



# Instituto Mexicano del Seguro Social

---

---

DIRECCION REGIONAL SUR  
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE  
HOSPITAL GINECO PEDIATRIA No. 71  
**"LIC. BENITO COQUET LAGUNES"**

**"DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA  
EN LA PACIENTE GINECO-OBSTETRICA"**

## **TESIS**

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO  
EN LA ESPECIALIDAD DE:

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



PRESENTA:

*Dra. Lilia Galindo Ortega*

ASESOR:

*Dr. Servando Germán Serrano Gómez*

DEDICATORIA.

A mis hijas:

NANCY Y CARMINA

CON AMOR.

## I N D I C E .

1.-INTRODUCCION.	.....1
2.-ANTECEDENTES CIENTIFICOS	.....2
3.-MATERIAL Y METODOS	.....6
4.-RESULTADOS	.....7
5.-DISCUSION	.....9
6.-CONCLUSIONES	.....11
7.-RESUMEN	.....12
8.-BIBLIOGRAFIA	.....13

## AGRADECIMIENTOS.

A mi esposo Sr Francisco Orduña Hernández.  
A mi madre Sra Herlinda Ortega de Galindo.  
Por su amor y comprensión.

Con admiración y respeto.

A mis Maestros:

Especialmente al Dr Alfonso Montalvo Segura.

Al Dr Luis Tomás Mireles ,al Dr Bersilio  
Montiel Peralta y al Dr Emilio Sánchez T.  
por sus enseñanzas.

A mi asesor Dr Servando German Serrano G.  
Por su colaboración y Dirigencia.

### INTRODUCCION.

La dehiscencia de herida quirúrgica, compromete el estado de salud de una paciente obstétrica a partir de su estado ya deteriorado por efecto del embarazo y la respuesta fisiológica al trauma quirúrgico.

La paciente Gineco-obstétrica tiene un riesgo relativamente mayor de sufrir infecciones concomitantes pues los sitios a intervenir de por sí ya tiene flora bacteriana saprófita que en un momento dado puede condicionar patología como en el caso de Trabajo de parto con multiexploraciones, ruptura prematura de membranas etc. Aun con las medidas de asepsia y antisepsia que se llevan a cabo de rutina.

Es necesario conocer los factores causales de la dehiscencia de herida quirúrgica en las pacientes de ginecología y obstetricia. Así como los efectos en el hospital, y por ende establecer medidas efectivas de prevención y control.

#### ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Dentro de las diferentes situaciones que afectan la evolucion postoperatoria de una paciente, está la dehiscencia de herida quirurgica, donde la característica ginecológica y Obstétrica plantean un problema diferente, Te linde (1) menciona una incidencia muy baja en la paciente ginecológica, delimita 3 cuadros clínicos: el primero caracterizado por fiebre y dolor local en las primeras 24-48hs, causados específicamente por Streptococo Beta hemolítico, que responde satisfactoriamente a la penicilina, que se presenta muy raramente. El segundo y de aparición más tardía 5 a 7 días de postoperatorio con febrícula o picos vespertinos, exudado local, hipersensibilidad, correspondiendo el 25% a agentes externos y el 75% a microorganismos vaginales, éste es el más frecuente. El Tercer cuadro es mucho más raro pero muy grave conocido como fascitis necrosante, se presenta de manera insidiosa, dado la ubicación subcutánea, su diagnóstico es más tardío, caracterizado por dolor difuso en el abdomen, causado en la mayoría por anaerobios; con una mortalidad que varía desde el 25 al 76%, aún cuando sea tratada intensivamente con triple esquema antimicrobiano.

En 1983, los cirujanos encontraron dentro de las fases de cicatrización que la tercera era la más importante para el impedimento de la dehiscencia (2). Ya que en ésta se adquiere la resistencia de los planos aun cuando está muy por debajo de la original por lo que recomiendan el uso de suturas sintéticas en la aponeurosis como son - daxon o Vicryl que son de absorción lenta, además de usar la menor cantidad de material en tejido subcutáneo y piel.

La frecuencia de presentación de la dehiscencia en la herida quirúrgica posterior a cesárea es de 1.6 a 1.8%(3) en diversas series en donde se recalca la influencia de factores tales como obesidad, diabetes mellitus y estado nutricional además la situación de urgencia, horas de trabajo de parto, presencia de ruptura de membranas, número de exploraciones vaginales, así mismo la preparación preoperatoria y la clase de suturas.(6,7). Se ha observado en su mayoría como agentes implicados E.Coli, proteus Sp. con un cuadro clínico que se presenta a las 48hs de la cirugía con hipertermia y datos de inflamación, que de no tratarse oportunamente puede llegar a diseminarse y evolucionar a un estado séptico con necrosis de tejidos subcutáneos, complicación afortunadamente rara. La base del tratamiento en éstos casos es la debridación, drenaje del absceso, curaciones continuas y antibióticos. Debemos aclarar que se ha observado una incidencia menor de la dehiscencia de episiorrafia de 0.3 a 0.6% a pesar de su ubicación en una zona altamente contaminada, el manejo es similar.(5,9).

En una revisión más reciente, 1990 (4), Walters encontró que la frecuencia de herida dehiscente en las pacientes gineco-obstétricas fué del 4-6%, entre cesáres y laparotomía ginecológica, encontrando 3 patrones predisponentes: hematoma, seroma, y proceso infeccioso. En todas ellas la fascia se encontraba intacta.

En 1982 (8) en el CDC se establecieron los principios para la prevención de infección de herida quirúrgica, que tiene como consecuencia la dehiscencia de la misma. Se establecieron en categorías:

1.- Aquellas medidas aplicadas por todos los hospitales independientemente del tamaño de la institución. 2.- Aquellas que observan la prevención de factores causales que no han sido estudiados ampliamente pero que son fáciles de implementar. 3.- Medidas que no han sido avaladas por estudios controlados pero que tienen un fundamento racional, que pueden ser implementadas en hospitales con suficientes recursos.

Las pautas de manejo de la paciente quirúrgica incluyen: Monitoreo y clasificación de la cirugía, preparación de la paciente con antisepsia de la región y tricotomía en el tiempo más cercano posible a la intervención. Preparación del equipo quirúrgico con medidas de asepsia. Ventilación y calidad de aire en quirófano, limpieza y cultivos sistemáticos. Así mismo durante la técnica operatoria minimizar el espacio muerto y el tejido desvitalizado, finalmente cuidados de la herida y antibióticos profilácticos o productos antimicrobianos tópicos (9).

En nuestro hospital existe la necesidad de identificar aquel o aquellos factores relacionados directamente con la dehiscencia de herida quirúrgica con el propósito de implementar medidas específicas de prevención y establecer un sistema de vigilancia.



El Objetivo del presente estudio fué determinar la frecuencia de herida quirurgica y sus factores causales en Ginecología y Obstetricia.

#### **MATERIAL Y METODOS.**

Se realizó un estudio prospectivo,descriptivo,transversal y observacional en un periodo de octubre de 1994 a septiembre de 1995, en los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Gineco-Pediatria #71 "Lic. Benito Coquet Lagunes"del IMSS.

Se incluyeron a todas las pacientes que fueron sometidas a intervención quirurgicas,electiva o de urgencia de todos los turnos,que presentaron dehiscencia de herida quirurgica,definiendo su ubicación y determinándose los siguientes factores:Agente causal en cultivos,tiempo quirurgico,material de sutura,tipo de asepsia y antisepsia,Horas de RPM,mes del año,turno,padecimientos concomitantes y antibióticos utilizados.

Los resultados se analizaron con pruebas paramétricas,porcentaje,media y DE.

## RESULTADOS.

Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 2573 cirugías obstétricas y 908 ginecológicas. La frecuencia de herida quirúrgica dehiscente fué de 3.19% y 0.59% respectivamente que hicieron un total de 43 casos. (tabla I), y ocurrió la dehiscencia más frecuentemente en pared abdominal, 38 casos (tabla 2). La mayoría se indicaron por Desproporción cefalopélvica y miomatosis uterina (tabla 3). en 58.3% de cirugías obstétricas fueron urgentes, 30.2% (13 casos) de cirugía ginecológica fué programada. El mayor porcentaje ocurrió en el turno matutino (19 casos) 44.18% Vs 1,2% en jornada acumulada (tab.5). En el análisis por meses marzo ocupó el 1er lugar (8 casos), (Tab. 6). Dentro de la preparación preoperatoria prevaleció aquella que se realizó con isodine y en 5 pacientes no se realizó tricotomía (tab. 7). En relación al tiempo quirúrgico, la cirugía obstétrica que duró entre 50 y 59 minutos tuvo mayor prevalencia. Y dentro de la cirugía Ginecológica aquella que duró más de 2hs. (tab.8). Todas las heridas quirúrgicas dehiscentes interesaron únicamente piel y tejido celular subcutáneo sin afectar aponeurosis, a pesar de que se utilizó catgut en 4 casos. El material más comúnmente utilizado fué seda y Vicryl (tab.9). Llama la atención dentro de la cirugía obstétrica se presentó dehiscencia más frecuentemente en aquellas con menos de 6hs de RPM (31%) y menos de 6 tactos vaginales (58.8%) (tab.10). De los agentes causales estafilococo coagulasa Positivo estuvo presente en 8 casos seguido de E.Coli (tab.11). Hubo 20 cultivos positivos, 13 negativos y 6 No realizados.

De los padecimientos concomitantes la cervicovaginitis fué más frecuente sin diferencia significativa.(tab 12).Los antibióticos más comunmente utilizados fueron Penicilina Sódica Cristalina (tab.13)Hubo asociación medicamentosa múltiple.

tabla 1

## DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA

---

2583 Cir. Obst.		
908 Cir. Ginec	#	%
OBSTETRICAS	29	3.19
GINECOLOGICAS	14	0.59
TOTAL	43	

TABLA 2  
UBICACION DE LA DEHISCENCIA

PARED ABDOMINAL	38
PARED TORACICA	1
EPISIORRAFIA	2
COLPORRAFIA	2
TOTAL	43

# TABLA 3

## INDICACION DE LA CIRUGIA

OBSTETRICAS	GINECOLOGICAS
D.C.P	12 MIOMATOSIS UTERINA 8
S.F.A	7 CA MAMA 1
CESAREA ITERATIVA	3 ENDOMETRIOSIS 1
PRES.PELVICA	2 CISTOCELE RECTOCELE 1
EPISIORRAFIA	2 PROPALSO GENITAL 1
OLIGOHIDRAMNIOS	1 ABDOMEN AGUDO 1
RUPTURA HEPATICA	1 TUMORACION OVARICA 1
R.P.M.	1

TABLA 4  
DEHISCENCIA POR PROGRAMACION

	URGENCIA	%	ELECTIVA	%
OBSTETRICAS	25	58.3	4	9.3
GINECOLOGICAS	1	2.3	13	30.2



**TABLA 5**  
**DEHISCENCIAS POR TURNO**

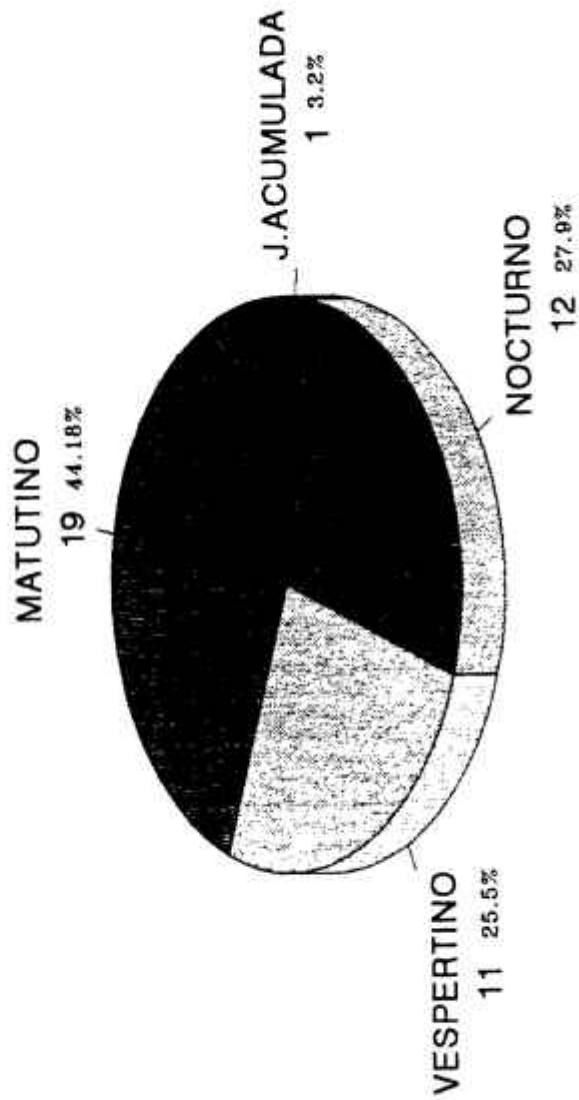


Tabla 6  
Dehiscencia por mes

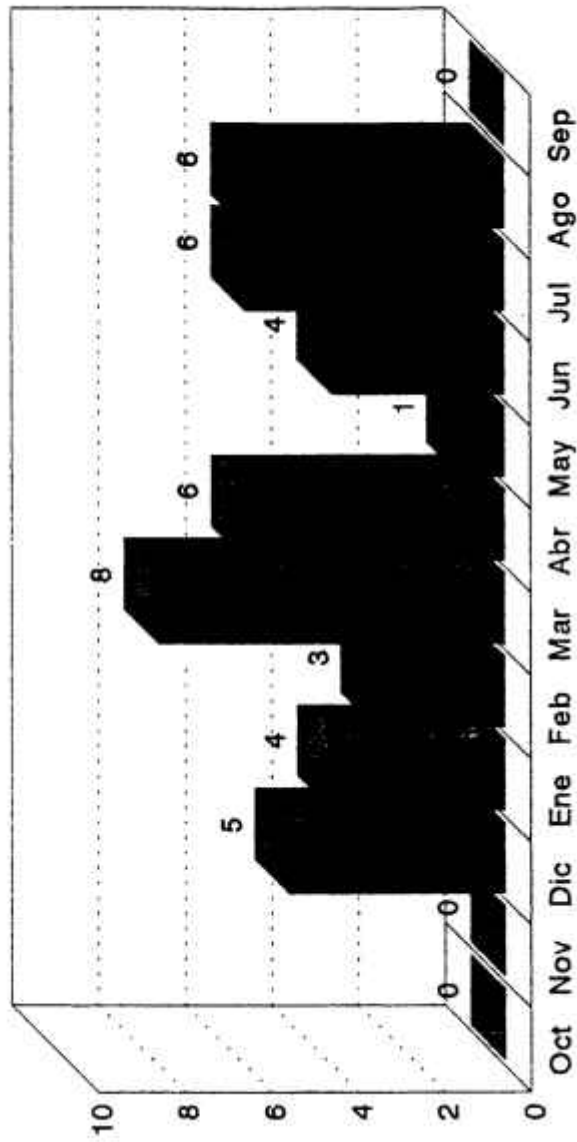


TABLA 7  
PREPARACION PREOPERATORIA

---

ISODINE	JABON QX	
GINECOLOGICAS	13	5
OBSTETRICAS	25	0
TOTAL	38	5
NO TRICOTOMIA	3	2
NO TRICOTOMIA	3	2

**TABLA 8**  
**TIEMPO QUIRURGICO**

---

	OBST	GINEC
30-39'	3	1
40-49'	5	0
50-59'	10	0
60-70'	6	1
1-2h	2	0
2-3h	1	6
3-+	2	4

TABLA 9  
MATERIAL DE SUTURA

---

PERITONEO	APONEUROSIS	TEJ.CEL.SUBC.	PIEL
CC 6	Vicryl 5	CS 1	Seda 7
VICRYL 2	Dexon 3		Nylon 00 2
	CC 2 2		Nylon 000 3
	CC 1 1		
	CC 0 1		

# TABLA 10

HORAS R.P.M.	(%)	#de TACTOS	%
-6 h	9 3l	-de 6	17 58.6
6-12h	1 3.4	+de 6	5 11.6
12-24h	1 3.4		
??	2 6.8		

TABLA 11  
AGENTE CAUSAL # y %

STAPH COAGULASA +	8	
E. COLI	6	
CANDIDA ALBICANS	1	
MORGANELLA MORGAGNI	1	
PROTEUS	1	
MIXTOS	3	
POSITIVOS	20	46.5
NEGATIVOS	13	30.2
NO REALIZADOS	6	13.9

# TABLA 12

## PADECIMIENTOS AGREGADOS

	GINEC.	OBST.
Cervicovaginitis	2	3
Diabetes Mellitus	2	0
Hipertensió Arterial	1	0
Preeclampsia		1
Condilomatosis	0	1
Anemia	0	1
Traumatismo	0	1
Tos	1	0



TABLA 13  
**ANTIBIOTICOS UTILIZADOS**

	OBST	GINEC
P.S.C.	5	
PSC+AMIK	3	
GENTAMICINA	1	
PSC+AMIK+CIPROF.	1	
CEFALEXINA	1	
METR+AMIK+AMPIC		1

## DISCUSION

La dehiscencia de herida quirurgica es un problema en la evolución postoperatoria. La frecuencia de la misma fue similar en nuestro estudio que la mencionada en otras publicaciones (4 a 6%). La nuestra fue de 3.78% (4). Ubicándose con mayor frecuencia en pared abdominal y con mucha menor frecuencia a nivel de periné solo 4 casos del total. En otros resultados se señala de 0.3 a 0.5% (3). Cabe señalar que el 58.3% fue de urgencia y la electiva de 44.1% lo cual no coincide con lo previsto donde predomina la cirugía de urgencia (8). Se observa una frecuencia constante entre julio y agosto con 6 casos cada mes pero con mayor frecuencia en marzo (8 casos). No coincide con lo reportado por otros (9). En que hay mayor incidencia en los meses calurosos. En nuestro estudio coincide con cambio de personal de residencia. Respecto al turno, el matutino fue el más frecuente (19 casos), lo que es diferente de otras publicaciones donde el turno más interesado es el nocturno, específicamente de 3 a 8 AM (9). En la revisión bibliográfica no se menciona tipo de antiséptico utilizado. En nuestro estudio predomina el iodine, sin embargo no se pueden obtener conclusiones pues el número total de cirugías en que se utilizó jabón quirurgico no se sabe. Los agentes causales más frecuentemente encontrados fueron estafilococo coagulasa positivo y E. Coli, ambos saprófitos en orificios naturales coincide con algunos autores (1,3,5,8). Sin embargo no se realizaron cultivos para anaerobios, tinción de gram inmediatamente.

- 1.- Te Linde. Ginecología Quirúrgica. México , Panamericana.  
7 ma ed. : 187-197.
- 2.- Carey C.L. Complicaciones Postoperatorias. Clin Quirur Nortam.  
Interamericana, Vol 1 : 279-283.
- 3.- Karchmer Krivitzky, Santana G H y Arredondo G J. Infectología  
en Perinatología. IUPER. México, 1988: 217-221.
- 4.- Walters M D, Dombresky R A, Davison SS A, Mendel P C , Gibbs  
R S. Reclosure of disrupted abdominal incisions. Obstet Gynecol  
1990; 76 : 587-602.
- 5.- Gonzalez Merlo. Obstetricia. Salvat. 3era ed. México , 1988:  
378-390.
- 6.- Wasiljew B K, Winchester P D. Experience with continuous absorbable  
suture in the closure the abdominal incisions. Surg Gynecol  
Obstet, 1982; 154: 378-390.
- 7.- Knight Ch D, y Griffen Dean. Abdominal Wound Closure With a Continuous  
Monofilament Polypropylene Suture. Arch Surg, 1983;118:  
1305-1309.
- 8.- Garibaldi R A, Cushing D, Trudyl. Risk Factors for postoperative  
infection. Am J Med. 1991; 91 (Suppl 3B) : 158-162.
- 9.- Sawyer R G, Pruett F L. Infección de la heridas. Clin Quir Norte  
1980; 2: 549-567.
- 10.- Lane S K. Use of Expanded Spectrum Cephalosporins for the Treatment  
of Obstetrical and Gynecological Infections Obstet Gynecol Surv.  
1988; 43: 569-573.

**CONCLUSIONES.**

1.-Se observa una asociación de múltiples factores para la producción de dehiscencia de herida quirúrgica tales como antisepsia, situación de urgencia, turno, RPM, número de exploraciones etc.

2.-A pesar del uso de antibiótico aun con triple asociación ocurre dehiscencia de la herida.

3.-Debe normarse la toma de cultivo a toda dehiscencia de herida quirúrgica.

4.-Debe mejorarse la técnica de toma de muestras y sus medios de cultivo incluyendo anaerobios.

## RESUMEN

**MATERIAL Y METODOS.** Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, en el hospital de Gineco-pediatría #71 "Lic benito Coquet Lagunes del IMSS, Veracruz. De 10. Octubre 1994 al 26 de septiembre de 1995. Se incluyeron todos los casos de dehiscencia de herida quirúrgica y se analizaron factores causales.

**RESULTADOS.** De 2583 cirugías obstétricas y 908 cirugías ginecológicas se presentaron 43 casos de dehiscencia, más frecuente sobre pared abdominal. (38 casos). Predominó la cirugía de Urgencia Obstétrica en 58.3%, más frecuente en el turno matutino, en el 44.18% (19 casos); Por mes predominó el mes de marzo con 8 casos. En la preparación preoperatoria prevaleció la utilización de isodine en 38 casos. Respecto al tiempo quirúrgico, fue más frecuente la cirugía obstétrica que se realizó entre 50 y 59 min. (10 casos) y la cirugía ginecológica fue más frecuente la que duró más de 2 hs. En ninguna dehiscencia interesó la aponeurosis. El material de sutura utilizado en la piel fue Nylon y seda sin predominio. De las cirugías obstétricas fue más frecuente en aquellas con menos de 6 hs de RPM y menos de 6 Tactos. Los agentes más frecuentemente encontrados: Estafilococo coagulasa(+) y E.Coli. Se encontró cervicovaginitis como padecimiento concomitante más frecuente. Se presentó dehiscencia a pesar del uso de antibióticos.

**Conclusiones.** -La dehiscencia de herida quirúrgica es multifactorial. Se debe normatizar y mejorar cultivos de heridas.

Y no se especifica el tiempo posterior al cual fueron procesadas las muestras, ya que hubo resultados negativos. En 5 cirugías no se realizó tricotomía (1.1%) que puede ser un factor de riesgo.(9).

El tiempo quirúrgico prolongado es un factor de riesgo para dehiscencia lo que coincide con nuestro estudio (8). El tipo de suturas utilizadas en la piel son diversas sin predominio de alguna por lo que no podemos obtener conclusiones al respecto. Aunque no se interesó la aponeurosis a pesar de suturas inadecuadas como catgut crómico de diferentes calibres esto es un factor de riesgo a largo plazo como hernias post-insicionales.(6-7). El número de exploraciones vaginales y horas de ruptura de membranas no coincide con otros autores ya que ocurrió en menos de 6 tactos y menos de 6hs.(3,4).

A pesar de la utilización de antibiótico en el postoperatorio ocurrieron dehiscencia en 12 pacientes, incluyendo aquellas con doble o triple antibiótico, coincidente con Lane (10).