

11217
91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA NUMERO 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"

"CIRUGIA RADICAL POR CANCER GINECOLOGICO Y CORTA ESTANCIA
HOSPITALARIA"

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA :

DRA CLAUDIA GARCIA MAXINEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.

El Director General de Bibliotecas de la UNAM
ha autorizado en formato electrónico e impreso el
uso de este trabajo recepcional

ASISTENTE: Elacelia García
Maxinez
FECHA: 11-oct-02
ISMA: [Signature]

[Signature]

**ASESOR DE TESIS
DR MOISES ZFERINO TOQUERO**

[Signature]

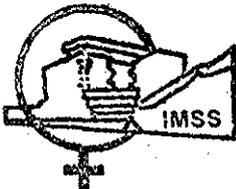
**JEFE DE SERVICIO ONCOLOGIA GINECOLOGICA
DR GUILLERMO GONZALEZ LIRA**

[Signature]

**DR JUAN CARLOS IZQUIERDO PUENTE
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE GINECOOBSTETRICIA**

[Signature]

**DR GILBERTO TENA ALAVEZ
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**



**DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS**

[Signature]



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

DEDICATORIA

A DIOS POR DARME LA VIDA

**A LA MUJER MÁS MARAVILLOSA DEL MUNDO MI MADRE, POR SU AMOR Y APOYO
INCONDICIONAL**

A MI PADRE POR TODO SU AMOR Y APOYO

A MI HERMANO ANGEL POR SUS ENSEÑANZAS Y APOYO

**A EDITH POR EL APOYO EN SU MOMENTO Y PERMITIRME LA ALEGRIA DE CONVIVIR
CON AMARANTA Y EMILIA**

A ESA PERSONITA ESPECIAL QUE DA UNA ILUSION A MI VIDA

AGRADECIMIENTOS

**AL HOSPITAL DE GINECOOBSTERICIA No 4 "LUIS CASTELAZO AYALA "
POR ABIRME LAS PUERTAS PARA MI FORMACION**

A TODOS LOS MEDICOS ADSCRITOS AL HOSPITAL POR SUS ENSEÑANZAS

AL SERVICIO DE ONCOLOGIA GINECOLÓGICA POR SU APOYO Y ENSEÑANZAS

**A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MAXINEZ NAJERA POR TODO SU APOYO EN
ESPECIAL AL DR ARTURO MAXINEZ NAJERA**

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN ESTRUCTURADO | 1 |
| INTRODUCCION | 2 |
| OBJETIVO DEL ESTUDIO | 9 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 9 |
| HIPOTESIS | 9 |
| TIPO DE ESTUDIO | 9 |
| UNIVERSO DE TRABAJO | 9 |
| ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES | 10 |
| CRITERIOS DE INCLUSION | 10 |
| CRITERIOS DE EXCLUSION | 10 |
| PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA | 11 |
| ANALISIS ESTADISTICO | 11 |
| AMBITO GEOGRAFICO | 11 |
| RECURSOS | 11 |
| RESULTADOS | 12 |
| CONCLUSIONES | 16 |
| BIBLIOGRAFIA | 18 |
| ANEXO1 | 19 |

RESUMEN ESTRUCTURADO

OBJETIVO: Determinar si el egreso temprano postquirúrgico, en pacientes que han sido intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico, influye en la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes intervenidas quirúrgicamente con intento curativo en el servicio de onco-ginecología del HGO4 LCA, entre enero de 2000 y junio del 2001. Se incluyeron cirugía etapificadora de ovario y endometrio así como radicales de cervix. Analizamos edad, enfermedades agregadas, otro cáncer primario, detalles de la cirugía y complicaciones.

RESULTADOS: Se intervinieron 77 pacientes, 24 fueron por cáncer de ovario, 23 por cáncer de endometrio y 30 por cervix. La edad promedio de 50.23 años, rango de 18 a 77 años. Quince pacientes tenían hipertensión arterial crónica, 8 diabetes mellitus, 1 paciente con arritmia y cardiopatía, 2 con antecedente de paget de mama, 1 con antecedente de coriocarcinoma y 1 con antecedente de cáncer de endometrio. El tiempo quirúrgico promedio fue de 218 minutos, con un rango de 95 a 330 minutos. La hemorragia promedio fue de 854ml, con un rango de 200 a 3700ml. Ameritaron hemotransfusión 20 pacientes, con un promedio de la misma de 598ml. A ninguna paciente se le dejó drenaje. La estancia hospitalaria postquirúrgica en promedio fue de 1.39 días, con un rango de 1 a 6 días.

Las complicaciones: 4 fueron transoperatorias (1 lesión intestinal, 2 lesiones vasculares, 1 lesión diafragmática); 6 postquirúrgicas tempranas (2 seromas de pared, 4 infecciones de pared); y 2 tardías (1 fistula vesicovaginal y 1 linfquistes). No hubo muertes postquirúrgicas.

CONCLUSIÓN: Las pacientes que tuvieron complicaciones no están relacionadas con el egreso temprano. El egreso temprano en pacientes postoperadas de cirugía ginecológica no incrementa la morbilidad, y permite reintegración familiar temprana. La técnica quirúrgica gentil, ausencia de drenajes, analgesia adecuada y movilización temprana, permiten egreso rápido y ahorro en el manejo. La estancia hospitalaria más prolongada no previene de complicaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Tradicionalmente el tiempo de estancia hospitalaria postquirúrgica se ha adecuado de acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico realizado, que oscila entre 3 a 10 días, en estudios recientes, este tiempo postquirúrgico ha disminuido paulatinamente con buena satisfacción de los pacientes. (1,2)

Se han estudiado situaciones que se asocian a periodos de estancia hospitalaria, encontrando que existen factores predictores de larga estancia hospitalaria, estos factores son: enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, obesidad, enfermedad cardiaca, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, anemia, enfermedad renal y a ultimas fechas el índice nutricional por lo que sabemos que el numero de condiciones medica concomitantes pueden predecir el tiempo de estancia hospitalaria y estos se incrementan conforme aumenta la edad de los pacientes. (3,4,5)

Algunos investigadores han realizado protocolos clínicos, reforzados por la educación de los pacientes y soporte emocional domiciliario, con el fin de disminuir estancias hospitalarias y reducir costos de manera importante, en EEUU la reducción por paciente es de 1200 dls, con buenos logros. Para la realización de corta estancia hospitalaria se requiere de un equipo multidisciplinario que garantice un adecuado seguimiento de los pacientes a su egreso. (6)

Los resultados más satisfactorios en estancias hospitalarias postquirurgica cortas se han registrado en cirugía general, en donde se ha preconizado la cirugía ambulatoria.

En cirugía oncológica, tradicionalmente las estancias hospitalarias postquirúrgicas son muy largas, debido a la lenta recuperación por la radicalidad de la cirugía realizada.

Recientemente se ha reducido la estancia hospitalaria en cirugía radical por cáncer de mama (de 9 a 4 días) y cáncer de próstata (de 3 a 2 días), sin observar mayor número de complicaciones que de forma tradicional. Además no hubo deterioro de la calidad del servicio prestado al paciente y la satisfacción tanto del paciente como de la familia es buena (1, 7)

Algunos autores alertan acerca de la posibilidad de mayor numero de readmisiones hospitalarias en los pacientes egresados tempranamente (2), por lo que es conveniente considerar la severidad de las condiciones medicas al ingreso del paciente, prevenir infecciones intra hospitalarias derivadas del evento quirúrgico que se han asociado a la presentación de hemorragia excesiva, tiempo quirúrgico mayor de 280min antecedente de radioterapia y un elevado riesgo quirúrgico preanestésico (ASA III a V) . Y planear la posibilidad de egreso temprano (8, 9,10).

Se han realizado estudios para disminuir la estancia hospitalaria con complementos alimenticios ricos en proteínas con la finalidad de reducir la aparición de complicaciones especialmente del tipo infeccioso. (11,12)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte en nuestro país las enfermedades neoplásicas se encuentran dentro de las primeras causas de morbimortalidad. Actualmente éstas se detectan de forma más temprana requiriendo de tratamientos curativos en la gran mayoría quirúrgicos.

En México la distribución de cáncer en mujeres según el registro Histopatológico de Neoplasias Malignas es la siguiente:

| | |
|-------------------------------|-------|
| Cáncer cervicouterino invasor | 19% |
| Cáncer cervicouterino in situ | 15.5% |
| Cáncer de Mama | 15.9% |
| Cáncer de ovario | 5.3% |
| Cáncer de cuerpo uterino | 3.4% |

De acuerdo a estos informes la realización de cirugía onco-ginecológica se ha incrementado, este tipo de cirugía es una de las cirugías más extensas, que en pocas ocasiones puede ser conservadora.

La cirugía en el cáncer ginecológico se realiza en etapas tempranas con fines curativos y que requiere de la etapificación clínica adecuada para la realización del procedimiento quirúrgico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La clasificación clínica que se utiliza es de acuerdo a la FIGO
 En cáncer de cervix es la siguiente:

| Estadio | Descripción |
|---------|--|
| I | Carcinoma está confinado al cervix |
| I a | Invasión en profundidad hasta 5mm y en superficie hasta 7mm, la profundidad de la invasión no debera ser mayor de 5 mm desde la base del epitelio, de superficie o glandular que se origina |
| I a 1 | Invasión al estroma de hasta 3 mm en profundidad y no más ancha de 7 mm |
| I a 2 | Medida de la invasión estromal mayor de 3mm y no mayor de los 5 mm, y no mas ancha de los 7 mm |
| I b | Lesiones clínicas limitadas la cervix o preclínicas mayores al estadio I a |
| I b 1 | Lesiones clínicas no mayores de 4 cm de tamaño |
| I b 2 | Lesiones clínicas mayores de 4 cm |
| II | Afectación vaginal excluyendo el tercio inferior o infiltración de los parametrios sin llegar a las paredes laterales |
| II a | Afectación de la vagina sin evidencia de afectación parametrial. |
| II b | Afectación de los parametrios sin afectación de la pared lateral |
| III | Afectación del tercio inferior o extensión a la pared lateral de la pelvis. Deben incluirse todos los casos con hidronefrosis o exclusión renal, a no ser que dichos transtornos nefrológicos puedan atribuirse a otra causa conocida. |
| III a | Afectación del tercio inferior de la vagina sin llegar a la pared lateral de la pelvis si están afectados los parametrios |
| III b | Extensión hacia la pared lateral de la pelvis y/o hidronefrosis o exclusión renal |
| IV | Extensión por fuera de los límites del tracto reproductor |
| IV a | Afectación de la mucosa de la vejiga o el recto |
| IV b | Metástasis a distancia o enfermedad por fuera de los límites de la pelvis verdadera |

En el caso de cáncer de ovario la etapificación es quirúrgica

| Estadio | Descripción |
|---------|---|
| I | Crecimiento limitado a los ovarios |
| I a | Crecimiento limitado a un ovario; no hay ascitis que contenga células malignas; no hay tumor en las superficies externas; cápsula intacta. |
| I b | Crecimiento limitado a ambos ovarios; no hay ascitis que contenga células malignas; no hay tumor en las superficies externas; cápsula intacta. |
| I c | Tumor en estadio I a o I b, pero con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios; o con la cápsula rota, o con ascitis que contenga células malignas, o con lavados peritoneales positivos |
| II | El crecimiento afecta a uno o ambos ovarios con extensión pélvica |
| II a | Extensión y/ o metástasis a trompas |
| II b | Extensión a otros tejidos pélvicos |
| III | El tumor afecta a uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis y /o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos, las metástasis hepáticas superficiales equivalen al estadio III; tumor limitado a la pelvis verdadera, pero con extensión maligna al intestino delgado o epiplón, comprobada histológicamente |
| III a | Tumor macroscópicamente limitado a la pelvis verdadera con ganglios negativos, pero siembra microscópica de las superficies peritoneales abdominales, histológicamente confirmadas. |
| III b | Tumor en uno o ambos ovarios, implantes en las superficies peritoneales abdominales histológicamente comprobados, ninguno de los cuales supera los 2 cm de diámetro; ganglios negativos |
| III c | Implantes abdominales de 2 cm de diámetro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos. |
| IV | Crecimiento que afecta a uno o ambos ovarios con metástasis a distancia; si hay derrame pleural, los resultados de las pruebas citológicas tienen que ser positivos para incluir un caso en el estadio IV; las metástasis en el parénquima hepático equivalen al estadio IV. |

Y la clasificación del carcinoma endometrial:

| Estadio | Descripción |
|---------|---|
| I a | Tumor limitado al endometrio |
| I b | Invasión de menos de la mitad del miometrio |
| I c | Invasión de mas de la mitad del miometrio |
| II a | Invasión del estroma cervical |
| III a | El tumor invade la serosa y / o los anexos y /o la citología peritoneal es positiva |
| III b | Metástasis vaginales |
| III c | Metástasis en ganglios pélvicos y/o periaórticos |
| IV a | Invasión tumoral de la mucosa vesical y /o intestinal |
| IV b | Metástasis a distancia, incluyendo ganglios linfáticos intraabdominales o inguinales. |

El tratamiento quirúrgico del cáncer de cervix se recomienda en etapas Ib1 y IIa. Fue Joe V Meigs en 1994, que uso la histerectomía radical para el tratamiento del cáncer de cervix, la técnica implica la extirpación del útero, el tercio superior del vagina la totalidad de los ligamentos uterosacros y uterovesicales, la totalidad del parametrio de cada lado junto con la realización de una disección de ganglios linfáticos, pélvicos, ureterales , obturadores hipogástricos e ilíacos . las lesiones metastásicas en los ovarios resultan raras, por lo que la conservación de los mismo en mujeres jóvenes es aceptable .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1974, Piver y colaboradores informaron 5 clases de histerectomía ampliada para el tratamiento de mujeres con cáncer cervical.

| Clase | Descripción |
|-------|---|
| I | Histerectomía extrafacial con resección de cúpula vaginal |
| II | Histerectomía moderadamente ampliada, los ligamentos uterosacos y cardinales se seccionan entre su inserción al sacro y a la pared pélvica; se extirpa el tercio superior de la vagina |
| III | Histerectomía con resección total de los ligamentos uterosacos y cardinales en ambos lados, resección de la mitad superior de la vagina. Linfadenectomía pélvica, Biopsia de ganglios paraórticos y paracervicales. |
| IV | Lo mismo de la clase III, con resección del tejido periureteral, resección extensa de paracolpos, ligadura de la arteria vesical superior. |
| V | Lo mismo de la clase IV, más la disección del ureter distal afectado o de la vejiga. |

Las principales complicaciones de la histerectomía radical son la formación de fístulas ureterales 2.5%, linfquistes 2.5%, infección pélvica y hemorragia.

La cirugía etapificadora de endometrio consiste en la realización de lavado peritoneal, histerectomía total abdominal con salpingo-ouferectomía bilateral, linfadenectomía pélvica bilateral, y paraaórtica, citología del diafragma y en algunos casos omentectomía

La cirugía etapificadora de cáncer de ovario consiste en la realización de lavado para citología peritoneal, histerectomía total abdominal con salpingo-ouferectomía bilateral, linfadenectomía pélvica y paraaórtica bilateral, la omentectomía y cepillado del diafragma para citología, en caso necesario resección de organos que esten infiltrados por tumor

Dentro de la cirugía onco ginecológica existen pocos estudios sobre la corta estancia hospitalaria postquirúrgica, estos estudios reportan una estancia hospitalaria promedio de 7.6 días para histerectomia radical, cirugía etapificadora y vulvectomia radical, pero en ninguno se han descrito cuales son los factores que influyen en las estancias hospitalarias largas que no hayan sido mencionados en otros estudios. Así mismo dentro del ambito de la cirugía ginecológica se han realizado otros estudios en relación al inicio temprano de la dieta en el postoperatorio inmediato, sin la colocación de drenaje nasogastrico sin que se incremente la incidencia de nausea, vomito o distensión abdominal o que incremente la presencia de pneumonia post aspiración y deshiscencia de herida quirúrgica en el postoperatorio, favoreciendo así el egreso temprano postquirúrgico sin complicaciones. (13-14)

En nuestro país los estudios en relación a cortas estancias hospitalarias han sido manejadas en pacientes obstétricas existiendo así programas de puerperio de bajo riesgo, observándose en este tipo de programas una adecuada calidad en la atención médica y satisfacción en las pacientes por egreso temprano. El análisis de estancia prolongada en nuestro país realizado en un hospital de tercer nivel indican que hay diferencia estadísticamente significativa para tener una estancia prolongada, cuando el paciente es de origen diferente a la ciudad donde se encuentra el centro hospitalario, cuando se les diagnostica una enfermedad grave o con diagnóstico de tumor maligno y por la presencia de complicaciones o infecciones. (15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar si el egreso temprano postquirúrgico, en pacientes que han sido intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico, incrementa la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Si la estancia promedio tradicionalmente para cirugía radical es de 7.6 días es factible el egreso hospitalario temprano postquirúrgico en pacientes sometidas a cirugía radical por cáncer ginecológico, sin que esto incremente la morbilidad y sin menoscabo de la calidad en la atención prestada?

HIPOTESIS

Las pacientes intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico en nuestro servicio, y que se egresan en el postquirúrgico inmediato, no presentan mayor frecuencia de complicaciones en comparación con estancias hospitalarias mayores.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de estudio observacional, retrospectivo, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes con cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix, que fueron intervenidas de cirugía radical en el periodo comprendido entre enero del 2000 y julio del 2001, en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, Mexico DF.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar si el egreso temprano postquirúrgico, en pacientes que han sido intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico, incrementa la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Si la estancia promedio tradicionalmente para cirugía radical es de 7.6 días es factible el egreso hospitalario temprano postquirúrgico en pacientes sometidas a cirugía radical por cáncer ginecológico, sin que esto incremente la morbilidad y sin menoscabo de la calidad en la atención prestada?

HIPOTESIS

Las pacientes intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico en nuestro servicio, y que se egresan en el postquirúrgico inmediato, no presentan mayor frecuencia de complicaciones en comparación con estancias hospitalarias mayores.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de estudio observacional, retrospectivo, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes con cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix, que fueron intervenidas de cirugía radical en el periodo comprendido entre enero del 2000 y julio del 2001, en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, Mexico DF.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar si el egreso temprano postquirúrgico, en pacientes que han sido intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico, incrementa la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Si la estancia promedio tradicionalmente para cirugía radical es de 7.6 días es factible el egreso hospitalario temprano postquirúrgico en pacientes sometidas a cirugía radical por cáncer ginecológico, sin que esto incremente la morbilidad y sin menoscabo de la calidad en la atención prestada?

HIPOTESIS

Las pacientes intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico en nuestro servicio, y que se egresan en el postquirúrgico inmediato, no presentan mayor frecuencia de complicaciones en comparación con estancias hospitalarias mayores.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de estudio observacional, retrospectivo, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes con cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix, que fueron intervenidas de cirugía radical en el periodo comprendido entre enero del 2000 y julio del 2001, en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, Mexico DF.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar si el egreso temprano postquirúrgico, en pacientes que han sido intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico, incrementa la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Si la estancia promedio tradicionalmente para cirugía radical es de 7.6 días es factible el egreso hospitalario temprano postquirúrgico en pacientes sometidas a cirugía radical por cáncer ginecológico, sin que esto incremente la morbilidad y sin menoscabo de la calidad en la atención prestada?

HIPOTESIS

Las pacientes intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico en nuestro servicio, y que se egresan en el postquirúrgico inmediato, no presentan mayor frecuencia de complicaciones en comparación con estancias hospitalarias mayores.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de estudio observacional, retrospectivo, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes con cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix, que fueron intervenidas de cirugía radical en el periodo comprendido entre enero del 2000 y julio del 2001, en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, Mexico DF.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar si el egreso temprano postquirúrgico, en pacientes que han sido intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico, incrementa la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Si la estancia promedio tradicionalmente para cirugía radical es de 7.6 días es factible el egreso hospitalario temprano postquirúrgico en pacientes sometidas a cirugía radical por cáncer ginecológico, sin que esto incremente la morbilidad y sin menoscabo de la calidad en la atención prestada?

HIPOTESIS

Las pacientes intervenidas de cirugía radical por cáncer ginecológico en nuestro servicio, y que se egresan en el postquirúrgico inmediato, no presentan mayor frecuencia de complicaciones en comparación con estancias hospitalarias mayores.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de estudio observacional, retrospectivo, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes con cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix, que fueron intervenidas de cirugía radical en el periodo comprendido entre enero del 2000 y julio del 2001, en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, Mexico DF.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Se analizaron edad, presencia de enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal, cardiopatías, presencia o no de segundos primarios, tiempo quirúrgico, hemorragia transoperatoria, complicaciones y días de estancia postquirúrgica.

En nuestro servicio el protocolo de manejo de la paciente a la que se le realiza cirugía etapificadora de ovario, endometrio o radical de cervix, en el servicio consiste en la hospitalización de la paciente 24hrs antes del procedimiento quirúrgico, en el postquirúrgico no se colocan drenajes de cavidad ni vesicales, ni sonda nasogastrica, con la reinstalación de la administración de alimentación 8hrs posteriores al evento quirúrgico, con administración de analgésicos parenterales.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix que fueron intervenidas de cirugía radical con intento curativo en el servicio entre enero del 2000 a julio del 2001.

Sin importar la edad, ni enfermedades agregadas, y que cuenten con expediente completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con expediente incompleto que impida su análisis.

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA

Se revisó el registro de intervenciones quirúrgicas de quirófano para obtener el nombre y cédula de las pacientes que fueron intervenidas por el servicio de onco-ginecología durante el periodo comprendido de enero del 2000 a julio del 2001.

Los expedientes que cumplieron los criterios de inclusión fueron analizados. Se recabaron los expedientes y se obtienen los datos que se vaciaron a la hoja de recopilación para su análisis.



ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Se analizarón edad, presencia de enfermedades concominantes como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal, cardiopatías, presencia o no de segundos primarios, tiempo quirúrgico, hemorragia transoperatoria, complicaciones y días de estancia postquirúrgica.

En nuestro servicio el protocolo de manejo de la paciente a la que se le realiza cirugía etapificadora de ovario, endometrio o radical de cervix, en el servicio consiste en la hospitalización de la paciente 24hrs antes del procedimiento quirúrgico, en el postquirúrgico no se colocan drenajes de cavidad ni vesicales, ni sonda nasogastrica, con la reinstalación de la administración de alimentación 8hrs posteriores al evento quirúrgico, con administración de analgésicos parenterales.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las pacientes con diagnostico histopatológico de cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix que fueron intervenidas de cirugía radical con intento curativo en el servicio entre enero del 2000 a julio del 2001.

Sin importar la edad, ni enfermedades agregadas, y que cuenten con expediente completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con expediente incompleto que impida su análisis.

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA

Se reviso el registro de intervenciones quirúrgicas de quirófano para obtener el nombre y cédula de las pacientes que fueron intervenidas por el servicio de onco-ginecología durante el periodo comprendido de enero del 2000 a julio del 2001.

Los expediente que cumplieron los criterios de inclusión fueron analizados. Se recabaron los expedientes y se obtienen los datos que se vaciaron a la hoja de recopilación para su análisis.



ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Se analizaron edad, presencia de enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal, cardiopatías, presencia o no de segundos primarios, tiempo quirúrgico, hemorragia transoperatoria, complicaciones y días de estancia postquirúrgica.

En nuestro servicio el protocolo de manejo de la paciente a la que se le realiza cirugía etapificadora de ovario, endometrio o radical de cervix, en el servicio consiste en la hospitalización de la paciente 24hrs antes del procedimiento quirúrgico, en el postquirúrgico no se colocan drenajes de cavidad ni vesicales, ni sonda nasogastrica, con la reinstalación de la administración de alimentación 8hrs posteriores al evento quirúrgico, con administración de analgésicos parenterales.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las pacientes con diagnostico histopatológico de cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix que fueron intervenidas de cirugía radical con intento curativo en el servicio entre enero del 2000 a julio del 2001.

Sin importar la edad, ni enfermedades agregadas, y que cuenten con expediente completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con expediente incompleto que impida su análisis.

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA

Se reviso el registro de intervenciones quirúrgicas de quirófano para obtener el nombre y cédula de las pacientes que fueron intervenidas por el servicio de onco-ginecología durante el periodo comprendido de enero del 2000 a julio del 2001.

Los expediente que cumplieron los criterios de inclusión fueron analizados. Se recabaron los expedientes y se obtienen los datos que se vaciaron a la hoja de recopilación para su análisis.



ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Se analizaron edad, presencia de enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal, cardiopatías, presencia o no de segundos primarios, tiempo quirúrgico, hemorragia transoperatoria, complicaciones y días de estancia postquirúrgica.

En nuestro servicio el protocolo de manejo de la paciente a la que se le realiza cirugía etapificadora de ovario, endometrio o radical de cervix, en el servicio consiste en la hospitalización de la paciente 24hrs antes del procedimiento quirúrgico, en el postquirúrgico no se colocan drenajes de cavidad ni vesicales, ni sonda nasogastrica, con la reinstalación de la administración de alimentación 8hrs posteriores al evento quirúrgico, con administración de analgésicos parenterales.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las pacientes con diagnostico histopatológico de cáncer de ovario, cáncer de endometrio y cáncer de cervix que fueron intervenidas de cirugía radical con intento curativo en el servicio entre enero del 2000 a julio del 2001.

Sin importar la edad, ni enfermedades agregadas, y que cuenten con expediente completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con expediente incompleto que impida su análisis.

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA

Se reviso el registro de intervenciones quirúrgicas de quirófano para obtener el nombre y cédula de las pacientes que fueron intervenidas por el servicio de onco-ginecología durante el periodo comprendido de enero del 2000 a julio del 2001.

Los expediente que cumplieron los criterios de inclusión fueron analizados. Se recabaron los expedientes y se obtienen los datos que se vaciaron a la hoja de recopilación para su análisis.



ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Los resultados de las variables se analizan con medidas cualitativas de tendencia central y porcentajes.

AMBITO GEOGRAFICO

El estudio se llevo a cabo en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala "IMSS, México DF

RECURSOS

El personal humano para la investigación consistirá en del investigador, Médico residente a cargo del protocolo, y médicos adscritos al servicio mencionado.

Los recursos materiales necesarios serán aportados por el investigador.

No es necesario apoyo financiero externo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Los resultados de las variables se analizan con medidas cualitativas de tendencia central y porcentajes.

AMBITO GEOGRAFICO

El estudio se llevo a cabo en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala "IMSS, México DF

RECURSOS

El personal humano para la investigación consistirá en del investigador, Médico residente a cargo del protocolo, y médicos adscritos al servicio mencionado.

Los recursos materiales necesarios serán aportados por el investigador.

No es necesario apoyo financiero externo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Los resultados de las variables se analizan con medidas cualitativas de tendencia central y porcentajes.

AMBITO GEOGRAFICO

El estudio se llevo a cabo en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala "IMSS, México DF

RECURSOS

El personal humano para la investigación consistirá en del investigador, Médico residente a cargo del protocolo, y médicos adscritos al servicio mencionado.

Los recursos materiales necesarios serán aportados por el investigador.

No es necesario apoyo financiero externo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre enero del 2000 y junio del 2001 el servicio de oncoginecología realizó 216 cirugías, de ellas se realizo cirugía radical en 77 que son motivo del estudio, de esta muestra a 24 pacientes por cáncer de ovario se les realizo cirugía etapificadora, a 23 por cáncer de endometrio cirugía etapificadora y a 30 por cáncer de cervix histerectomía radical tipo Piver II o III.

De acuerdo al protocolo de manejo del servicio las pacientes son egresadas a las 24 hrs del postoperatorio siempre y cuando no tengan impedimentos medicos que lo contraindiquen. Estas pacientes son valoradas a los 7 días de postquirúrgico en la consulta externa, se exploraron en búsqueda de complicaciones postquirúrgicas, iniciando manejo en caso de ser necesario, a partir de esta consulta se da seguimiento posterior en consulta externa.

Edad promedio fue de 50.23 años (rango 18 a 77 años), tiempo quirúrgico promedio de 218 minutos (rango 95 a 330 minutos), hemorragia promedio de 854ml (rango de 200 a 3700ml), hemotransfusión se realizo al 25.95 de las pacientes (20 pacientes) en promedio de 598ml (rango 300 a 2100ml), la estancia promedio fue de 1.39 días (rango 1 a 6 días)

| Variable | Promedio |
|-------------------------------|------------------------------|
| Edad | 50.23 años(18 – 77 años) |
| Tiempo quirúrgico | 218 minutos(95– 330 minutos) |
| Hemorragia | 854ml (200 - 3700ml) |
| Hemotransfusión | 598ml (300 - 2100ml) |
| Días de estancia hospitalaria | 1.39 días(1 6 días) |

Antecedente de otro cáncer primario en el 3.8 % de las pacientes

| | |
|----------------------|------------|
| Paquet de mama | 1 paciente |
| Coriocarcinoma | 1paciente |
| Cáncer de endometrio | 1paciente |

En ninguna paciente se presento recurrencia del tumor primario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El 35% de las pacientes tenían enfermedades sistémicas agregadas al momento de ser intervenidas quirúrgicamente. Y se detallan a continuación.

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Hipertensión arterial crónica | 15 pacientes(55.5%) |
| Diabetes mellitus | 8 pacientes(29.6) |
| Cardiopatía y arritmia | 1paciente (3.7%) |
| Neumopatía crónica | 2 pacientes (7.40%) |
| Insuficiencia renal crónica | 1 paciente (3.7%) |

Las complicaciones se presentaron en el 15.58 % de las pacientes, de ellas el 33.3 % fueron transoperatorias, 50% postquirúrgicas inmediatas y 16.6% postquirúrgicas tardías.

4 complicaciones transoperatorias: 33.3%

- 1 lesión intestinal
- 2 lesiones de vena cava
- 1 lesión del diafragma

6 complicaciones postquirúrgicas tempranas: 50 %

- 2 seromas de pared
- 4 infecciones de pared

2 complicaciones tardías: 16.6%

- 1 fístula vesicovaginal
- 1 linfociste

Las características de las pacientes que se complicaron son las siguientes: 4 complicaciones fueron transoperatorias, 6 complicaciones postquirúrgicas tempranas y 2 postquirúrgicas tardías:

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

| Edad | Enf agregada | Tiempo Qx | Sangrado | Días de estancia | Transfusión | Complicación |
|---------|--------------|-----------|----------|------------------|-------------|----------------------|
| 75 años | HASC | 300min | 2000cc | 2 días | 900ml | Lesión intestinal |
| 59 años | No | 240min | 350ml | 1 día | 0 | Lesión de vena cava |
| 62 años | HASC | 240min | 2500cc | 5 días | 600ml | Lesión de vena cava |
| 54 años | No | 190min | 1000ml | 2 días | 0 | Lesión del diafragma |

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TEMPRANAS

| Edad | Enf agregada | Tiempo Qx | Sangrado | Días de estancia | Transfusión | Complicación |
|---------|--------------|-----------|----------|------------------|-------------|--------------------------------|
| 28 años | No | 190min | 700ml | 1 día | 300ml | Infección de herida quirúrgica |
| 75 años | HASC | 400min | 1500ml | 1 día | 600ml | Infección de herida quirúrgica |
| 56 años | No | 140min | 200ml | 1 día | 0 | Seroma de pared |
| 42 años | No | 250min | 400ml | 1 día | 0 | Infección de herida quirúrgica |
| 39 años | No | 170min | 450ml | 1 día | 0 | Seroma de pared |
| 36 años | DM | 215min | 300ml | 1 día | 0 | Infección de herida quirúrgica |

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDIAS

| Edad | Enf agregada | Tiempo Qx | San-grado | Días de estancia | Transfusión | Complicación |
|---------|--------------|-----------|-----------|------------------|-------------|-----------------------|
| 18 años | No | 180min | 250cc | 1 día | 0 | Linfoquiste |
| 70 años | No | 190min | 850ml | 1 día | 0 | Fístula vesicovaginal |

Las complicaciones transoperatorias se presentaron en 4 pacientes y el tiempo de egreso postoperatorio de estas pacientes fue de 1 a 5 días. La que permaneció 5 días es la paciente que sufrió lesión de cava con choque hipovolemico transoperatorio y amerito múltiples transfusiones no presento ningún otro tipo de complicaciones agregadas. En este subgrupo de pacientes las complicaciones no se derivaron de edad, estado previo, ni diagnostico definitivo.

Las complicaciones postquirúrgicas tempranas se presentaron en 6 pacientes (50%). cuatro seromas de pared y dos infección de herida quirúrgica. De ellas el 16% fueron mayores de 60 años(1 paciente); el 33.3% de los casos (2 pacientes) con antecedente de enfermedad crónica (una paciente con HASC, una paciente con DM); el 33.3% (2 pacientes) ameriro transfusión, ninguna de estas 6 pacientes permaneció hospitalizada más de un día de postquirúrgico; el 16.6%(1 paciente) de las pacientes tuvo un tiempo quirúrgico mayor a 280min y egreso un día después de la cirugía.

Las complicaciones tardías se presentaron en 2 pacientes (16.6%), una paciente con linfocistite y una paciente con fístula vesicovaginal. En estas pacientes no se encontró un factor agregado condicionante que favoreciera la complicación. Solo una de ellas fue mayor de 60 años, el tiempo quirúrgico fue de 180 y 190 minutos y la hemorragia presentada fue de 250 y 850 ml, a ninguna de estas pacientes se les dejo drenaje y su egreso postquirúrgico fue a las 24hrs.

Las pacientes que tuvieron estancia hospitalaria mayor a 1 día Postquirúrgico, fueron a consecuencia de lesiones transoperatorias 21.4% (lesión de cava y lesión de diafragma, lesión intestinal). y aquellas pacientes que requirieron transfusión de más de 600ml(42.85%) en algunos casos se registraron egresos 48 hrs de postoperatorio por problemas administrativos 28.5 % (pacientes que no pudieron ser egresadas el fin de semana por falta de médico tratante)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- En este reporte las complicaciones transoperatorias fueron el único factor que condiciono estancias mayores de 24hrs de postquirúrgico, pero esto no condiciono repercusión en la recuperación final de la paciente
- Las complicaciones postquirúrgicas coinciden en incidencia con las reportadas por otros autores y estas no tiene relación con el egreso temprano ya que una mayor estancia hospitalaria no las hubiera prevenido.
- A diferencia de lo reportado por otros autores, en nuestro estudio la edad, enfermedades crónicas agregadas, la hemotransfusión y tiempos quirúrgicos prolongados tampoco fueron condicionantes de complicaciones postquirúrgicas tempranas. En todas las pacientes que presentaron complicación transoperatoria, esta fue detectada imeditamente, por lo que se les resolvió durante la misma cirugía, estas pacientes no tuvieron ninguna complicación postquirúrgica desde el egreso hasta el momento de cerrar el estudio
- Las complicaciones potquirúrgicas tempranas (seromas e infecciones de herida quirúrgica) recibieron manejo con curaciones de manera ambulatoria, ninguna amerito reingreso a hoispitalizacion, y ninguna tuvo repercusión en el estado físico general.
- En cuanto a las pacientes con complicaciones tardías, la paciente con linfoquiste no amerito drenaje, se vigilo y presento resolución espontanea a los 45 días, la paciente con fístula vesicovaginal se reparo quirúrgicamente.

- Con los resultados y acotaciones anteriores concluimos que en nuestro servicio, el egreso temprano postoperatorio permite la reintegración familiar temprana, condiciona mejores efectos psicosociales sobre la paciente y sus familiares, favorece la comodidad de permanecer en casa con atenciones específicas dadas por la familia, alimentación a complacencia, integración familiar o visitas sin restricción etc.
- la frecuencia de complicaciones reportadas en este análisis es similar reportadas internacionalmente en la cirugía radical, por lo que en nuestro estudio, el egreso temprano no condiciona incremento de la morbilidad
- La técnica quirúrgica gentil, ausencia de drenajes, la analgesia adecuada y movilización temprana son factores que favorecen la corta estancia hospitalaria en el postoperatorio de cirugía radical.
- La corta estancia hospitalaria en cirugía onco-ginecológica no incrementa la morbilidad postquirúrgica, no decrecienta la atención prestada al paciente, además de ayudar a reducir costos hospitalarios.
- Para la implementación de programas corta estancia hospitalaria se requiere la participación de un equipo multidisciplinario que garantice un seguimiento adecuado de las pacientes
- Mientras más se prolonga la estancia hospitalaria más aumentan los riesgos de la paciente y esta situación refleja los problemas de calidad de la atención médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonnema J, Van Wersch AM, Van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Paul MA and Wiggers T. Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomized trial. *Br Med J* 1998; 316: 1267-1271.
2. McAleese P and Odling-Smee W. The effect of complications on length of stay. *Ann surg*; 1994; 6: 740-744.
3. Dean MM, Finan MA and Kline RC : Predictors of complications nad hospital stay in gynecologic cancer surgery. *Obstet Gynecol*;1997:721-724
4. MM, Finan MA and Kline RC. Predictors of complications and hospital stay in gynecologic cancer surgery. *Obstet gynecol*; 1997: 721-724.
5. Santoso JT, Canada T, Latson B, Alladi K, Lucci III JA and Coleman RL. Prognostic nutritional index in relation to hospital stay in womwn with gynecologic cancer. *Obstet gynecol*; 2000; 95: 844-846.
6. Velasco E, Thuler LC, Martins CA, Dias LM and Goncalves VM. Risk index for predictor of ssurgical site infection after oncology operations. *Am J Infect Control* 1998; 26: 217-223.
7. Pedersen SH, Douville LM and Eberlein TJ. Accelerated surgical stay programs. A mechanism to reduce heath care costs. *Ann surg* 1994; 219: 374-381.
8. Keetch DW and Buback D. A clinical-care pathway for decreasing hospital stay after radical prostatectomy. *Br J Urol* 1998; 81: 398-402.
9. McMeekin DS, Gazzaniga C, Berman M, DiSaia P and Manetta A. Retrospective review of gynecologic oncology patients with therapy-induced neutropenic fever. *Gynecol Oncol* 1996; 62: 247-25310.
10. Morris M, Levenback C, Burke TW, Dejesus Y, Lucas KR and Gershenson DM. An outcomes manegement program in gynecologic oncology. *Obstet gynecol* 1997; 89: 485-492.
11. Pliego-castañeda A, Yañez-Viguri A, Lopez-valle T and Valdes-de la Torre F. Prevalencia y sensibilidad de candida albicans en cultivos obtenidos en un hospital oncológico. *Gac Med Mex* 2000; 136: 193-9.
12. Alexander JW, Ogle CK and Nelson JF. Diets an infection: composition and consequences. *World J Surg* 1998; 22: 209-212.
13. Cutillo G Maneschi F, Franchi M, Giannice R, Scambia G, Benedetti -panici P. Early feeding compared with Nasogastric descompression after major oncologic gynecologic surgery: a randomized study. *Obstet Gynecol* 1999;93 41-45
14. James Fanning DO, Stephen Andrews MD. early postoperative feeding after major gynecologic surgery: Evidence – based scientific medicine. *Am J Obstet Gynecol* 2001, 185: 1-4.
15. Aguirre Gas H, García Melgar M , Garibaldi Zapatero J. Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. *Gac Méd Méx* ,133:2:71-77.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

