsia Christopher J. Robinson, Elizabeth G. Hill, Mark A. Alanis, Eugene Y. Chang, Donna D. Johnson, Jonas S. Almeida
- Hypertens Pregnancy. Author manuscript; available in PMC 2011 October
- Published in final edited form as: Hypertens Pregnancy. 2010; 29(4): 446–456. doi: 10.3109/10641950903452386
- _Obstetric_Practice/Obesity_in_Pregnancy 39 7. The Role of James M. Roberts, Lisa M. Bodnar, Thelma E. Patrick, Robert W Powers Pregnancy Hypertens. Author manuscript; available in PMC 2012 January 1 Published in final edited form as: Pregnancy Hypertens. 2011 January
- doi: 10.1016/j.preghy.2010.10.013 8. Centers for Disease Control (CDC). Overweight and obesity. Available

- US Department of Health and Human Services. Statistics related to overweight and obesity 2007. Available at: <http://www.win.niddk.nih.gov/statistics/index.htm>. Accessed Feb. 1, 2010. 10. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. Forecasting the effects of obesity and smoking on U.S. life expectancy. *N Engl J Med* 2009;361: 2252-60.
- Goffman D, Madden RC, Harrison EA, Merkatz IR, Chazotte C. Predictors of maternal mortality and near-miss maternal morbidity. *J Perinatol* 2007;27:597-601.
- Kavanaugh V. psicolgi1999-2002: report from the Virginia Maternal Mortality Review Team. Available at: virginia.gov/medExam/documents/2009/pdfs/MMRT_obesity_final.pdf. Accessed Feb.1, 2010. 13. Thompson D, Graham C, Burch D, Watson A, Phelps A. Pregnancy-related mortality associated with obesity in Florida 1999-2002. Available at: 2011.
- Shahar E, Whitney CW, Redline S, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:19-25.
- March of Dimes. Your healthy diet during pregnancy. Available at: marchofdimes.com/pnhec/159_823.asp. Accessed Feb. 27, 2010.
- Dashe JS, McIntire DD, Twickler DM. limits the ultrasound evaluation of fetal anatomy. *J Ultrasound Med* 2009;28:1025-30.
- Churchill D, Perry IJ, Beevers DG. Ambulatory blood pressure in pregnancy and fetal growth. *Lancet* 1997;349:7–10.
- De Swiet M. Maternal blood pressure and birth weight. *Lancet* 2000; 355:81
- Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud Publica Mex* 2010;52:220-225.

- MENDOZA, I, perez, b y sanchez bernal, S. Estado nutricional de embarazadas en el último mes de gestación y su asociación con las medidas antropométricas de sus recién nacidos. *Pediatr. (Asunción)*, ago. 2010, vol.37, no.2, p.91-96. ISSN 1683-9803.
- Goya-Camino M, Flores C, Astudillo R, Viso C, Cabero-Roura L. Obesidad y su impacto perinatal. *Folia ClinObstetGinecol*. 2008;72:6-31.
- Galtier F, Raingeard I, Renard E, Boulot P, Bringer J. Optimizing the outcome of pregnancy in obese women: From pregestational to long-term management. *Diabetes & Metabolism*. 2008;34:19-25.
- Ferrando Serrano M, BellverPradas J. Impacto de la obesidad sobre la reproducción humana natural y asistida. *Revista Española de Obesidad*. 2008;6(6):302-16.
- Aliyu MH., Luke S, Kristensen S, Alio AP, Salihu HM. Joint Effect of Obesity and Teenage Pregnancy on the Risk of Preeclampsia: A Population-Based Study. *Journal of Adolescent Health*. 2010;46:77–82.
- Arendas K, Qiu Q, Gruslin A. Obesity in pregnancy: pre-conceptional to postpartum consequences. *ObstetGynecol Can*. 2008; 30(6): 477-88.
- Hincz P, Borowski D, Krekora M, Podciechowski L, Horzelski W, Wilczyński. Maternal obesity as a perinatal risk factor. *J. Gynekol Pol*. 2009;80(5):334-7.
- OPS(2009). “AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencia” Washington, D.C, ISBN: 978-92-75-32976-4
- Orellana R. Margarita, Vidal Yessie Pohl2008. Obesidad en el embarazo: un impacto para resolver en familia. Diplomado en salud pública y salud familiar.

- Barrios, Elizalde L, et a(2009)l. Relación entre Talla y Ganancia de Peso de la Madre durante el Embarazo con la Duración de la Gestación y el Peso y Talla del Recién Nacido, Cátedra No 1 de Fisiología Humana de Clínica Obstétrica. Facultad de Medicina.

11. GLOSARIO

A

- **AGONISTA:** Se llama agonista a un compuesto químico capaz de simular el efecto de una sustancia producida por nuestro propio cuerpo. El agonista no es la sustancia original de nuestro cuerpo pero actúa de forma parecida, la imita. Las sustancias que produce nuestro cuerpo actúan sobre los receptores.
- **ANGUSTIA:** Estado de intranquilidad o inquietud muy intensas causado especialmente por algo desagradable o por la amenaza de una desgracia o un peligro,"tener que tomar una decisión puede provocar angustia; los inmigrantes llegaron con las mismas angustias de la tragedia civil y el exilio; se sentía presa de angustia ante la imposibilidad de apartar los pensamientos que le asediaban"
- **ANSIEDAD:** La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.
- **ANTAGONISTA:** Antagonista es una sustancia que imita a la sustancia natural para poder ocupar su lugar en el receptor bloqueándolo sin producir efecto. El antagonista "engaña" al receptor simulando ser la sustancia natural sin serlo. De esta forma la sustancia original no podrá actuar ya que su "sitio" "está ocupado por ese antagonista.

C

- **CALIDAD DE VIDA:** Está directamente asociada al concepto de bienestar, y ha sido objeto de una atención permanente en los temas desarrollo social, economía y cultura. Busca un equilibrio entre la cantidad de seres

humanos, los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. En este contexto cobran gran importancia los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna, con libertad, equidad y felicidad.

- **CANCER:** Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático. El carcinoma es un cáncer que empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos. El sarcoma es un cáncer que empieza en el hueso, el cartílago, la grasa, el músculo, los vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén. La leucemia es un cáncer que comienza en un tejido donde se forman las células sanguíneas, como la médula ósea, y hace que se produzca un gran número de células sanguíneas anormales y que estas entren en la sangre. El linfoma y el mieloma múltiple son cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario. Los cánceres del sistema nervioso central empiezan en los tejidos del cerebro y la médula espinal. También se llama neoplasia maligna.
- **CITOLOGIA:** La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja. La citología cervical o cervico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cervico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.
- **COSTUMBRE:** Costumbre es un hábito o tendencia adquirida por la práctica frecuente de un acto. Las costumbres de la vida cotidiana son distintas en cada grupo social conformando su idiosincrasia distintiva, que, en el caso de grupos definidos localmente, conforman un determinado carácter nacional, regional o comercial.

D

- **DIAFORESIS:** La diaforesis es el término médico para referirse a una excesiva sudoración y profusa que puede ser normal (fisiológica), resultado de la actividad física, una respuesta emocional, una temperatura ambiental alta, síntoma de una enfermedad subyacente o efectos crónicos de las anfetaminas. Fiebre, menopausia. También puede estar relacionado con: Hiperactividad de la tiroides (las manos tiemblan, el cabello se hace más delgado, la piel es suave y el pulso es rápido).
- **DILATACIÓN:** La dilatación puede ocurrir por una variación de temperatura a presión constante. Esto se conoce como dilatación térmica. Cuando un cuerpo sólido (sobre todo plano) se calienta, se dilata en largo y ancho aumentando su superficie, pues el calor otorga a sus moléculas energía, lo que las hace vibrar intensamente, necesitando entre ellas un espacio mayor. El coeficiente medio de dilatación superficial es el aumento de su unidad de superficie, al aumentar su temperatura en un grado. La letra griega gamma es la que lo representa. La dilatación lineal (aumento de longitud) en un cuerpo alargado, es proporcional al aumento de temperatura en pequeños intervalos. La dilatación de los gases es mucho mayor que la que sufren los líquidos o los sólidos.
- **DISFUNCION SEXUAL:** Conjunto de diferencias morfológicas y fisiológicas que caracterizan y diferencian a los dos sexos de una misma especie. El grado de dimorfismo sexual suele variar mucho entre unas especies y otras. En la especie humana, las diferencias son físicas (tamaño corporal, masa muscular, etcétera) y de comportamiento. Presencia de caracteres de ambos sexos en un mismo individuo, como ocurre durante un cierto tiempo del desarrollo del embrión o en los hermafroditas.
- **DISPAREUNIA:** La dispareunia, también llamada coitalgia, es la demonización que se da al dolor que se produce en el transcurso del coito, lo que se produce con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Además del dolor también se puede ampliar la sintomatología a la sensación de escozor, ardor o picor. En los varones puede producirse en el momento de la eyaculación y afectar a la parte externa del aparato genital (glande, prepucio o escroto) o la interna, implicando también al sistema urinario (testículos, próstata, uretra o vejiga). En el caso de la mujer las molestias pueden afectar a la parte interna de la vagina o la zona pélvica o el abdomen.

E

- **EMBARAZO:** Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.
- **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. Quizás es una definición de enfermedad poco comprensible. Lo que está claro es que la enfermedad es una parte más de la salud, y de la vida en general. Es imposible evitar la enfermedad dentro del proceso biológico, como parte natural de la interacción del individuo con el mundo que le rodea, tanto a nivel ambiental como en el contacto con otros seres humanos, animales, y materias en general.
- **EPIDEMIOLOGIA:** La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia de aparición de la enfermedad y de sus determinantes en la población. Su interés se centra en la población, para conocer quién enferma, dónde enferma y cuándo enferma, como pasos necesarios para llegar a conocer el

por qué de la distribución del fenómeno salud-enfermedad y la aplicación de este conocimiento al control de los problemas sanitarios. Al epidemiólogo le interesa, primordialmente, saber cómo se distribuye la enfermedad en función del tiempo, del lugar y de las personas. Trata de determinar, a lo largo de los años, si la enfermedad ha aumentado o disminuido; si su frecuencia en un área geográfica es mayor que en otra, y si las personas que tienen una determinada enfermedad muestran características diferentes a los que no la tienen.

- **EXTRACCION:** En su sentido más amplio, extracción refiere al acto de sacar algo que se encuentra hundido, inmerso o sepultado en alguna otra cosa o lugar.

F

- **FACTORES DE RIESGO:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.
- **FERTILIDAD:** La fertilidad designa la capacidad para reproducirse. En la fertilidad femenina intervienen varios órganos sexuales que deben estar sanos, sin anomalías: el útero, las trompas de Falopio y los ovarios funcionales, la ausencia de anomalías hormonal y los ciclos menstruales. En los hombres, la fertilidad implica la producción de espermatozoides en cantidad y calidad suficientes y la capacidad de eyacular. La fertilidad es multifactorial, y está más o menos influenciada por el estado psicológico, la calidad de vida, la salud en general, la alimentación o la toma de ciertos medicamentos.

G

- **GENITAL:** El aparato genital (o aparato reproductor o sistema reproductor o sistema genital) es el conjunto de órganos cuyo funcionamiento está relacionado con la reproducción sexual, con la sexualidad, con la síntesis de las hormonas sexuales y con la micción.
- **GINECOLOGIA:** La palabra ginecología significa literalmente ciencia o conocimiento de la mujer y es una especialidad de la medicina que se ocupa de todo lo relacionado con las patologías y circunstancias médicas propias de la mujer (embarazo, problemas hormonales, cáncer de mama, técnicas de reproducción, atención a la madre, revisiones periódicas, incontinencia, atención en el parto, etc).

H

- **HEMORRAGIA:** Pérdida de sangre de un vaso sanguíneo. Una hemorragia, que puede ser interna o externa, suele ser causada por una lesión, por complicaciones quirúrgicas o por una enfermedad en etapa avanzada. El uso de ciertos medicamentos antirretrovirales (ARV) puede causar hemorragia interna.
- **HISTERECTOMÍA:** La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero a través de la vagina. Durante la histerectomía vaginal, antes de extirpar el útero, el cirujano lo separa de los ovarios, las trompas de Falopio y la vagina superior, así como de los vasos sanguíneos y del tejido conectivo que lo sostienen. La histerectomía vaginal implica una estancia en el hospital más breve, un menor costo y una recuperación más rápida en comparación con la histerectomía abdominal, que requiere una incisión en la parte inferior del abdomen.
- **HORMONA:** Las hormonas son aquellas sustancias o productos de la secreción de determinadas glándulas del cuerpo de los animales, las personas o las plantas, las cuales transportadas por la sangre o en su defecto

por la savia, cumplen la función de regular la actividad de otros órganos. Localizadas en glándulas de secreción interna o endocrina o también en células epiteliales e intersticiales, las hormonas son mayormente segregadas por células especializadas. Todos los organismos multicelulares producen hormonas, siendo las más estudiadas aquellas producidas por las glándulas endocrinas

I

- **INCIDENCIA:** Aquello que ocurre en el curso de unos acontecimientos es una incidencia. Asimismo, en una segunda acepción, la idea de incidencia equivale a la influencia de algo sobre un asunto determinado.
- **INCISION QUIRURGICA:** En cirugía la incisión es un gesto que consiste en realizar un corte a nivel de una capa tisular a través de un instrumento cortante. Este corte generalmente se realiza a través de un escalpelo quirúrgico.
- **INDICACIONES MÉDICAS:** En medicina, una indicación es el término que describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica, un procedimiento médico, un determinado medicamento, o técnica quirúrgica. Las indicaciones para los fármacos están reguladas estrictamente por los organismos internacionales, nacionales, regionales o locales

L

- **LIBIDO:** Libido (del latín libido: «deseo», «pulsión» y en un sentido estricto: «lascivia») es un término que se usa en medicina y psicoanálisis de manera general para denominar al deseo sexual de una persona. Como comportamiento sexual, la libido ocuparía la fase apetitiva en la cual un individuo trata de acceder a una pareja potencial mediante el desarrollo de ciertas pautas etológicas.

- **LIGAMENTO:** Un ligamento es una banda de tejido conjuntivo fibroso muy sólido y elástico que une los huesos entre ellos en el seno de una articulación. El ligamento permite el movimiento, pero evita también mover los huesos de modo excesivo lo que previene las luxaciones en caso de movimientos forzados.

M

- **MACHISMO:** Machismo es una forma de sexismo en la que se discrimina y menosprecia a la mujer considerándola inferior al hombre. El machismo está fundado en ideas preconcebidas y estereotipos, fuertemente influenciados por el entorno social.
- **MENTE:** La mente es básicamente un sistema de comunicación y control entre el thétán, el ser espiritual que es la persona misma, y su entorno. Está compuesta de cuadros de imagen mental que son grabaciones de experiencias pasadas. El individuo usa su mente para plantear y resolver problemas relacionados con la supervivencia y para dirigir sus esfuerzos de acuerdo con estas soluciones. La mente tiene dos partes: la mente analítica y la mente reactiva. La mente analítica es la racional, la mente consciente que piensa, observa datos, los recuerda y resuelve problemas. La mente reactiva es la porción de la mente de una persona que trabaja sobre una base totalmente estímulo-respuesta. No está bajo control voluntario, y ejerce su fuerza y poder de mando sobre la consciencia, propósitos, pensamientos, cuerpo y acciones.
- **MORBILIDAD:** Se le denomina a cualquier separación, subjetiva u objetiva, del estado de bienestar fisiológico o psicológico. En este contexto, los términos enfermedad, trastorno y estado mórbido se consideran sinónimos.
- **MORTALIDAD:** Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro

civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.

O

- **ÓRGANOS:** En anatomía, un órgano es el conjunto de tejidos que realizan alguna función específica. Un órgano está formado por distintas clases de tejidos como pueden ser músculos o membranas.
- **ORGASMO:** Proceso psicofisiológico complejo que es la fase de culminación del acto sexual, en el que hay un intenso placer y unas contracciones musculares intensas e involuntarias, seguidos de una posterior relajación de todo el cuerpo.
- **ORIGEN:** La palabra origen es un término de uso híper extendido en nuestro idioma y que empleamos para indicar el comienzo, el nacimiento, o la causa que desencadena un hecho o situación, o simplemente el nacimiento de una persona.

P

- **PSICOLOGIA:** Toda ciencia tiene un objeto de estudio. En el caso de la psicología, se trata de la ciencia que estudia el comportamiento humano. Es decir, la psicología es un área de estudio que también ayuda a cualquier persona a conocerse más y mejor a sí misma. De forma curiosa, existen muchos estudiantes que estudian psicología en la universidad no para desempeñar esta profesión en el futuro sino motivados por el deseo de conocerse más a sí mismos, lo que equivale a ser más felices.
- **PSICOSEXUAL:** Es una importante teoría del desarrollo, que sugiere que los humanos se comportan como lo hacen porque constantemente buscan placer, durante diferentes períodos o etapas de la vida, los tipos de placer que busca una persona cambiarán.
- **PSICOTERAPIA:** Proceso de cambio profundo donde el paciente o cliente y el terapeuta trabajan juntos para resolver problemas que la persona tiene en

su vida diaria, cambiar los patrones disfuncionales que la persona tiene para relacionarse, tomar decisiones y otros procesos importantes y para que la persona logre avanzar en un proceso de autoconocimiento y de desarrollo personal.

Q

- QUIROFANO: Quirófano es el término que se utiliza para describir a una especie de sala o habitación que se encuentra en sanatorios, hospitales o demás centros de atención médica y que está especialmente adaptada para llevar a cabo la práctica de operaciones quirúrgicas a las personas que lo requieran.

S

- SALUD: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades
- SEPSIS: La palabra sepsis viene de la palabra griega que significa “putrefacción” o “podrirse”. En términos médicos, la sepsis se define como “la presencia de organismos patógenos o de sus toxinas en la sangre y los tejidos”, o “la condición de envenenamiento ocasionada por la presencia de patógenos o de sus toxinas, tal como en la septicemia.”
- SEPTADO: Que presenta septos o tabiques transversales, que dividen la estructura en unidades celulares. Provisto de septos o tabiques separadores.

T

- **TRANSTORNO** Trastorno deriva del latín, compuesto por el prefijo tras-, que significa “al otro lado”, y el verbo tornare, que indica girar o tornear. Trastorno es una alteración en las condiciones consideradas normales en un objeto, proceso u organismo.
- **TRATAMIENTO:** Conjunto de actuaciones médicas y sanitarias que se realizan con el objetivo de prevenir, aliviar o curar una enfermedad, un trastorno o una lesión.

U

- **UNIDAD MEDICA:** Es el sitio establecido física y geográficamente en un lugar, el cual proporciona atención médica y/o quirúrgica al usuario, estos centros de salud pueden ser de primer, segundo y tercer nivel de atención.
- **ÚTERO:** El útero también conocido como matriz es el órgano reproductor femenino de los seres humanos y mamíferos, encargado de la gestación. La palabra útero es de origen latín “uterus”.

V

- **VAGINA:** Conducto membranoso del aparato reproductor de las hembras de los mamíferos, que se extiende desde la vulva hasta el útero
- **VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:** Se define como la utilización de los conceptos, fundamentos, categorías y comportamiento del proceso salud-enfermedad en la sociedad, a través de una estructura incluida en el sistema nacional de salud, la cual permite, mediante el conjunto de actividades que le son propias, obtener la información pertinente, explicar en todo momento el perfil de salud de la población, y detectar y prever los cambios que puedan ocurrir para recomendar oportunamente sobre bases objetivas y racionales los mecanismos de vigilancia epidemiológica como un instrumento de apoyo a los servicios de atención a la salud. Es una alternativa para definir con mayor oportunidad, las medidas de prevención y control de los principales

problemas de salud-enfermedad que afectan a la sociedad, incluidos los factores que los condicionan.