

**CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE OPERATORIA  
GINECOLÓGICA.**

**ANESTESIA EN GINECOLOGÍA.**

**CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS.**

**PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y SU  
TRATAMIENTO.**

**Alicia Guntiñas Castillo.**

**Javier de Santiago García.**

**Hospital Universitario La Paz.**

## **CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE OPERATORIA GINECOLÓGICA.**

El resultado exitoso de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos es consecuencia, no solo de la pericia del cirujano y el uso de una técnica apropiada, también de una adecuada evaluación del paciente para realizar el diagnóstico preciso de su enfermedad, determinar en qué casos es necesaria la cirugía y un seguimiento postoperatorio adecuado.

Realizando un estudio preoperatorio adecuado podremos elegir la vía quirúrgica más apropiada para el caso, ya sea, abdominal, vaginal, laparoscópica o histeroscópica.

## **ANESTESIA EN GINECOLOGÍA**

### **A. Tipos de anestesia:**

. Anestesia general: intravenosa, inhalatoria, balanceada (intravenosa + inhalatoria), combinada (anestesia general + epidural).

. Anestesia regional: epidural, raquídea o intradural, epidural-raquídea, bloqueos nerviosos.

### **B. Evaluación anestésica preoperatoria, manejo anestésico intraoperatorio y periodo postanestésico:**

1. Evaluación preoperatoria. El objetivo es determinar el estado médico del paciente, desarrollar un plan anestésico y explicar al paciente sobre dicho plan. Para ello se revisa la historia médica del paciente, se realiza una exploración física y se valoran pruebas complementarias. Es necesario conocer la medicación que toma para mantenerla o eliminarla y pautar la premedicación, que consiste habitualmente en un ansiolítico, un protector gástrico y una heparina de bajo peso molecular.

Se clasifica a las pacientes para valorar el riesgo anestésico en :

ASA I: paciente sano.

ASA II: trastorno sistémico leve o moderado.

ASA III: presenta enfermedad grave que limita su actividad, pero no es incapacitante.

ASA IV: paciente con enfermedad sistémica grave que pone en riesgo la vida con o sin intervención quirúrgica.

ASA V: paciente moribundo.

## 2. Manejo intraoperatorio.

El control clínico de los pacientes sometidos a anestesia general se divide en:

. *Premedicación:* la premedicación intraoperatoria disminuye la ansiedad durante el periodo de monitorización hasta la inducción de la anestesia.

. *Inducción.* Rápida pérdida de la conciencia. Aspectos fundamentales de este periodo son: Mantenimiento de una vía aérea permeable con ventilación adecuada. Conservación de la función cardiovascular, es decir, mantenimiento hemodinámico.

. *Mantenimiento.* Los objetivos son: condiciones óptimas operatorias para que el cirujano pueda operar, control del dolor, control del nivel de conciencia, mantener adecuado control de las funciones de órganos y sistemas, disminuir la respuesta mínima al estrés, mantener una temperatura corporal adecuada, mantener un adecuado equilibrio de líquidos y electrolitos, control de la pérdida de sangre y su reposición.

. *Recuperación- extubación.* La extubación se debe realizar con una anestesia lo bastante ligera como para que la paciente respire satisfactoriamente, es necesario un cierto tono muscular para mantener una vía aérea adecuada y con algunos reflejos después de la extubación. En este momento existe el riesgo de regurgitación y aspiración del contenido gástrico.

. *Traslado a UCPA (Unidad de cuidados postanestésicos):* se debe administrar oxígeno durante el traslado.

### 3. Periodo postanestésico:

- . En la UCPA, se debe vigilar la oxigenación, ventilación, circulación y temperatura.
- . Control del dolor. Vía intravenosa. Alternativa eficaz: analgesia epidural.
- . Control de los posibles problemas postanestésicos.
- . Control de náuseas y vómitos (tto y prevención).

La UCPA de nuestro hospital tiene 5 protocolos de analgesia postoperatoria. Se utiliza uno u otro dependiendo de las alergias o intolerancias de la paciente, la patología previa o el tipo de cirugía:

#### - PROTOCOLO 1:

Adolonta 3 amp + Toradol 3 amp + Primperan 3 amp en 500 cc de SF a pasar a 24 ml/h.

Si persiste dolor: 3 mg de cloruro mórfico diluido en 10 cc y pasar lento (1 min).

#### - PROTOCOLO 2:

Nolotil 4 amp + Dolantina 2 amp + Primperan 3 amp en 500 cc de SF a pasar a 24 ml/h.

Si persiste dolor: 3 mg de cloruro mórfico diluido en 10 cc y pasar lento (1min).

#### - PROTOCOLO 3:

Adolonta 3 amp + Proefferalgan 6 gramos + Primperan 3 amp en 500 cc de SF a pasar a 24 ml/h.

Si persiste dolor cloruro mórfico diluido en 10 cc y pasar lento (1 min).

#### - PROTOCOLO 4:

Cloruro mórfico 5 amp al 0,01 (50 mg) en 50 ml de SF (1mg/ml). Programad en PCA + continua:

. continua a 1 ml/h.

. PCA: 3 ml, con intervalo de bloqueo 30 min + Primperan 1 amp / 8 h.

#### - PROTOCOLO 5:

Adolonta 3 amp + Nolotil 3 amp + Primperan 3 amp en 500 cc de SF a pasar a 24 ml/h.

Si persiste dolor: 3 mg de cloruro mórfico diluido en 10 cc y pasar lento (1 min).

### C. Anestesia según tipo de cirugía:

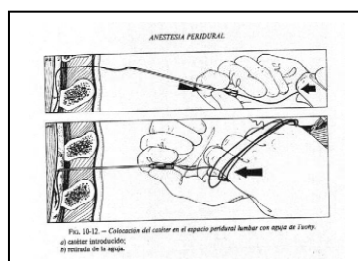
#### - Procedimientos abdominales.

- . Anestesia regional o general según los procedimientos. Generalmente para el abordaje abdominal se prefiere la anestesia general, salvo en la cesárea.
- . Cuidado en la colocación de la paciente durante la cirugía para evitar complicaciones musculoesqueléticas secundarias.
- . Si es necesario colocar a la paciente en posición de Trendelenburg: aspirar la faringe adecuadamente antes de extubar a la paciente para evitar la aspiración de contenido gástrico. Otros problemas de esta posición es la sobrecarga cardiaca que genera al aumentar el volumen sanguíneo en la porción superior del cuerpo, y la disminución de la compliance pulmonar.
- . Introducir compresas en el abdomen superior puede producir una insuficiencia cardiaca por la presión ejercida sobre la vena cava (disminuyendo el retorno venoso), fundamentalmente en pacientes de edad avanzada.

#### - Procedimientos vaginales

- . Anestesia regional o general, predomina la regional.
- . Características y complicaciones de las técnicas regionales:

Dentro de las técnicas regionales, las más utilizadas son la anestesia intradural y epidural. La anestesia intradural requiere un pequeño volumen de fármaco, que carece prácticamente de efectos farmacológicos sistémicos, para producir una analgesia sensitiva profunda y reproducible. En cambio, la anestesia epidural requiere el empleo de un gran volumen de anestésico local, que provoca concentraciones sistémicas en sangre farmacológicamente activas y pueden ocasionar efectos secundarios y complicaciones que no ocurren con la anestesia intradural, pero posee la enorme ventaja de posibilitar anestесias prolongadas.



### **Complicaciones de la Raquianestesia**

- Hipotensión.
- Cefaleas postraquianestesia.
- Retención urinaria.
- Dorsalgias, lumbalgias.
- Escalofríos, temblores.
- Complicaciones neurológicas:
  - . traumatismos,
  - . toxicidad del fármaco,
  - . complicaciones sépticas,
  - . accidentes vasculares medulares,
  - . agravación de una lesión neurológica...

### **Complicaciones de la Epidural:**

- Hipotensión arterial.
- Temblores, escalofríos.
- Toxicidad sistémica  
(hipoestesia lingual, sensación de cabeza hueca, síntomas visuales, fasciculaciones, convulsiones tónico-clónicas.)
- Metahemoglobinemia.
- Extensión exagerada del nivel de anestesia.
- Complicaciones respiratorias.
- Cefaleas.

### **Contraindicaciones de la Raquianestesia**

- Negatividad a cooperar.
- Alergia a anestésicos locales.
- Hipertensión intracraneal.
- Migrañas graves.
- Hipovolemia grave.
- Cardiopatías evolucionadas.
- Afectación neurológica.
- Infección periférica o del sitio de punción.
- Discrasias sanguíneas.

### **Contraindicaciones de la Epidural**

- Rechazo de la paciente.
- Discrasias sanguíneas.  
(contraindicada si el paciente a recibido heparina en las 12 horas anteriores.)
- Hipovolemia.
- Infección local o general.

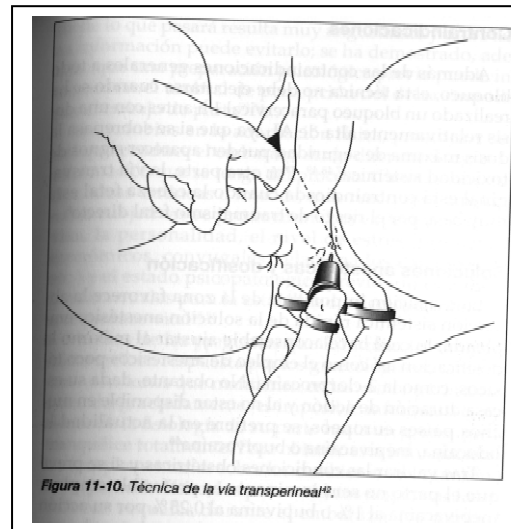
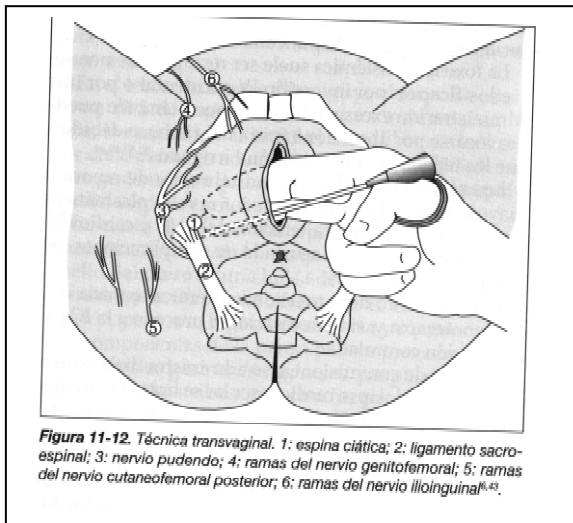
Otras dos técnicas anestésicas que se pueden utilizar en ginecología para la vía vaginal son el bloqueo de pudendos y la anestesia paracervical.

### **Bloqueo paracervical**

Prácticamente desechado en obstetricia, puede tener utilidad en ginecología para la realización de histeroscopias, conizaciones, etc. Se introduce la aguja y se apoya en la mucosa vaginal en la posición que corresponde a las 3 y a las 9 de las manecillas del reloj, 2-3 mm de profundidad (en obstetricia). En ginecología, la técnica consiste en inyectar 5 a 6 ml de anestésico local a nivel de la inserción vaginal del labio posterior del cérvix, a 1,5 cm de la línea media a cada lado, en el lugar de implantación de los uterosacos.

## Bloqueo de pudendos

Se consigue anestesiarse el 1/3 inferior de la vagina, vulva y periné, aunque no alcanza el músculo elevador del ano. Se puede administrar por vía transperineal o transvaginal. El nervio pudendo interno nace del plexo sacro. Sale de la pelvis atravesando la porción inferior del agujero isquiático mayor y pasa por detrás y por el exterior de la espina ciática y del ligamento sacroespinoso, medial a los vasos pudendos. En este punto se aborda para su bloqueo.



## - Laparoscopia

. Realización del neumoperitoneo. Efectos a tener en cuenta:

- ♦ Monitorización ventilatoria especial por el aumento de  $PCO_2$ .
- ♦ Aumento importante de la presión intraabdominal: aumenta la presión venosa central y el gasto cardiaco. Presiones superiores a 30-40 cm de  $H_2O$  producen una disminución del gasto cardiaco y de la presión venosa central porque reducen las presiones de llenado cardiacas.

. Las técnicas regionales no son bien toleradas por la sobrecarga ventilatoria que origina el neumoperitoneo. El método más empleado: narcótico-relajante+ agente inhalatorio o intravenoso.

## - Histeroscopia

. Generalmente no se requiere anestesia.

. La anestesia local está indicada cuando existe nerviosismo en la paciente, una estenosis cervical intensa o para una histeroscopia quirúrgica. Las técnicas a emplear serían la infiltración cervical (10-12 ml de solución anestésica al 1-2% repartidas en 6 dosis, en 6 puntos del cérvix, profundizando 2 cm.) , el bloqueo paracervical, o una técnica mixta.

La anestesia general está indicada cuando:

- Necesidad de exploración bajo anestesia.
- Se vaya a realizar otro acto quirúrgico.
- Histeroscopia quirúrgica dificultosa.
- Úteros hipertróficos o con grandes miomas.
- Estenosis vulvar, vaginal o cervical importante.
- Alergia a los anestésicos locales.
- Fracaso de la anestesia local.
- Poca colaboración de la paciente.



## CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS

### Cuidados preoperatorios

. Cirugía *urgente o programada*. Cuando la intervención sea urgente nos bastará con la anamnesis y exploración fundamental y una analítica con hemograma y coagulación. Si se trata de cirugía programada habrá que hacer un correcto estudio preoperatorio y valoración del riesgo quirúrgico.

. El estudio preoperatorio debe comprender una historia clínica completa, exploración física general y ginecológica, pruebas complementarias: citología cérvico-vaginal, sistemático de sangre, estudio de coagulación, bioquímica general, grupo sanguíneo y Rh, pruebas cruzadas, sistemático de orina, radiografía simple de tórax y electrocardiograma. Según los casos habrá que realizar pruebas complementarias para completar el estudio diagnóstico de la paciente (ecografía, TAC...).

. Es necesario que la paciente firme el consentimiento informado para la cirugía.

. Ha de ser vista en la consulta de anestesia para la valoración del riesgo anestésico.

. Factores de riesgo anestésico:

- Edad superior a los 70 años.
- Patología respiratoria.
- Patología cardíaca. Mayor si cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca.
- Patología hepática.
- Patología renal. Los pacientes sometidos a diálisis toleran bien las intervenciones siempre que se les dialice la noche anterior para que su estado general, hidratación y equilibrio ácido-base sean normales.
- Patología hematológica. El factor de riesgo más importante son las alteraciones de la coagulación.
- Enfermedades endocrino-metabólicas. Obesidad, diabetes mellitus.

. (En nuestras consultas, le daremos el volante de reserva de cama o Sirvase Admitir. También firmaremos el parte de quirófano y la petición de grupo, Rh y anticuerpos).

. Previo a la intervención, tras el ingreso de la paciente en planta (habitualmente la tarde anterior cuando se trata de cirugía mayor), el personal de enfermería realiza de nuevo una anamnesis de la paciente sobre hábitos dietéticos, alergias, enfermedades previas o crónicas, etc. Así mismo comprueban la presencia de todos los datos y procedimientos necesarios en la historia clínica. A continuación realizan la prequirúrgica (éste es el procedimiento en nuestro hospital):

- Toma de constantes: TA, pulso, temperatura.
- Enema de limpieza. Uno inicialmente a las 18 horas y otro a las 22 horas.
- Rasurado del área necesaria según el tipo de intervención. Éste debería realizarse inmediatamente antes de la intervención para disminuir la probabilidad de infecciones posteriores.
- Premedicación pautada (generalmente por el anestesista).
- Cena ligera (dieta 3).
- Se cursa volante para solicitar grupo, Rh y anticuerpos. En cirugía oncológica de cérvix, vulva y ovario se cruzará y reservará sangre (2 unidades).
- Administración de heparina de bajo peso molecular a las 23 horas.
- Ayunas desde las 24 horas.
- Por la mañana, previo al traslado de la paciente a quirófano, se toman constantes, se realiza un aseo bucal con antiséptico y descontaminación antiséptica abdominal.

En el quirófano:

- Sondaje vesical.
- Desinfección de la zona quirúrgica.
- Antibioterapia profiláctica antes de la inducción anestésica con 2g IV de una cefalosporina de primera generación.

\* En determinadas intervenciones quirúrgicas, como el cáncer de ovario, cuando puede ser necesario abrir el intestino, es necesario realizar una preparación intestinal prequirúrgica. Las pautas utilizadas en nuestro hospital según el equipo de cirugía son:

1. **PROTOCOLO 1** de preparación intestinal prequirúrgica: (el más utilizado)

. 24 horas antes: dieta líquida.

. Solución de Bohm, un sobre cada 15 minutos a partir de las 13 horas del día anterior. Hasta que la deposición sea clara. (Máximo 12 sobres).

. Klacid 500 mg vía oral a las 13, 14 y 23 horas del día anterior.

. Neomicina 1 g vía oral a las 13, 14 y 23 horas del día anterior.

Alternativa a estos antibióticos: Flagyl 500 mg IV y Vibracina 400 mg IV antes de la operación.

2. **PROTOCOLO 2** de preparación intestinal prequirúrgica:

. El día previo a la intervención:

. tomará a las 13, 14 y 23 horas:

Eritromicina 1 g vo.

Neomicina 1 g vo.

. tomará 1 sobre de solución evacuante Bohm en 250 cc de agua cada 3-4 horas, hasta que la deposición sea acuosa y limpia.

. Dieta absoluta (salvo solución evacuante).

. Coger vía, si es posible, central, y colocar sueros glucosalinos 500 cc / 4 h.

. Rasurado desde la línea de mamilas hasta medio muslo, incluyendo periné y márgenes anales.

. El día de la intervención:

- . Enema de limpieza, a primera hora.
- . Treinta minutos antes de ir a quirófano se pondrán disueltos en 300 cc de suero fisiológico:
  - 1000 mg de Metronidazol. + 400 mg de Doxiciclina.
- . Sondaje vesical.
- . Sondaje nasogástrico.
- . Impregnación con povidona yodada de la zona a intervenir (cuidado con el periné), y cobertura con paño estéril.

\*La solución de Bohm lleva en su composición: polietilenglicol, sulfato sódico, bicarbonato sódico, cloruro sódico, cloruro potásico, bifosfato sódico y excipientes.

**Cuidados postoperatorios**

- . Sala de recuperación. Primeras 24 horas. Análítica de control
- . Planta de hospitalización (día siguiente a la intervención):
  - . Control diario de TA, pulso, temperatura, diuresis, vómitos y hábito intestinal.
  - . Valoración del apósito que está sobre la herida quirúrgica. Si la herida tiene buen aspecto se retira y ya no se vuelve a cubrir. A partir de ese momento las curas se hacen con agua y jabón.
  - . A las 48 horas de la intervención, comienza la movilización.
  - . Control del sangrado genital si existe.
  - . Heparina de bajo peso molecular cada 24 horas hasta el 4º día según grado de movilización.
  - . 6º-7º día comienza retirada de puntos.

. *Control hidroelectrolítico.* Considerar las pérdidas de volemia debidas a fiebre, diarrea, aspiración nasogástrica, ascitis o drenajes de la herida más las necesidades diarias.

. *Alimentación:* Se pasará progresivamente de dieta absoluta a alimentación oral. Gradualmente se inicia con líquidos, dieta blanda y finalmente dieta normal.

. *Control gastrointestinal:* vigilar el estado del abdomen (blando, distendido...), presencia de vómitos, movimientos intestinales, expulsión de gases, deposición...

. *Control de la función vesical:* Retirar la sonda vesical en las primeras 24 horas. En algunas pacientes puede haber **retención vesical** de grandes volúmenes de orina al retirar la sonda. Generalmente, la colocación de una sonda de Foley 24-36 horas más es suficiente para resolver el problema. El tratamiento se basa en la administración de tranquilizantes, parasimpaticomiméticos (estimulan la contracción del detrusor) o simpaticolíticos (relajan el esfínter).

. *Analgesia pautada.* Mejor tolerancia a la deambulación y respiraciones profundas por lo que disminuirán las complicaciones postquirúrgicas.

. *Curas locales* diarias de la herida quirúrgica. Retirada de los puntos el 7º día postoperatorio.

. Vigilar periódicamente los *drenajes*. Retirarlos cuando no fluyan líquidos por ellos. Los drenajes que salen a través de una incisión separada cerca de la incisión quirúrgica, se asocian con menos infecciones que los drenajes que salen por la propia incisión quirúrgica..

## PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y SU TRATAMIENTO

Las principales causas de morbimortalidad en cirugía ginecológica son: hemorragias, enfermedad tromboembólica e infección.

⇒ **Complicaciones quirúrgicas generales:**

### **Fiebre**

Sus causas pueden ser infecciosas o no infecciosas. El momento de aparición en relación con la operación tiene implicaciones diagnósticas:

- Postoperatorio inmediato: puede ser el resultado de una infección preexistente, manipulación intraoperatoria de material purulento, reacción transfusional, reacciones medicamentosas adversas o hipertermia maligna.
- En las primeras 24 horas del postoperatorio: La atelectasia es la causa más frecuente en ausencia de infección preexistente.
- Entre las 24 y 72 horas: generalmente por complicaciones respiratorias o flebitis en las venas utilizadas para la inserción de catéteres.
- Después de 72 horas: sugestivo de una causa infecciosa (urinaria, de la herida quirúrgica, absceso intraabdominal), o trombosis venosa profunda. Típicamente, un absceso intraabdominal o la fuga de una anastomosis gastrointestinal se manifiesta como fiebre recurrente en agujas, a partir del 5º día postoperatorio.

### **Complicaciones de la herida**

- Hematomas: en general, los hematomas significativos reconocidos dentro de las 24-48 horas después de la intervención deberían ser evacuados, en condiciones estériles, retirando unas pocas suturas cutáneas. Los hematomas pequeños y estériles reconocidos tardíamente pueden ser manejados conservadoramente.

- Seromas: Son colecciones linfáticas. Deben prevenirse mediante el uso de drenajes de succión cerrada. Los seromas pueden ser tratados con punción aspiración bajo condiciones estériles, pudiendo ser necesario repetidas aspiraciones. La presencia de eritema o fiebre es sugestivo de infección del seroma o de la herida.
- Infección de la herida: (ver más adelante).
- Dehiscencia de la herida.

Factores que perjudican la cicatrización: edad avanzada, obesidad, pobre estado nutricional, anemia, diabetes mellitus, enfermedad neoplásica, insuficiencia renal o hepática, infección, hipoxia, uso de corticoides o agentes quimioterápicos, depleción de depósitos de vitamina C y niveles de Zinc bajos.

### **Complicaciones urinarias y renales**

. Retención urinaria: puede ocurrir después de cualquier procedimiento quirúrgico con anestesia general o espinal. El tratamiento consiste en el sondaje vesical paulatino (para evitar la hemorragia "ex vacuo"), con protección antibiótica, hasta la recuperación de la función normal del esfínter de la uretra. En caso de que el sondaje sea dificultoso está indicada la punción suprapúbica.

. Insuficiencia renal aguda: las causas intrínsecas más comunes en pacientes quirúrgicos son la necrosis tubular aguda, la nefropatía por pigmentos y la nefrotoxicidad de los medicamentos.

### **Complicaciones respiratorias**

Son la causa de muerte en el 25% de los pacientes quirúrgicos y contribuye de manera importante en otro 25%.

. Atelectasia: Es la complicación más frecuente. Se manifiesta en las primeras 24 horas tras la intervención, casi siempre con fiebre. Es fundamental la prevención. En el periodo postoperatorio una analgesia adecuada es necesaria para permitir inspiraciones profundas.

Neumonía: Es la tercera causa más frecuente de infección nosocomial en servicios de cirugía.

Síndrome de la embolia grasa: sobre todo tras intervenciones quirúrgicas traumatológicas.

Tromboembolismo pulmonar: Dolor súbito en paciente postoperado o con factores de riesgo, asociado a taquipnea y disnea. El test diagnóstico más específico y sencillo es la gammagrafía de perfusión.

⇒ ***Complicaciones más importantes en cirugía ginecológica:***

### **Hemorragia**

La hemorragia puede ser intraoperatoria o postoperatoria (precoz: en las primeras 24 horas, o tardía: 5º-7º día).

Hemorragia intraoperatoria: Cuando a pesar de efectuar hemostasia en los territorios específicos, la hemorragia no cede y procede del territorio pélvico, se procederá a la *ligadura de la arteria hipogástrica* (es importante ligar la rama anterior de la arteria hipogástrica distal a la rama parietal posterior. Cuando se liga proximalmente, todavía puede haber flujo reverso proveniente de las arterias iliolumbar y sacra externa colateral). Una alternativa a este tratamiento es la *embolización selectiva radiodirigida* del área de aporte vascular.

Hemorragia postoperatoria precoz: En las primeras 24 horas. Si existe dolor local intenso, sospechar un hematoma de la pared abdominal. Los hematomas son más comunes con las incisiones transversales que con las longitudinales. En los hematomas pequeños o estables, esperar unos días. Si el hematoma es de tamaño moderado, evacuar con un trócar grueso, si el hematoma es grande y fundamentalmente si crece, reintervención quirúrgica.

Hemorragias postoperatorias tardías: generalmente entre el 7º y 21º día. Fundamentalmente hemorragias del muñón vaginal de una histerectomía.



## **Enfermedad tromboembólica**

Uno de los riesgos más importantes de la cirugía oncológica son la trombosis venosa (TVP) y la embolia pulmonar (EP). Más del 50% de las TVP son asintomáticas.

Casi todos los émbolos pulmonares proceden de trombos formados en las venas profundas de las extremidades inferiores o de la pelvis.

Los factores de riesgo más importantes de la TVP son: edad avanzada, obesidad, inmovilización, varices, antecedentes de tromboembolia, cardiopatía, diabetes grave, policitemia, neumopatías crónicas y cirugía pélvica. El riesgo aumenta en la cirugía oncológica.

Prevención:

- . Movilización precoz.
- . Vendaje compresivo de miembros inferiores si varices.
- . Elevar los miembros inferiores 15°.
- . Profilaxis medicamentosa.
- . En pacientes anticoaguladas, controles pertinentes.

## **Infección**

La mayoría de las infecciones ginecológicas son polimicrobianas, participando gérmenes aerobios y anaerobios. Las infecciones mixtas de la pelvis son tratadas mejor con una combinación de antibióticos que incluya:

- . Gentamicina u otro aminoglucósido + Clindamicina o Metronidazol (500 mg/6 h) + Ampicilina (para cubrir enterococos).
- . Monoterapia con antibióticos de amplio espectro como Mezlocilina o Piperacilina.
- . Alternativa: Cefalosporina de 2ª o 3ª generación.

En la celulitis de la pared abdominal, infecciones tras laparotomía, laparoscopias o intervenciones de mama, mejor usar cloxacilina. Vancomicina o Teicoplanina si estafilococo meticilín-resistente.

Si se trata de un absceso: Imipenem o Carbapenem i.v. (500 mg/6 h). También se puede utilizar metronidazol. Si no mejora en 48-72 horas, cirugía (drenaje).

### **Celulitis pélvica**

Fiebre, dolor pélvico e induración vaginal, sin colección localizada de pus al examen pélvico.

### **Absceso de cúpula vaginal**

Fiebre, dolor pélvico y colección purulenta o hemática en cúpula vaginal, cuyo drenaje va seguido de disminución de sintomatología.

### **Absceso pélvico**

Fiebre o dolor pelviano en el postoperatorio tardío o tras el alta. Absceso demostrado por ultrasonidos. Drenaje de pus por vagina, laparoscopia o laparotomía.

### **Infección de la herida operatoria**

Infección demostrada por fiebre y aspecto anormal de la herida: drenaje de pus, abierta, eritema anormal, absceso de punto, induración anormal, hematoma... El incremento del dolor cuando éste debería desaparecer es muy común. El incremento del dolor es más precoz que el eritema o la fiebre.

Realizar cultivo y antibiograma.

Tratamiento: En las infecciones de inicio temprano (primeras 48 horas) curas locales y beta-lactámicos.

En las infecciones de comienzo tardío: Apertura de la incisión para drenaje, limpieza y desbridamiento y cierre por segunda intención.

Pautas estándar hasta la llegada del antibiograma:

.Penicilina + Aminoglucósido.

. Clindamicina + Aminoglucósido.

### Profilaxis antibiótica

El objetivo de la profilaxis prequirúrgica es prevenir la infección postquirúrgica de los tejidos. No previene la aparición de otras infecciones como neumonía, infección del tracto urinario, flebitis o infección por uso prolongado de drenajes.

Para la cirugía ginecológica, la antibioterapia profiláctica consiste en una dosis de una cefalosporina de 1ª ó 2ª generación. Se administra durante la inducción

anestésica. Con intervenciones que se prolongan más de 2-3 horas se debe administrar otra dosis durante el acto quirúrgico. Administrar más de una o dos dosis no proporciona beneficio adicional.

El uso de antibióticos reduce la incidencia de fiebre postquirúrgica a la mitad y la de infecciones pélvicas a un tercio.

Según el grado de contaminación, los procesos quirúrgicos se clasifican:

1. Cirugía limpia: Inflamación mínima. No entrada en aparato respiratorio, digestivo ni urogenital. Técnica aséptica. Cierre primario de la herida. No drenajes.
2. Cirugía limpia-contaminada: Apertura del aparato respiratorio, gastrointestinal o genitourinario pero no contaminación de la herida por su contenido. Incluye apertura de vagina, tracto urinario o vías biliares más apendicectomía concurrente.
3. Cirugía contaminada: Vertido de contenido intestinal, lesiones traumáticas recientes, apertura de vejiga o tracto biliar con contenido infectado.
4. Cirugía sucia o infectada: Se asocia a infecciones bacterianas, perforación de víscera hueca o herida traumática con tejido necrótico o si el tratamiento de la infección ha sido demorado.

## **Ileo**

Disminución o ausencia de la función intestinal debido a parálisis u obstrucción mecánica.

Se produce una distensión abdominal con contenido secuestrado que produce una pérdida de agua, electrolitos y albúmina. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz.

Hay 3 tipos de ileo: ileo mecánico, ileo paralítico, funcional o dinámico e ileo mixto.

Tratamiento:

. Sonda nasogástrica conectada a aspiración.

- . Radiografía de abdomen en bipedestación. La administración de un medio de contraste soluble en agua proporciona frecuentemente un efecto terapéutico.
- . Corregir cualquier trastorno del equilibrio hidroelectrolítico y mantener el equilibrio ácido-base adecuado.
- . Monitorizar la diuresis y presión venosa central.
- . Estimular el peristaltismo con agentes colinérgicos. También se pueden administrar laxantes o enemas.
- . Si las medidas conservadoras y la aspiración gastrointestinal no mejoran la situación en 48 horas, sería conveniente realizar una laparotomía.

### **Peritonitis**

Las causas más frecuentes: rotura de absceso tuboovárico, infección uterina tras cesárea o aborto séptico, infección pélvica tras histerectomía o apendicitis, contaminación de la cavidad abdominal con contenido intestinal durante la cirugía.

Es una infección polimicrobiana de inicio insidioso. Dolor y distensión abdominal. Síntomas de íleo, fiebre y taquicardia.

Tratamiento: Antibióticos de amplio espectro (pauta indicada anteriormente) y tratamiento quirúrgico para drenaje de abscesos y colecciones líquidas.

### **Dehiscencia y evisceración**

Generalmente entre el 4º y 10º día postoperatorio.

Se asocia con mayor frecuencia a las incisiones longitudinales y a la retirada de sutura cutánea.

Etiología: infección + factores mecánicos (complicaciones abdominales y pulmonares).

Tto: sutura en bloque con PDS.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Käser, Hirsch, Ikle . Atlas de cirugía ginecológica. Editorial: MARBAN. 2000. Pags 1-13.
2. Rock, Thompson. TELINDE. Ginecología Quirúrgica . 8ª edición. Editorial: Panamericana. Pags 205-295.
3. L. Cabero Roura. Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología. 1997. Ed: Smithkline Beecham. Cap 169. Pags: 2349- 2362.
4. DJ Hill. Complications of the laparoscopic approach. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology. 1994; 8(4): 865-879.
5. R. Labastida. Tratado y atlas de histeroscopia.. Ed: Salvat. 1990. Pags: 33-37.
6. A. Miranda. Tratado de Anestesiología y Reanimación en Obstetricia. Principios fundamentales y bases de aplicación práctica. Editorial Masson.