



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL GENERAL "DR, MIGUEL SILVA"

CIRUGIA GINECOLOGICA EN
LA PACIENTE DE LA TERCERA EDAD

TESIS 298374

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dr. Alejandro Muñozledo Vargas

ASESOR DE TESIS

Dr. José Antonio Sereno Coló

MORELIA, MICHOACAN, FEBRERO DEL 2001

11217

90



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.

DIRECTOR DEL HOSPITAL.


DR. JOSE ANTONIO MATA HERNANDEZ.

DIRECTOR DE TESIS.


DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO.

JEFE DE ENSEÑANZA.


DR. OCTAVIO IBARRA BRAVO.

JEFE DE SERVICIO.


DR. JOSE INES GONZALEZ TAPIA



DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DEDICATORIA.

A mis hijos KARINA Y ERICK.

Se las dedico con todo mi amor, esperando retribuirles todas mis ausencias.

Atentamente:

Dr. Alejandro Muñozledo Vargas.

CONTENIDO.

TITULO:.....	1
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL.....	2
METODOLOGIA.....	2
RESULTADOS.....	10
GRAFICAS.....	13-A
CONCLUSIONES.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	15

CIRUGÍA GINECOLÓGICA EN LA PACIENTE DE LA TERCERA EDAD.

INTRODUCCIÓN:

Los reportes de la literatura Médica en relación a los riesgos de la cirugía en las pacientes de la tercera edad, entendida ésta como la que se realiza en personas mayores de 65 años, datan de los primeros años del siglo XX. En este tiempo se consideraba que la cirugía en los pacientes de edad avanzada tenía un alto riesgo y prácticamente era una contraindicación para realizarla.

Los reportes anecdóticos de diversas intervenciones efectuadas a fines del siglo XIX se refieren a cirugías de urgencia o ante enfermedades crónicas que comprometían la vida. En estas condiciones las intervenciones quirúrgicas efectuadas eran el recurso último que se ofrecía al enfermo para salvarle la vida.

Paulatinamente con el advenimiento de la anestesia general, con el uso de la asepsia y antisepsia quirúrgica y, años después con la posibilidad de realizar transfusiones sanguíneas así como después de 1930 la utilización clínica de los antibióticos, se abrió el panorama terapéutico de la cirugía electiva, pudiendo realizarse desde entonces intervenciones quirúrgicas con menor morbimortalidad.

Djokovic y Hedley-Whyte en 1975 tuvieron índices de sobrevivencia excelente después de cirugías en octogenarios, de 664 operaciones en 500 pacientes entre 1975-1977, su índice de mortalidad fue 6.2%.

Los fantasmas de la muerte quirúrgica representados por el infarto agudo del miocardio, la neumonía por Gram-negativos y los problemas consecutivos a la isquemia y a la necrosis intestinal, fueron poco a poco relegados, y desde la década de los 40' cuatro grandes factores influyeron definitivamente en el progreso de la cirugía:

- 1) El uso de la anestesia general.
- 2) La asepsia y antisepsia quirúrgica.
- 3) El empleo de la transfusión sanguínea.
- 4) La antibioticoterapia en la prevención de la infecciones.

A éstos 4 factores esenciales podemos añadir otro más que consistió en la mejor preparación de los cirujanos cuando en las facultades de Medicina se popularizaron las disecciones en cadáveres y se establecieron los cursos de cirugía en forma bien sistematizada.

En la actualidad la cirugía ginecológica en las pacientes mayores de 65 años, puede realizarse con bastante seguridad si se toman en cuenta los preceptos que hay que cumplir en el estudio preoperatorio, en la realización de la técnica quirúrgica y en los cuidados postoperatorios.

Este trabajo que hoy presentamos como tesis recepcional tiene por objeto describir la metodología empleada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Secretaria de Salud de Morelia, Michoacán y analizar los resultados preliminares obtenidos.

MATERIAL:

Se estudiaron a todas las pacientes mayores de 60 años, que se intervinieron quirúrgicamente en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Miguel Silva, durante el período comprendido del 1° de Enero de 1998 al 30 de septiembre del 2000.

La revisión total de este grupo arrojó 48 pacientes de las cuales se tuvieron que excluir a 17 pacientes, por expedientes incompletos cuyos datos no fueron útiles para el estudio.

METODOLOGÍA:

Las 31 pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en esta Institución, tuvieron seguimiento hasta los 30 días del postoperatorio y se evaluaron en forma retrospectiva bajo los siguientes conceptos:

- Historia clínica.
- Estudios de laboratorio.
- Estudios de gabinete.
- Valoración ginecológica.
- Valoración cardiológica.
- Valoración anestésica.
- Enfermedades concomitantes.
- Técnica quirúrgica.
- Evolución Postoperatoria.
- Complicaciones.

A éstos 4 factores esenciales podemos añadir otro más que consistió en la mejor preparación de los cirujanos cuando en las facultades de Medicina se popularizaron las disecciones en cadáveres y se establecieron los cursos de cirugía en forma bien sistematizada.

En la actualidad la cirugía ginecológica en las pacientes mayores de 65 años, puede realizarse con bastante seguridad si se toman en cuenta los preceptos que hay que cumplir en el estudio preoperatorio, en la realización de la técnica quirúrgica y en los cuidados postoperatorios.

Este trabajo que hoy presentamos como tesis recepcional tiene por objeto describir la metodología empleada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Secretaria de Salud de Morelia, Michoacán y analizar los resultados preeliminares obtenidos.

MATERIAL:

Se estudiaron a todas las pacientes mayores de 60 años, que se intervinieron quirúrgicamente en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Miguel Silva, durante el período comprendido del 1º de Enero de 1998 al 30 de septiembre del 2000.

La revisión total de este grupo arrojó 48 pacientes de las cuales se tuvieron que excluir a 17 pacientes, por expedientes incompletos cuyos datos no fueron útiles para el estudio.

METODOLOGÍA:

Las 31 pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en esta Institución, tuvieron seguimiento hasta los 30 días del postoperatorio y se evaluaron en forma retrospectiva bajo los siguientes conceptos:

- Historia clínica.
- Estudios de laboratorio.
- Estudios de gabinete.
- Valoración ginecológica.
- Valoración cardiológica.
- Valoración anestésica.
- Enfermedades concomitantes.
- Técnica quirúrgica.
- Evolución Postoperatoria.
- Complicaciones.

A éstos 4 factores esenciales podemos añadir otro más que consistió en la mejor preparación de los cirujanos cuando en las facultades de Medicina se popularizaron las disecciones en cadáveres y se establecieron los cursos de cirugía en forma bien sistematizada.

En la actualidad la cirugía ginecológica en las pacientes mayores de 65 años, puede realizarse con bastante seguridad si se toman en cuenta los preceptos que hay que cumplir en el estudio preoperatorio, en la realización de la técnica quirúrgica y en los cuidados postoperatorios.

Este trabajo que hoy presentamos como tesis recepcional tiene por objeto describir la metodología empleada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Secretaria de Salud de Morelia, Michoacán y analizar los resultados preeliminares obtenidos.

MATERIAL:

Se estudiaron a todas las pacientes mayores de 60 años, que se intervinieron quirúrgicamente en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Miguel Silva, durante el período comprendido del 1° de Enero de 1998 al 30 de septiembre del 2000.

La revisión total de este grupo arrojó 48 pacientes de las cuales se tuvieron que excluir a 17 pacientes, por expedientes incompletos cuyos datos no fueron útiles para el estudio.

METODOLOGÍA:

Las 31 pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en esta Institución, tuvieron seguimiento hasta los 30 días del postoperatorio y se evaluaron en forma retrospectiva bajo los siguientes conceptos:

- Historia clínica.
- Estudios de laboratorio.
- Estudios de gabinete.
- Valoración ginecológica.
- Valoración cardiológica.
- Valoración anestésica.
- Enfermedades concomitantes.
- Técnica quirúrgica.
- Evolución Postoperatoria.
- Complicaciones.

Como puede observarse en este estudio las pacientes quirúrgicas de la tercera edad se estudiaron en la forma habitual en que se hace el estudio preoperatorio en el Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva", Además se consideró requisito indispensable dentro de la evaluación preoperatoria:

La valoración cardiológica.

La valoración preanestésica.

Búsqueda intencionada de enfermedades concomitantes.

La metodología de estudio se describe brevemente a continuación:

1.- La historia clínica es el documento esencial en la medicina para hacer diagnóstico y de acuerdo con la patología encontrada en el grupo estudiado, los síntomas que se recabaron se relacionaron con trastornos de la estática pélvica, sangrado genital postmenopáusico y a la incontinencia urinaria como los más frecuentes. En el menor número de casos la sintomatología estuvo en relación a tumores del aparato genital femenino y en uno de los casos al prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía.

2.- Estudios de laboratorio: en cuanto a los estudios preoperatorios no hubo ninguna diferencia, si éste grupo se compara con los efectuados en mujeres de menor edad, sin embargo en la literatura médica se recomienda valorar las proteínas plasmáticas y realizar pruebas de funcionamiento hepático como serían las transaminasas séricas, deshidrogenasa láctica, cuando se opera una paciente mayor de 60 años.

Es conveniente insistir en este momento que no se aconseja realizar ninguna intervención quirúrgica ginecológica sin haber descartado previamente la infección urinaria activa por medio del urocultivo.

3.- Estudios de gabinete: como requisito indispensable en el estudio preoperatorio de las mujeres mayores de 60 años está la práctica de la tele radiografía PA de tórax.

4.- Valoración ginecológica: la evaluación de la patología ginecológica, motivo de la intervención quirúrgica, en las pacientes mayores de 60 años., amerita algunas consideraciones:

Es obvio que en estos casos se descarta la cirugía conservadora, llamada así a la que intenta conservar la función reproductiva, menstrual y copulatrix, por motivo de la edad de la paciente. En la paciente mayor de 60 años casi siempre predomina el criterio de la cirugía ablactiva sobre el de la cirugía conservadora.

Otro criterio que frecuentemente se toma en cuenta es el que en las pacientes mayores de 60 años son más frecuentes las posibilidades de enfermedad neoplásica maligna y, por ejemplo, ante la presencia de masas pélvicas siempre deben realizarse estudios de imagen, marcadores tumorales y laparotomías que permitan hacer evaluación peritoneal, evaluación del epiplón y la toma de biopsias peritoneales y ganglionares.

Otro criterio que frecuentemente debe tenerse en mente es el de selección de la mejor técnica quirúrgica cuando se trata de resolver los problemas de la estática pélvica: no es lo mismo planear una intervención quirúrgica para la corrección de un prolapso genital completo, con o sin incontinencia urinaria y también es necesario seleccionar la técnica más apropiada, vaginal o abdominal, cuando se trata de corregir el prolapso de la cúpula vaginal posthisterectomía.

Existe un acuerdo casi unánime en extirpar los anexos cuando se realiza una histerectomía en mujeres mayores de 45 años.

5.-Valoración cardiológica: En el servicio de ginecología del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, se considera indispensable la valoración cardiológica preoperatoria en mujeres que se someten a cirugía ginecológica después de los 45 años. Sabemos que la edad por sí sola incrementa los riesgos quirúrgicos y que éstos dependen en su mayoría del estado cardiovascular de la paciente. De acuerdo con las causas más frecuentes de mortalidad transoperatoria, los fenómenos de isquemia miocárdica, ocupa uno de los primeros lugares. Por ésta razón la placa de tórax, la realización del trazo electrocardiográfico y la valoración por el cardiólogo se consideran necesarias en las enfermas quirúrgicas mayores de 60 años.

La valoración cardiológica preoperatoria que se realiza en nuestro hospital se basa en el índice multifactorial de riesgo cardíaco en cirugía general (Goldman). Ésta clasificación evalúa 3 criterios:

El estado cardiovascular, el estado general de la paciente y tipo de cirugía a efectuarse.

Tabla No.1

La valoración cardiológica preoperatoria se basa en un índice multifactorial de riesgo cardíaco en cirugía no cardíaca. (Goldman).

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	PUNTOS.
Estado Cardiovascular	Mayor de 70 años.	5
	IAM en los últimos 6 meses.	10
	Galope.	11
	Estenosis aórtica.	3
	ECG en ritmo no sinusal.	7
	Extrasístoles.	7
Estado general.	PaO2 menor de 60 mmHg.	
	PCO2 mayor de 50 mmHg.	
	K menor de 3mEq/L.	
	HCO3 menor de 20mEq/l.	
	Creatinina mayor de 3 mg/dl.	
	TGO o hepatopatía.	3
Tipo de cirugía.	Cirugía urgente.	4
	Cirugía torácica no cardíaca.	
	Neurocirugía o intraperitoneal.	3

53

Tabla No.2

RIESGO QUIRÚRGICO	MORTALIDAD.
Grado I (0-5 puntos)	0.7%
Grado II (6-12 puntos)	2.0%
Grado III (13-25 puntos)	7.0%
Grado IV (23-53 puntos)	56.0%

Con el puntaje obtenido en la valoración de Goldman, se hace una correlación entre el riesgo quirúrgico y la probabilidad de mortalidad transoperatoria.

6.- Valoración Anestésica: En la cirugía moderna se considera indispensable la valoración preoperatoria por el anesthesiólogo que junto con el criterio del cirujano permitirá hacer el plan de manejo anestésico más adecuado de acuerdo con el tipo de cirugía a realizarse, con el tiempo de duración aproximado, con las posibles complicaciones que puedan esperarse y con el planeamiento de la analgesia postoperatoria. Además cuando la paciente conoce y conversa con el anesthesiólogo, que será el que salvaguarde las funciones vitales durante el acto quirúrgico, se establece una relación de confianza Médico-paciente que resulta muy favorable para ganar la confianza de la paciente.

Desde el punto de vista técnico el servicio de anestesiología del Hospital General Dr. Miguel Silva, maneja la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) para valorar y predecir el riesgo preoperatorio.

Tabla no. 3

CLASE	DESCRIPCIÓN	RIESGO DE MORTALIDAD
I	Paciente Sano.	0%
II	Enfermedad sistémica Moderada.	8-10%
III	Enfermedad sistémica Severa.	20-25%
IV	Paciente grave.	90-100%

7.-Enfermedades concomitantes: Cuando hay necesidad de realizar cirugía pélvica en las pacientes de la tercera edad, frecuentemente hay que tomar en consideración no solo la patología ginecológica, motivo de la cirugía, sino que es frecuente la coexistencia de otros padecimientos sistémicos que por la edad ameritan investigación y valoración de rutina. Entre los principales mencionaremos los siguientes:

- a) Enfermedades cardiovasculares: ya se mencionó en el apartado respectivo como todas las pacientes de ésta edad requieren de una evaluación cardiológica de rutina y aquí solamente insistiremos en que los cambios arterioescleróticos pueden estar en relación con isquemia miocárdica, angor e hipertensión arterial crónica.
- b) Enfermedades respiratorias: El enfisema pulmonar crónico es una causa frecuente de complicaciones en el postoperatorio. Las alteraciones obstructivas del árbol bronquial y de los alveolos, procesos de bronquiectasias, las atelectasias, la neumonía y el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) son de evaluación obligatoria y cuando están presentes ameritan un plan de manejo con antibióticos, broncodilatadores, oxigenoterapia y ejercicios respiratorios.

- c) La diabetes mellitus : es frecuente en nuestro país , cerca de un 20% de la población adulta, por lo que la paciente senil debe valorarse y requiere de el manejo apropiado en colaboración con el endocrinólogo.
- d) La insuficiencia venosa o el antecedente de enfermedad tromboembólica es otro capítulo de búsqueda y asistencia obligatoria sobretodo en la cirugía pélvica ya que en las diferentes técnicas quirúrgicas ginecológicas se afectan los territorios venosos de la pelvis y si a ésto se añade la posición ginecológica que a veces se prolonga por varias horas, serán dos factores determinantes para el favorecimiento de los fenómenos tromboembólicos postoperatorios.
- e) El aparato urinario es muy importante valorarlo de manera rutinaria para descartar las infecciones activas en esta área ya que estos procesos contribuyen en buena parte a producir infecciones postoperatorias; como medidas generales que no deben omitirse en la cirugía de las pacientes de la tercera edad son evitar la deshidratación, la hipovolemia así como la administración excesiva de volúmenes de reposición que podrían comprometer el territorio cardiopulmonar.

8.- Técnica quirúrgica: La preparación preoperatoria de la paciente es de suma importancia, sobre todo en la cirugía pélvica-ginecológica. La aplicación de duchas vaginales y enemas evacuantes la noche anterior a la cirugía, otra medida importante es la estrogenoterapia vaginal durante 3 semanas previas a la intervención quirúrgica, medicación que puede ser aplicada diariamente por la noche, en forma de cremas o supositorios. Esto permite manejar un epitelio vaginal de grosor suficiente que permita una mejor disección en el transoperatorio y asegurar una buena cicatrización. La paciente debe ayunar durante toda la noche y no ingerir alimentos por lo menos un periodo de 6 horas previos a la cirugía. El uso de antibióticos como medida profiláctica se ha convertido en una practica común en años recientes para ciertas pacientes sometidas a intervenciones quirúrgicas vaginales y abdominales, así como la tricotomía abdominopúbica, la asepsia y antisepsia de la región abdominal (especialmente en la cicatriz umbilical) y de la vagina. El mejor antiséptico es el uso de agua y jabón y como sustancia antiséptica utilizamos el Isodine que es en la actualidad el recomendado por el servicio de infectología, además de la colocación de catéter vesical (sonda Foley) al finalizar la antisepsia.

9.- Evolución postoperatoria: El período más crítico de la evolución postoperatoria de la paciente senil son las primeras 72 horas, tiempo en el cual debemos monitorizar el sistema cardiovascular, renal y respiratorio, lo cual nos dará la pauta de la condición postoperatoria de la paciente. Importante resulta el haber identificado en el preoperatorio a las pacientes con riesgos de desarrollar trombosis venosa y administrar la profilaxis apropiada. La correcta nutrición durante el periodo pre y postoperatorio favorece la cicatrización de la herida y reduce la duración del periodo de recuperación, así como la utilización de dosis profilácticas de antibiótico para disminuir las complicaciones infecciosas.

Definimos la profilaxis con antibióticos a la utilización de tres dosis de antibiótico, iniciando la primera dosis al inicio de la intervención.

10.- Complicaciones: Como se señaló en el capítulo anterior las primeras 72 hrs después de la operación son el periodo más crítico de la paciente y el monitoreo preciso del aparato cardiovascular, renal y respiratorio nos dará la información más valiosa de la condición postoperatoria de la paciente. También sabemos que la morbilidad postoperatoria puede ser reducida, mediante la evaluación preoperatoria apropiada de la paciente senil.

Mencionaremos a continuación brevemente las complicaciones más comunes:

- a) Complicaciones vasculares: Sabemos que en la cirugía ginecológica pueden presentarse hasta en un 15% el desarrollo de trombosis venosa con un rango de 5 a 45%, dependiendo del tipo de procedimiento quirúrgico. La embolia pulmonar es responsable del 40% de las muertes postoperatorias de las pacientes ginecológicas. Los síntomas que predicen éste cuadro son la presencia de dificultad respiratoria, hipotensión, dolor torácico y arritmias cardíacas. Son conocidos los principales factores de riesgo de la trombosis venosa postoperatoria: 1) Aumento en la coagulabilidad sanguínea. 2) Estasis venosa. 3) Traumatismo de las paredes vasculares. 4) La posición ginecológica. 5) Tiempo quirúrgico. La profilaxis preoperatoria y postoperatoria con el uso de heparina, dextrán, medias elásticas, ha reducido significativamente la frecuencia de complicaciones vasculares.
- b) Complicaciones pulmonares: La hipoventilación es la complicación mas frecuente en el postoperatorio inmediato, incluso en pacientes con pulmones sanos. Se define la hipoventilación con un nivel de ventilación alveolar insuficiente para el intercambio gaseoso. Lo causa una depresión central del control respiratorio y puede ser causado por obesidad, enfermedad neuromuscular, dolor, vendajes restrictivos, inmovilidad y evidentemente pacientes con problemas obstructivos y/o restrictivos tienen una mayor posibilidad de desarrollarla. El Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) es una alteración de la función respiratoria que trae como consecuencia una PaO₂ menor de 50 mmHg con retención de CO₂, se manifiesta clínicamente por disnea, hipoxemia, disminución de la distensibilidad respiratoria e infiltrados alveolares difusos en la tele de tórax. Las atelectasias son obstrucciones de las vías aéreas generalmente producidas por secreciones mucosas. La fisioterapia torácica, las técnicas de respiración profunda, toser con eficacia, mejoran la ventilación. La neumonía postoperatoria ha disminuido en frecuencia debido a la fisioterapia pulmonar y la deambulación temprana en el postoperatorio. Es común este trastorno en pacientes intubados por periodos prolongados ya que sus mecanismos de defensa se encuentran abolidos.
- c) Complicaciones urinarias: La retención urinaria postoperatoria es un trastorno común asociado a la cirugía ginecológica. Por razones

inherentes a la técnica quirúrgica en la existen grandes despegamientos de planos quirúrgicos perivesicales que necesariamente producen deservación de las áreas correlativas y también favorecen el acúmulo de secreciones serosas o hemáticas. Esta situación se relaciona con fenómenos de edema perivesical y periuretral que contribuyen a la retención urinaria. Otras causas de éste fenómeno pueden ser el uso de anestésicos o narcóticos depresores del detrusor vesical, la deshidratación y en casos menos frecuentes la obstrucción de la vía urinaria. La evaluación correcta de cada uno de estos factores es esencial para obtener éxito terapéutico, pero una medida de uso rutinario es la colocación de un catéter transuretral de Foley durante el tiempo que se juzgue conveniente.

- d) Complicaciones infecciosas: Si bien la fiebre no es sinónimo de infección, es un signo físico que alerta al Médico sobre la posibilidad de un proceso infeccioso. La evaluación eficaz y precisa de la fiebre es esencial en el tratamiento de las pacientes postoperadas. Para su evaluación clasificamos la fiebre de aparición temprana (primeras 48 hrs. del postoperatorio) y tardía (después de las 48 hrs. del postoperatorio). La primera se desconoce aún su origen y se atribuye a hipersensibilidad a los anestésicos o a otros agentes farmacológicos, a la liberación de pirógenos al torrente vascular por la respuesta tisular al trauma quirúrgico y debe evaluarse y descartar algún proceso infeccioso antes de iniciar cualquier terapia antimicrobiana. La fiebre tardía por lo general acusa un proceso infeccioso que puede ser la infección de la vía urinaria, infecciones del sitio operatorio, infección de la herida quirúrgica. Cuando la fiebre aparece posterior a la alta hospitalaria, sugiere la presencia de abscesos de los anexos; infección de la herida. Debemos descartar además otros tipos de infecciones tardías como son hepatitis B o C, paludismo, brucelosis, VIH, o citomegalovirus si la paciente fue transfundida.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS:

El período de tiempo que comprendió este estudio, acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva", S.S.M., 48 pacientes mayores de 60 años, con algún padecimiento que fue tributario de Cirugía. Esto da un promedio de 16 pacientes por año para realizar Cirugía en pacientes de la tercera edad. Desgraciadamente, por motivos atribuibles a diversos factores dependientes del sistema de archivo del Hospital, se tuvieron que excluir 17 expedientes por datos insuficientes o mal consignados lo que hizo que solamente pudiéramos valor 31 casos que constituyeron el 64.5% del total.

Tabla No. 4

Diagnostico clínico preoperatorio:

Prolapso genital total	19
Sangrado genital postmenopáusico	03
Incontinencia urinaria de esfuerzo	03
Pólipo cervical	01
Tumoración de ovario	03
Papiloma intraductal de mama	01
Prolapso de cúpula vaginal	01
Total	31

Como puede apreciarse fácilmente en la tabla no. 4, la inmensa mayoría de las pacientes tenían patología derivada de los trastornos de la estática pélvica, 19 de 31 y si a estos casos sumamos los de incontinencia urinaria y el prolapso de cúpula vaginal poshisterectomía, la cifra se eleva a 23 de 31. Los tumores genitales, en éste grupo ocuparon un lugar muy poco considerable. La tabla no. 5 deriva del lugar de residencia de la paciente, en la cual observamos que la población rural es de 2:1 en relación a la población urbana. Esto significa y corrobora que la paciente del medio rural tiene mayor problema de la estática pélvica, debido a la gran multiparidad, la escasa atención obstétrica profesional y que la paciente se somete a trabajos rudos del campo.

Tabla no. 5

Lugar de residencia:

Urbano	10
Rural	21
Total	31

La tabla no. 6 nos muestra la paridad de las pacientes.

0-3 hijos	07
4-6	06
7-10	13
+ 10	05
Total	31

Las cirugías realizadas estuvieron acordes con la patología predominante y así la histerectomía vaginal reconstructiva, las colpoperineoplastias y las intervenciones realizadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria ocuparon los primeros lugares en comparación con las efectuadas para la exéresis de los tumores. Tabla no.7.

Tabla no. 7

Cirugía realizada:

Histerectomía vaginal reconstructiva	19
Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral.	04
Operación de Burch.	03
Colpoperineoplastia	01
Exéresis de papiloma	01
Biopsia de endometrio	02
Fijación de cúpula vaginal	01
Total de procedimientos	32

Como de este grupo se excluyeron las neoplasias malignas porque su referencia se hace necesariamente a la Unidad de Oncología del Hospital, las citologías vaginales preoperatorias quedaron entre las clase I y II de Papanicolaou. Tabla no. 8.

Tabla no. 8

Citología vaginal:

Clase I	01
Clase II	28
Clase III	02
Total	31

En lo relativo a la valoración anestésica preoperatoria, prácticamente la mitad de las pacientes fueron catalogadas como ASA I, o sea, con un riesgo operatorio mínimo. El otro 50% fué evaluado con riesgo II por patología coexistente en relación con Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, patología de alta prevalencia en nuestro medio en pacientes mayores de 60 años.

Curiosamente, la valoración cardiovascular preoperatoria guardó un paralelismo prácticamente calcado de la evaluación preanestésica ya que 16 pacientes fueron evaluadas con riesgo I y 15 con riesgo II de acuerdo con la escala de Goldman. Tabla 8-9-10.

Tabla no. 8

Valoración anestésica preoperatoria:

ASA I	16
ASA II	15
ASA III	0
ASA IV	0
Total	31

Tabla no. 9

Valoración cardiológica preoperatoria:

Grado I	16
Grado II	15
Grado III	0
Grado IV	0
Total	31

Tabla no. 10

Patología coexistente:

Diabetes mellitus	5
Hipertensión arterial	8
DM e HAS	2
Insuficiencia vascular periférica	1
Bocio Multinodular	1
Total	17

Las complicaciones postoperatorias fueron todas de menor importancia y se presentaron en 6 de 31 pacientes que constituye el 19.3%. Hubo solamente un caso de dehiscencia postoperatoria de herida quirúrgica, 3 casos de infección urinaria y dos casos de trombosis de las venas pélvicas. Todas se resolvieron con tratamiento médico oportuno y satisfactorio. Tabla no. 11.

Tabla no. 11

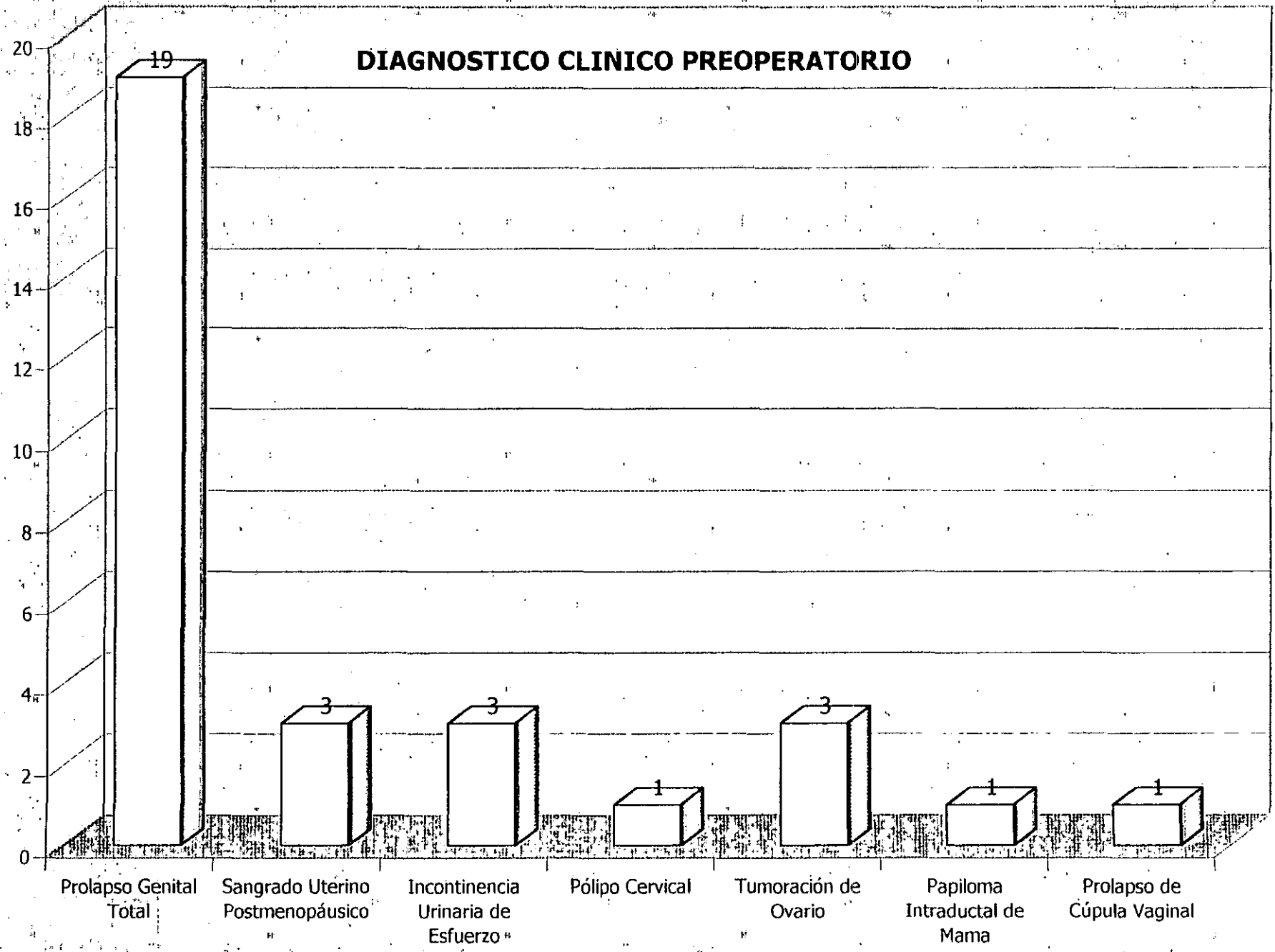
Complicaciones postoperatorias:

Dehiscencia de herida quirúrgica	1
Infección urinaria	2
Trombosis venosa profunda	2
Incontinencia urinaria postoperatoria	1
Total	6

HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA
CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA TERCERA EDAD

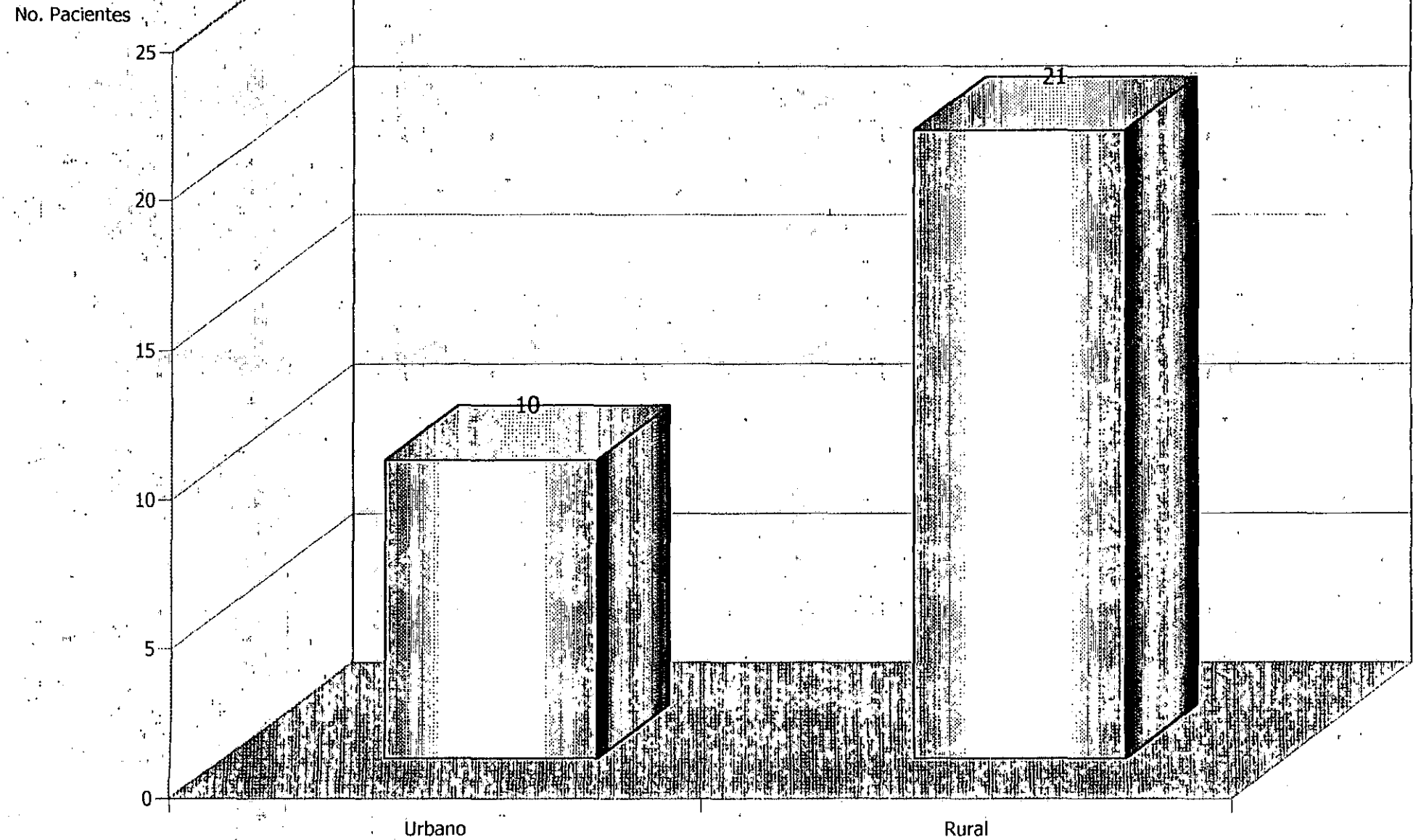
No. Pacientes

DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO



HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA
CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA TERCERA EDAD

LUGAR DE RESIDENCIA



HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA TERCERA EDAD

No. Pacientes

CITOLOGIA VAGINAL

30

25

20

15

10

5

0

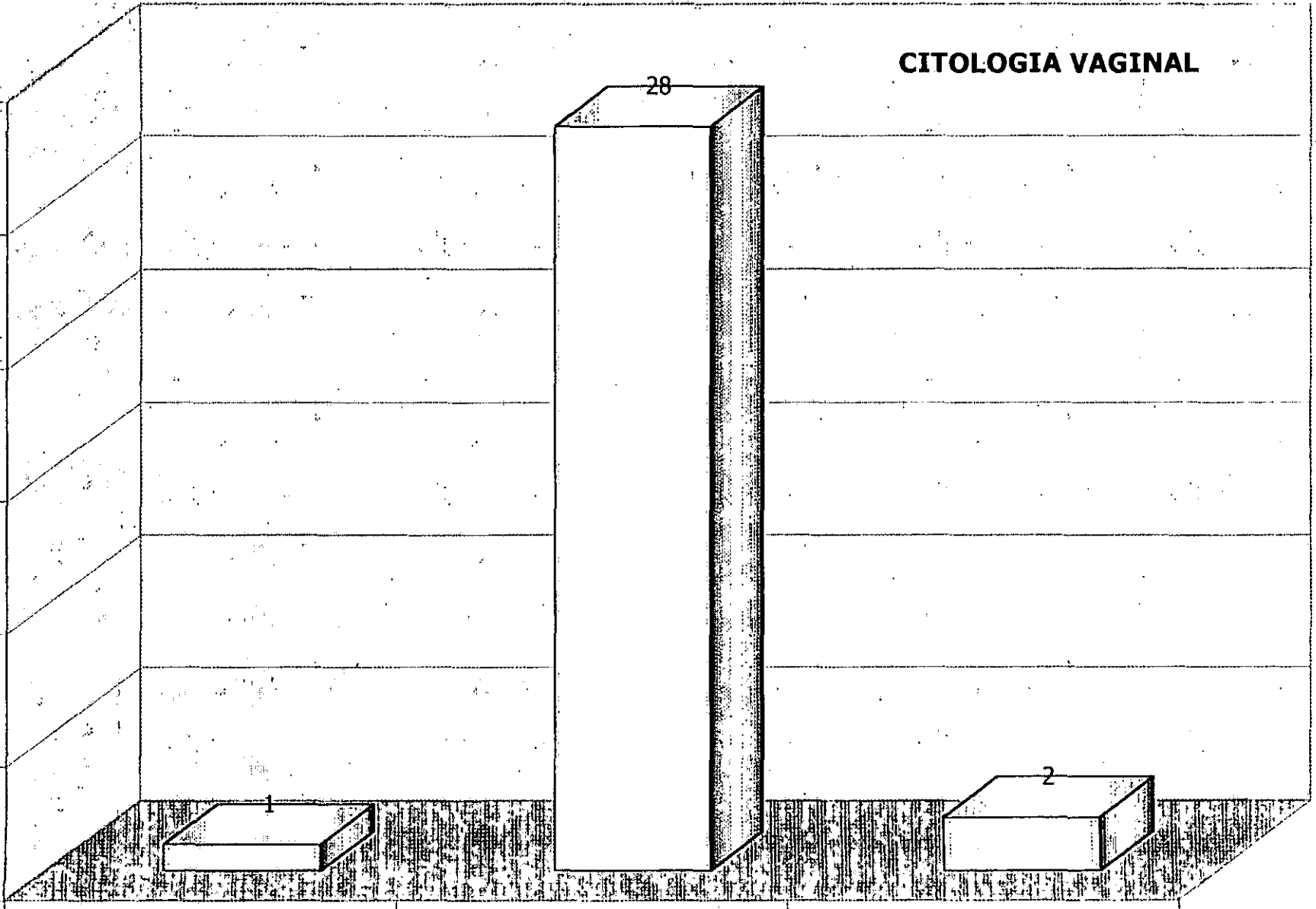
28

2

Clase I

Clase II

Clase III



HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA
CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA TERCERA EDAD

No. Pacientes

VALORACION ANESTESICA

16
14
12
10
8
6
4
2
0

ASA I

ASA II

ASA III

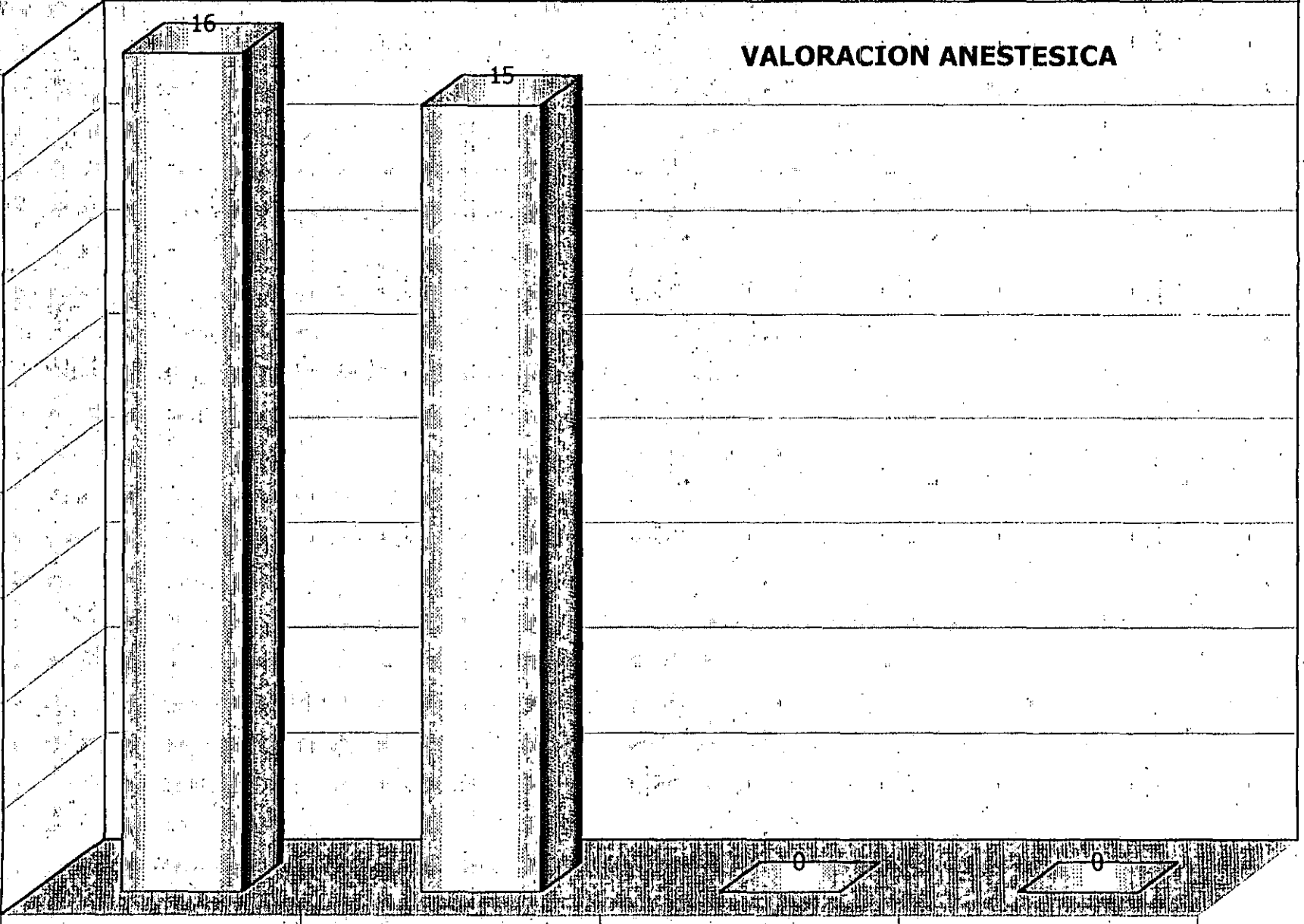
ASA IV

16

15

0

0



HOSPITAL GENERAL DR. FIGUEROA
CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA TERCERA EDAD

VALORACION CARDIOLOGICA

No. Pacientes

16
14
12
10
8
6
4
2
0

GRADO I

GRADO II

GRADO III

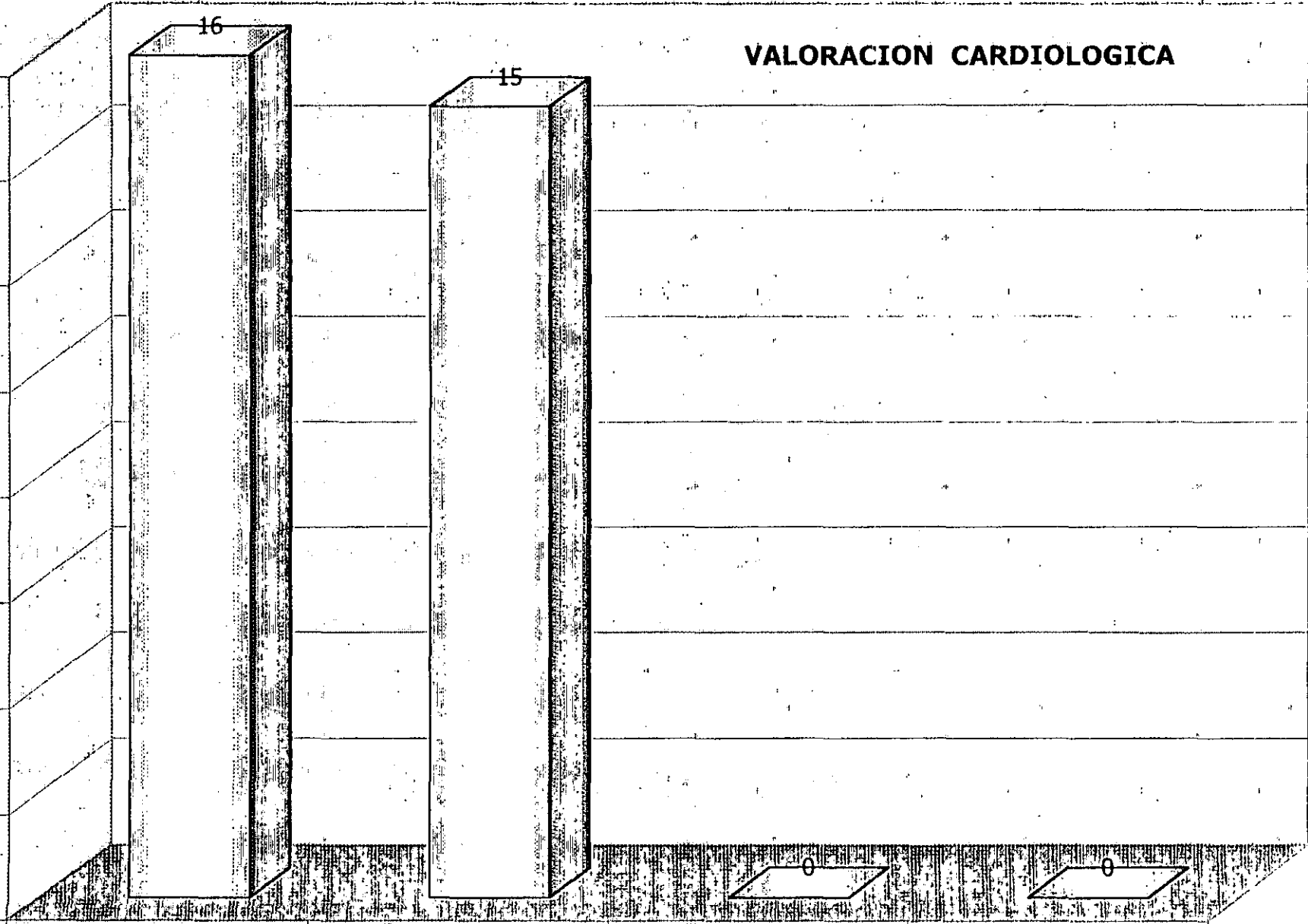
GRADO IV

16

15

0

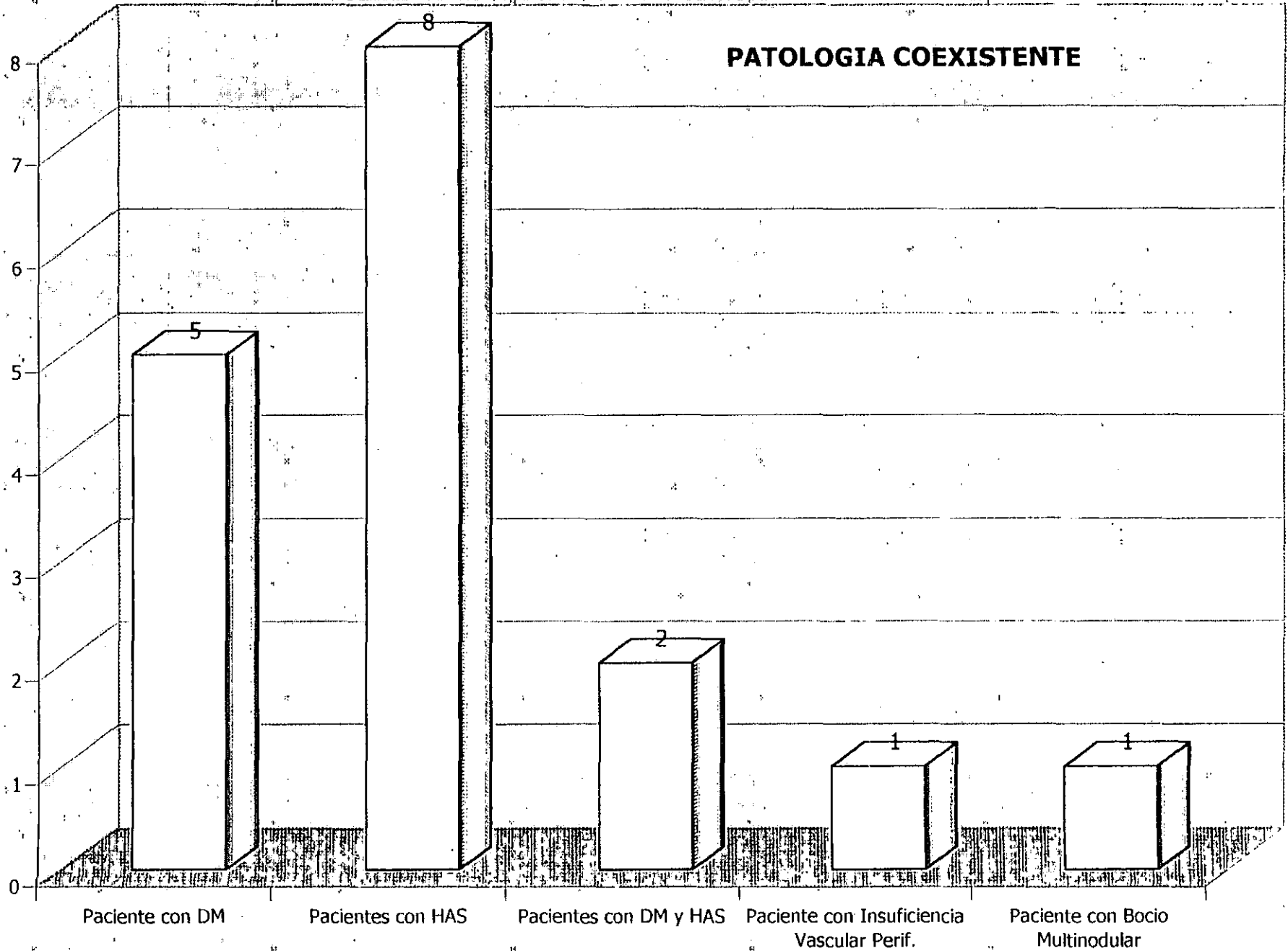
0

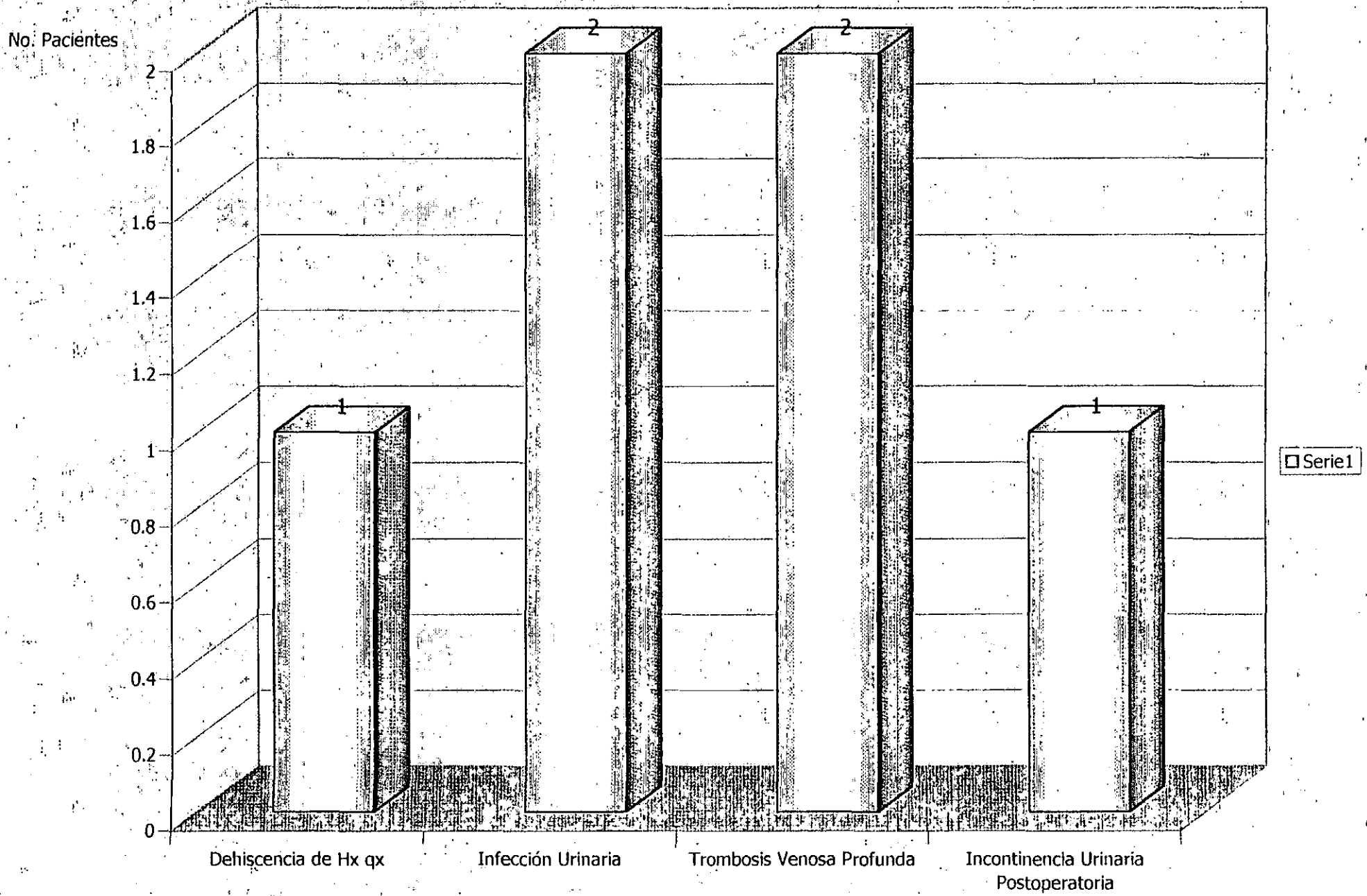


HOSPITAL GENERAL DR. FLORENTINO CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA TERCERA EDAD

No. Pacientes

PATOLOGIA COEXISTENTE





CONCLUSIONES:

El presente estudio tuvo la finalidad de mostrar la experiencia de casi 3 años de la cirugía ginecológica en pacientes de la tercera edad en el Hospital General "Dr. Miguel Silva". Aunque son en número reducido debido a las dificultades para la recolección de datos y a factores dependientes del archivo de nuestro Hospital, cabe mencionar que los resultados no son concluyentes, sin embargo nos dan idea de la importancia que va cobrando el realizar en mayor frecuencia este tipo de cirugía en pacientes mayores de 60 años, ya que debido a que nuestro país y en el mundo entero se ha incrementado la expectativa de vida en la mujer. Es importante contar con las evaluaciones clínicas y de laboratorio que señalamos en el estudio preoperatorio para el correcto manejo de la paciente senil, que no solo acude con la patología ginecológica motivo de la consulta, sino que además tiene factores de riesgo que pueden complicar la cirugía, como la edad, las enfermedades concomitantes (Diabetes, hipertensión, etc.) y además los propios del procedimiento quirúrgico, motivo por el cual surgió la idea de realizar esta tesis, para señalar lo que en el Servicio de Ginecología del Hospital General, realizamos a todas las pacientes mayores de 60 años y que como se pudo observar en el estudio, tuvieron valoración ginecológica, anestésica y cardiológica, con lo cual se disminuye significativamente los riesgos en estas pacientes, ya que se pudo prevenir y tratar a las posibles complicaciones. Así que resulta de suma importancia la valoración anestésica y cardiológica preoperatoria.

El estudio demostró que en nuestra casuística las complicaciones fueron menores y se resolvieron con manejo médico y la estancia hospitalaria nunca rebasó las 72 hrs en la mayoría de nuestras pacientes.

A manera de conclusiones prácticas podríamos resumir, dentro de la evaluación preoperatoria de pacientes ginecológicas mayores de 60 años, los siguientes puntos:

- 1) Estudio clínico minucioso para descubrir antecedentes patológicos que pudieran repercutir en el proceso quirúrgico.
- 2) Padecimientos sistémicos concomitantes.
- 3) Preparación con estrógenoterapia local en la cirugía vaginal.
- 4) Investigar antecedentes de enfermedades tromboembólicas.
- 5) Valoración cardiovascular preoperatoria.
- 6) Valoración anestésica preoperatoria.
- 7) Manejo cuidadoso del postoperatorio en lo relativo a nutrición, administración de líquidos, deambulación precoz, ejercicios respiratorios y terapia profiláctica con antibióticos así como manejo de anticoagulantes.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Arkins R, Smessaert AA, Hicks RG. Mortality and Morbidity in surgical patients with coronary artery disease. JAMA 1984;485.
- 2.- Berger SA, Nagar H, Gordon M. Antimicrobial prophylaxis in obstetric and gynecologic surgery: a critical review. J Reprod Med 1980;24:185.
- 3.- Bonnar J. Venous thromboembolism and gynecologic surgery. Clin Obstet Gynecol 1985;28(2):432.
- 4.- Duff P, Park RC. Antibiotic prophylaxis in vaginal hysterectomy: a review. Obstet Gynecol (suppl) 1980;55:193
- 5.- Hoepfich PD, Current principles of antibiotic therapy. Obstet Gynecol 1980;55(suppl):121.
- 6.- Schlueter DP. Pulmonary risks. Clin Obstet Gynecol 16:91, 1983.
- 7.- Stahlgren LH. An analysis of factors which influence mortality following extensive abdominal operations upon geriatric patients. Surg Gynecol Obstet 1981;113:283.
- 8.- Semmens JP, Wagner G. Effects of estrogens therapy on vaginal physiology during menopause. Obstet Gynecol 1985;66:15.
- 9.- Duff P. Antibiotic prophylaxis for abdominal hysterectomy. Obstet Gynecol 1982;60:25.
- 10.- Gold MJ, Helvich M. A study of de the complications related to anesthesia in patients. Anesth Analg 1983; 42:283.
- 11.- Goldman L, Caldera DL, Southwick FS, et al. Cardiac risk factors and complications in noncardiac surgery. Am J Cardiol 1983; 12:431.
- 12.- Smith O. Advanced age as a contraindication to operation. Medical record 1907;72:642-4.
- 13.- Djokovic JL, Headley-White J. Prediction of outcome of surgery and anesthesia in patients over the age of 80. JAMA 1979;242:2301-6.