

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORBIMORTALIDAD
DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y LA VAGINAL

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE REALIZA LA DRA. ARACELI GARCIA MENDEZ,
PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN -
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

1 9 8 9

TESIS CON
FALLA FE CRIGEN



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
HIPOTESIS	5
TIPO DE INVESTIGACION	6
METODOLOGIA	7
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	9
ANALISIS ESTADISTICO	9
RESULTADOS	10
GRAFICAS	13-A - 18-A
DISCUSION	19
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

Al igual que en otras facetas de la vida, la ciru
gía ginecológica no puede estar exenta de los rápidos
cambios que suceden actualmente. Así tenemos que una-
operación que se practica en Ginecología con suma fre
cuencia como es la histerectomía vaginal, fué y sigue
siendo tema de discusión. Se ha cuestionado sobre la-
vía de abordaje ya sea vaginal o abdominal, terminolo-
gía, manejo, indicaciones y sobre ventajas y desventa-
jas de los métodos conservadores. (1, 2, 3).

A fines del siglo XIX, la histerectomía vaginal fué
popular en Europa y América, el perfeccionamiento de -
la cirugía abdominal fué haciendo que cada vez se uti-
lizara menos, hasta tiempos recientes en que el aumen-
to de la habilidad y pericia en cirugía vaginal han --
hecho más popular este tipo de intervenciones. (4, 5).
Sin embargo en algunos centros hospitalarios como son
los de Gran Bretaña, los médicos ginecólogos reco- -
miendan la vía abdominal argumentando que una de las -
grandes ventajas de la operación es la visión directa-
de un amplio campo operatorio y el mejor dominio sobre
cualquier contratiempo. (7, 8). Es perfectamente bien-
conocido que la popularidad de la histerectomía vagi- -
nal ha pasado a través de múltiples facetas; sin embar-
go la revisión de la literatura nos indica que durante
las últimas décadas el interés por la histerectomía va

ginal ha aumentado, siendo mayor el número de estas - operaciones practicadas en diversos centros del mundo. (9). Doyen (1859-1916) publicó en una ocasión que la - hysterectomía abdominal puede ser vía de elección pa- - ra cirujanos generales y ginecólogos, pero la vía va- - ginal es única y exclusivamente de dominio ginecológi- - co y ningún médico puede llamarse cirujano ginecólogo - si no realiza este tipo de intervención. (10). En el - continente Americano, principalmente en Estados Unidos - de Norteamérica, la hysterectomía vaginal ha alcanzado - gran auge en su realización y se argumenta que la ope- - ración debe ser conservada como parte del repertorio - técnico de un ginecólogo capaz. (11,12). La hysterecto- - mía abdominal y vaginal constituye hoy en día el méto- - do de elección para diversas entidades patológicas co- - mo son tumoraciones uterinas como la miomatosis, adeno- - miosis, procesos infecciosos que involucren importa^{nte} - mente la cavidad pélvica, padecimientos premalignos y - malignos del cuello y cuerpo uterino, hemorragias ute- - rinas anormales, trastornos de la estática abdominopél- - vigenital como el prolapso del utero junto con la pre- - sencia de cistocele, rectocele y/o enterocele respecti- - vamente. (13, 16). Los múltiples adelantos tecnológi- - cos, capacitación quirúrgica y antibióticos han condi- - cionado mayor libertad en las indicaciones; las cuales

ya no se circunscriben a patología tumoral benigna, sino que en publicaciones fundamentalmente extranjeras, las indicaciones como profilaxis del cáncer cervicouterino o como método de control de la fertilidad cada vez se ven -- con mayor frecuencia. (16). En la actualidad creemos que no admite discusión de que dicha operación debe ser realizada en forma total y solo en caso de dificultad técnica o mal estado general de la paciente se efectuará en forma subtotal. El éxito de la vía escogida depende del diagnóstico correcto y de la indicación y contraindica--ción precisa. A este respecto Thompson dice: "El éxito - dentro del tratamiento de la enfermedad ginecológica depende del conocimiento completo de la fisiología y patología de los órganos de la reproducción y de las manifestaciones clínicas de la enfermedad pélvica. De este congcimiento la paciente es correctamente seleccionada para cirugía y la correcta cirugía para la paciente". Es im--portante recalcar que la vía de elección ya sea vaginal- o abdominal no debe ser motivo de competencia (18).

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la morbimortalidad existente entre la histerectomía abdominal y vaginal.
- 2.- Efectuar un análisis comparativo y conocer la incidencia de morbilidad y los problemas más frecuentes que se presentan en la realización de estos procedimientos.
- 3.- Definir indicaciones precisas y seleccionar adecuadamente la técnica operatoria.

HIPOTESIS

Se estudiara a pacientes postoperadas de Histerectomía Abdominal y vaginal en un lapso de 6-meses (1 Enero a 30 de Junio de 1988) para correlacionar en forma comparativa la morbimortalidad de acuerdo a las complicaciones de cada-una de las cirugías.

TIPO DE INVESTIGACION

1.- Observacional

2.- Descriptiva

3.- Retrospectiva

4.- Longitudinal

METODOLOGIA

1.- Población y Muestra.

Está constituida por 111 pacientes con patología uterina a quienes se les realizó Histerectomía - abdominal (90) o Histerectomía Vaginal (21) en la Unidad de Ginecología del Hospital General de México S.S. durante el primer semestre de 1988.

2.- Criterios

- a) De inclusión.- Se incluyen expedientes de pacientes que cursan con patología pélvica sometidas a Histerectomía Abdominal o Vaginal.
- b) De Exclusión.- Se excluyen expedientes de pacientes que presentaron datos de enfermedad intercurrente no controlada como cardiopatías, hipertensión o diabetes mellitus.

3.- Definición de las Variables.

- a) Edad
- b) Diagnóstico Preoperatorio
- c) Técnica Anestésica
- d) Volumen de Sangre Transfundida
- e) Complicaciones Trans y Postoperatorias
- f) Empleo de Antibióticos
- g) Días de Hospitalización
- h) Tiempo quirúrgico

4.- Procedimiento

Se revisaron los expedientes clínicos en el Archivo de la Consulta Externa de acuerdo - al registro quirúrgico de la Unidad de Ginecología con el fin de realizar el análisis - estadístico comparativo.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se recolectaron los siguientes datos:

Edad, diagnóstico preoperatorio, técnica anestésica, volumen de sangre transfundida, empleo de antibióticos, días de hospitalización, tiempo quirúrgico, complicaciones trans y postoperatorias como: infección de vías urinarias, lesión de vejiga o uréter, lesión de tubo digestivo, íleo paralítico, infección de pared, absceso de cúpula, hemorragia.

ANALISIS ESTADISTICO

Las medidas de resumen que se obtienen son: media, mediana, varianza, desviación estandar, y la prueba estadística a que se someten es la T de Student.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

EDAD:

	Años
Media	42.678
Mediana	43.000
Varianza	41.839
Desviación estandar	6.468
Valor de T	46.674

ESTANCIA

Media	5.933
Mediana	19.000
Varianza	13.321
Desviación Estandar	
Valor T	3.141

TIPO DE CIRUGIA

	Total	%
PanHisterectomía	8	8.9
Histerectomía Total Abdominal	82	91.1

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Miomatosis Uterina	85	94.44
Hiperplasia de Endometrio	2	2.22
Adenomiosis	2	2.22
CA. Endometrio	0	0.00
Tumoración de Ovario	1	1.11

TECNICA ANESTESICA

B.P.D.	82	91.11
Gral. Inhalatoria	6	6.66
Gral. Balanceada	2	2.22

VOLUMEN DE SANGRE TRANSFUNDIDO

	Media
10750	119.44 cc.

TIEMPO QUIRURGICO

Mediana 102.26 min.

ANTIBIOTICOS

	Total	%
Ampicilina	85	94.4
Ampicilina más Genta- micina	1	1.12
PSC más Gentamicina más Metroni- dazol	3	3.36
Eritromicina	1	1.12

COMPLICACIONES

Número de Pacientes		
4		4.44

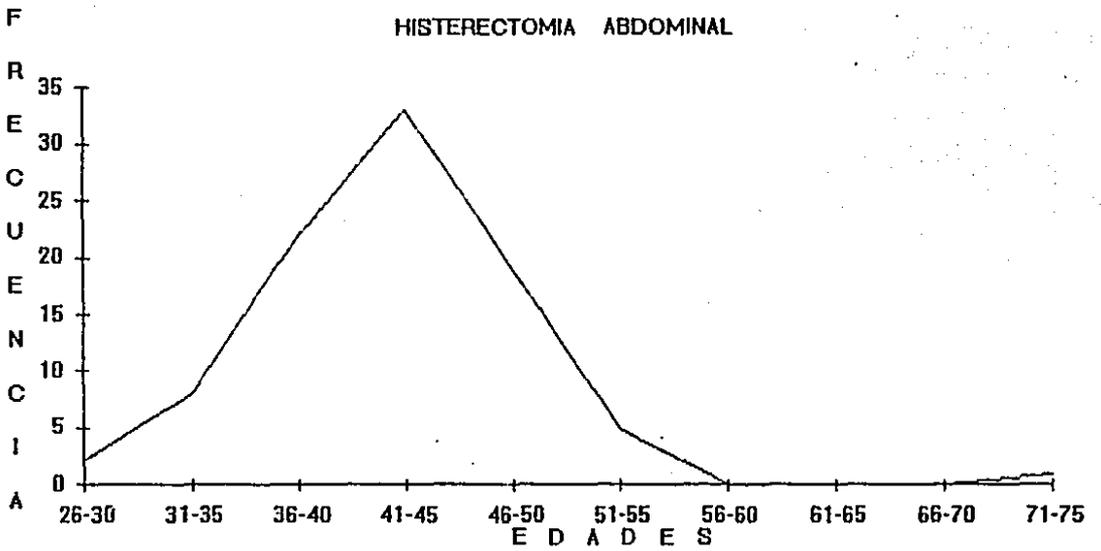
TIPO DE COMPLICACION

Infecciones Urinarias	2	2.2
Infección de Pared	2	2.2
Absceso de Cúpula	2	2.2
Ileo Paralítico	2	2.2
Lesión de Rectosig- moides.	0	0.0

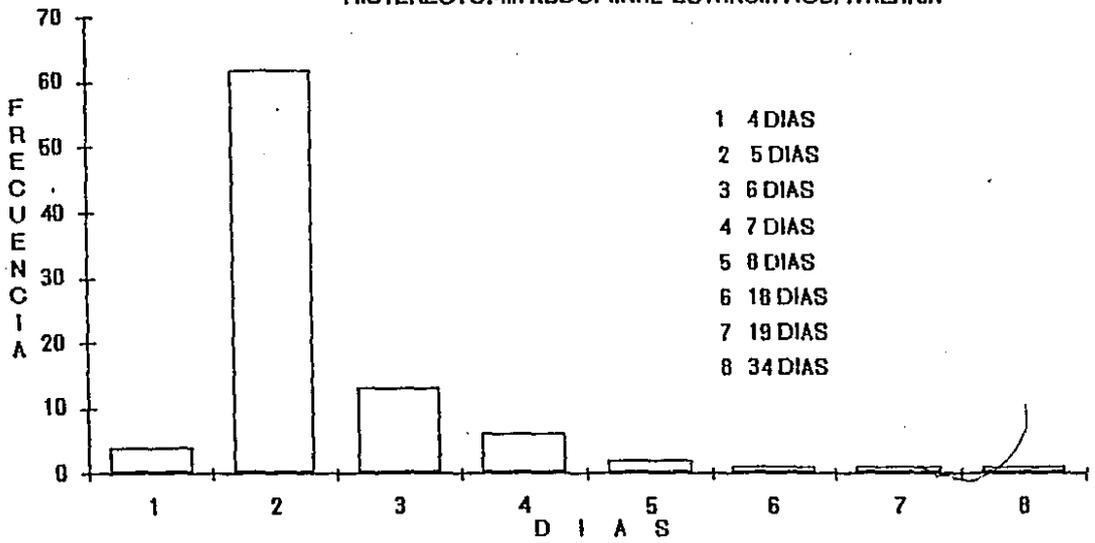
Lesión vesical	1	1.1
Lesión Ureteral	0	0.0
Absceso Subdia- fragmático	1	1.1

HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA

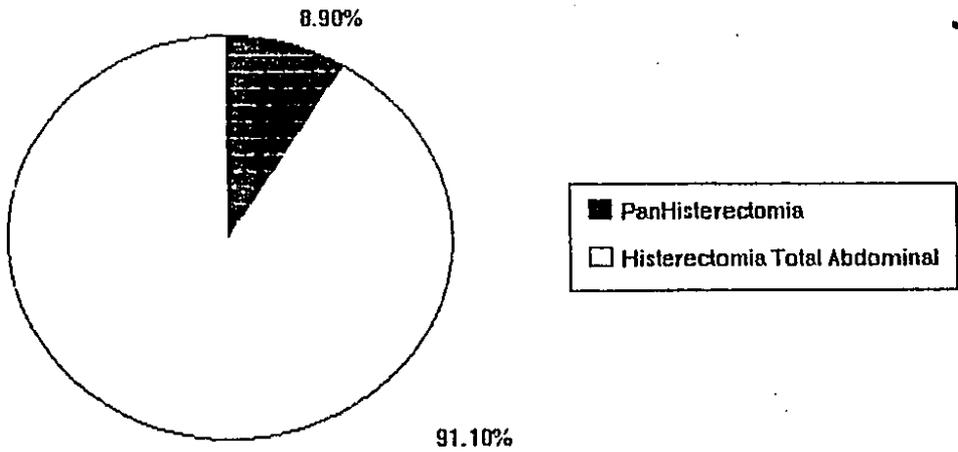
Media 472.11 c.c.



HISTERECTOMIA ABDOMINAL ESTANCIA HOSPITALARIA



TIPO DE CIRUGIA



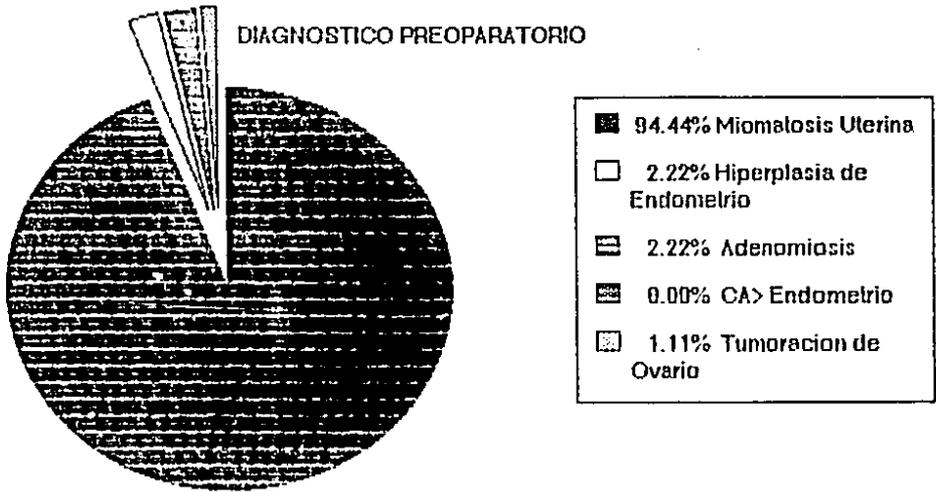
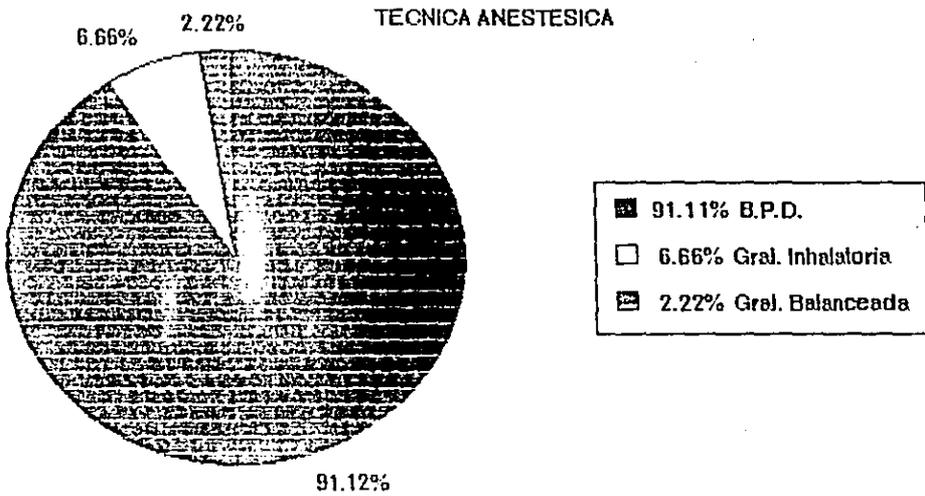
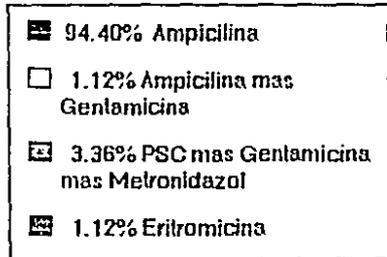
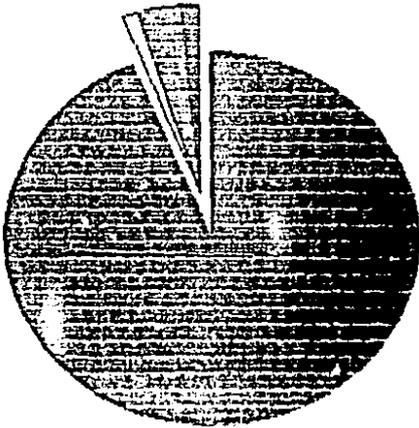


Chart3



ANTIBIOTICOS



C
O
M
P
L
I
C
A
C
I
O
N
E
S

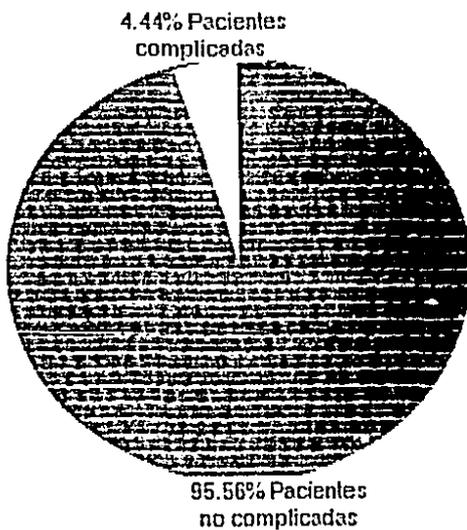
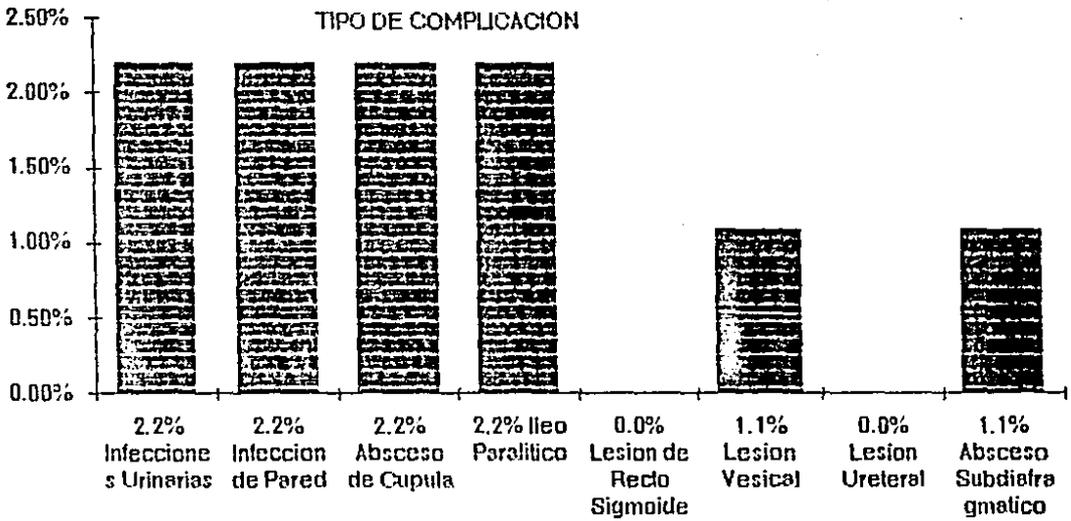


Chart6



HISTERECTOMIA VAGINAL

RESULTADOS

EDAD:

	Años
Media	62
Mediana	57.5
Varianza	179.02
Desviación Estandar	13.38
Valor de T	72.24

ESTANCIA

	Días
Media	6.09
Mediana	7
Varianza	2.75
Desviación Estandar	1.66
Valor de T	6.86

TIPO DE CIRUGIA

	Total	%
Histerectomia Vaginal Reconstructiva	21	100

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Descenso Uterino

Grado I :	5	23.8
Grado II :	5	38.09
Grado III :	8	38.09

CISTOCELE

Grado I :	2	9.52
Grado II :	9	42.85
Grado III :	10	47.61

Rectocele

Grado I :	6	28.57
Grado II :	8	38.09
Grado III :	7	33.3

TECNICA ANESTESICA

B.P.D :	21	100.00
---------	----	--------

VOLUMEN SANGUINEO TRANSFUNDIDO

Media : 28.57 ml.

TIEMPO QUIRURGICO

Media : 113.00 min.

ANTIBIOTICO .

	Total	%
Ampicilina:	18	85.71
Ampicilina más Gentamicina:	1	4.76
Penicilina Sódica más Gentamicina más Metronidazol	1	4.76
Clindamicina	1	4.76

COMPLICACIONES

	Total	%
Número de Pacientes :	3	14.28
Tipo de complicación:		
Infección Urinaria :	1	4.76
Absceso de Cúpula :	2	9.52
Ileo Paralítico :	0	0.00
Lesión Rectosigmoides:	0	0.00
Lesión Vesical :	0	0.00
Lesión Ureteral :	0	0.00

HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA.

Media

266.66 ml

C O M P L I C A C I O N E S

RESULTADO COMPARATIVO ENTRE HISTERECTOMIA ABDOMINAL E HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA.

	Histerectomía Abdominal	Histerectomía Vaginal
Media :	1.556	0.667
Varianza:	1.528	1.250

T STUDENT

Media:	1.2
Mediana:	5.5
Varianza:	1.75
Desviación Estandar:	1.3

Chart I

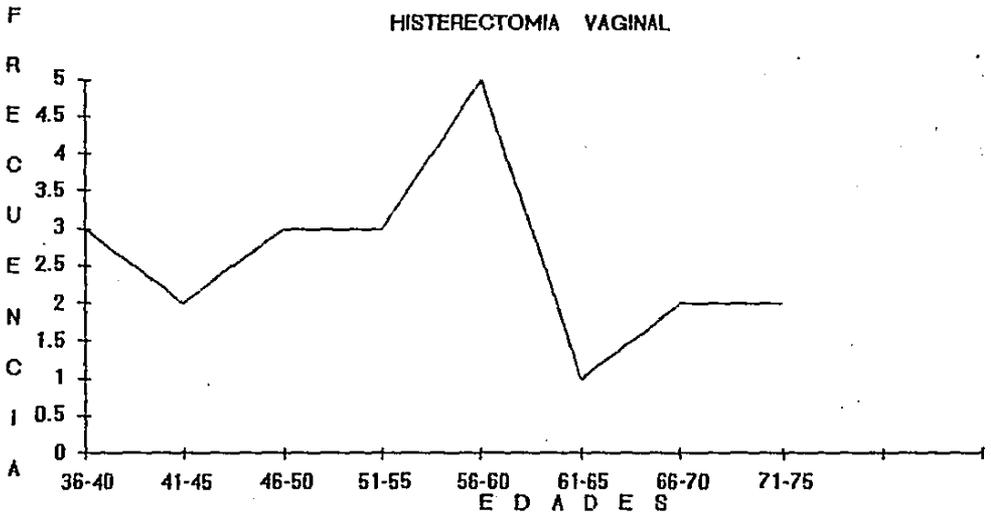
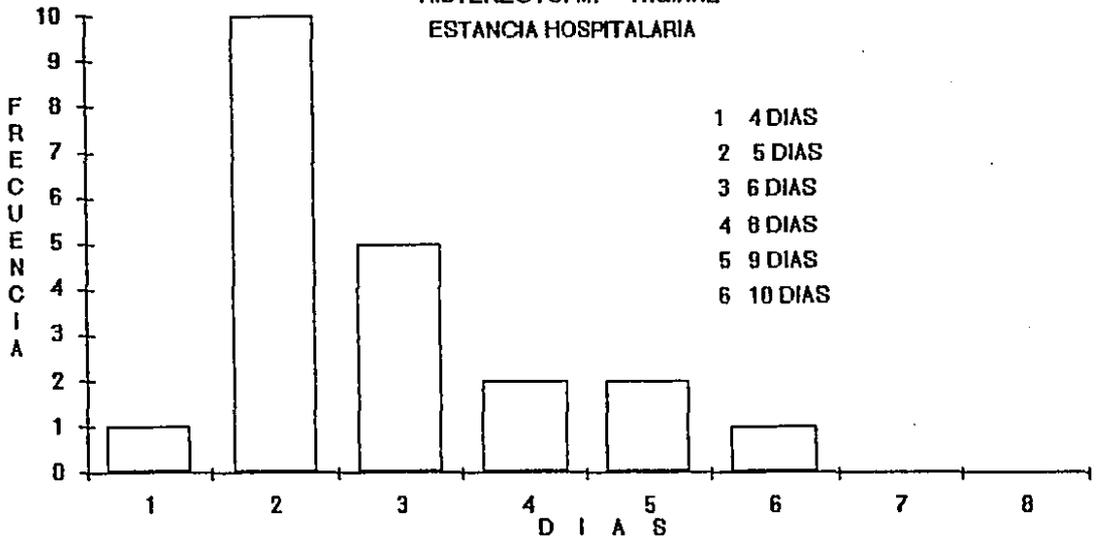


Chart3

HISTERECTOMIA VAGINAL
ESTANCIA HOSPITALARIA



DESCENSO UTERINO

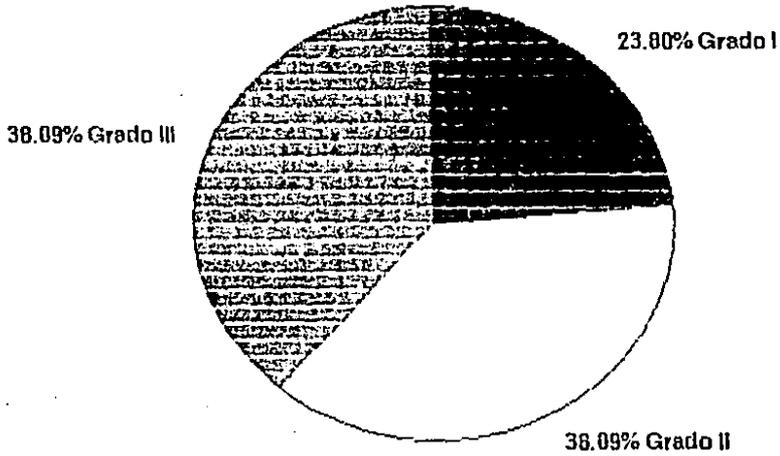


Chart B

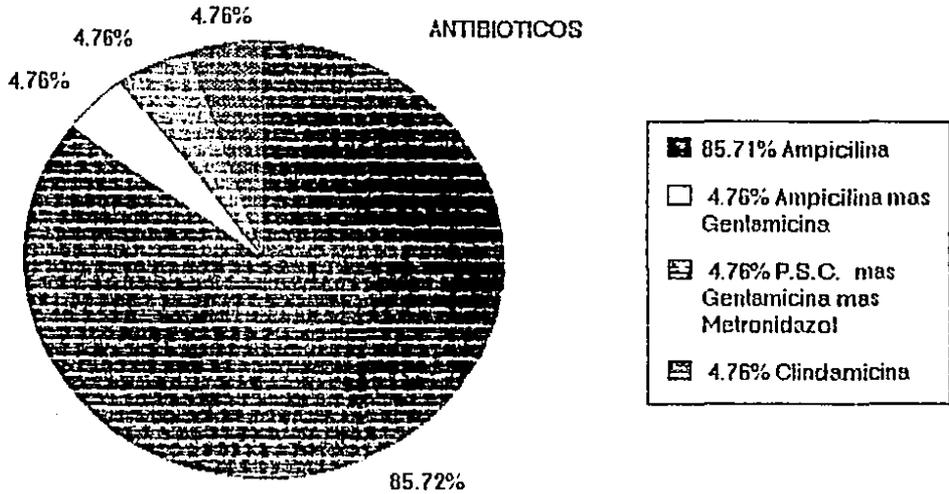
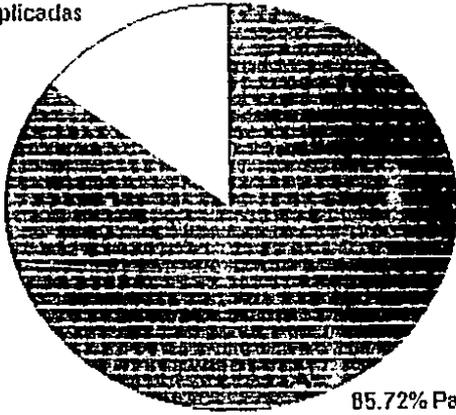


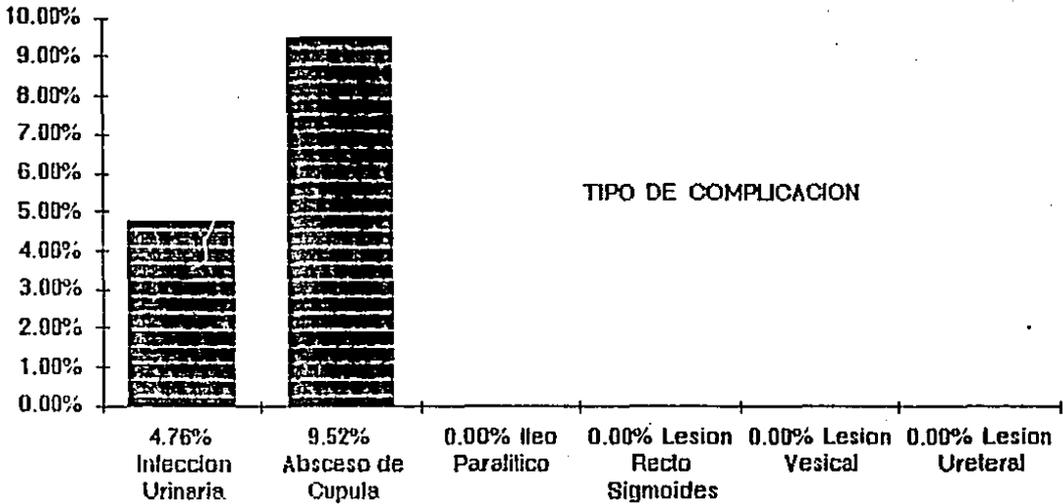
Chart9

C
O
M
P
L
I
C
A
C
I
O
N
E
S

14.28% Pacientes complicadas



85.72% Pacientes no complicadas



DISCUSION

La edad promedio de las pacientes estudiadas fué de 42 años, habiendo una fluctuación entre los 42 y 62 años, estos datos coinciden con otros reportados en diferentes estadísticas como la realizada por Nava y Sánchez (3) -- que presenta como edad promedio los 42 años y las estadísticas efectuadas en otros medios por Bravo Sandoval (8) y Ramírez Soto (1).

El diagnóstico preoperatorio de este estudio al igual que la serie de autores nacionales que han tratado este tema correspondió a procesos tumorales benignos con respecto a la Histerectomía Abdominal, observándose dominio franco de la Miomatosis Uterina como principal indicación (94.44%), siguiendo en orden de frecuencia la adenomiosis, hiperplasia de endometrio (2.22) y por último tumores de ovario en un 1.11%. Se realizó Salpingooforectomía bilateral en 8.9% de las pacientes habiéndose justificado esta conducta por la edad de las pacientes o por el estado de los anexos lo que fué evaluado en el pre y transoperatorio.

El método anestésico que se utilizó con mayor frecuencia fué el bloqueo peridural para ambas cirugías, con un-

porcentaje de 91.11% para la Histerectomía Abdominal y en un 100% para la Vaginal, siguiendo en frecuencia - la anestesia general inhalatoria en un 6.66% y la general balanceada en 2.22%.

El tiempo quirúrgico en la cirugía abdominal fué - como promedio de 122 min. y en la vaginal de 113 min. considerado como adecuado dentro de la Institución, - así como una estancia hospitalaria promedio de 5.9 y - 6.9 días respectivamente.

Se encontró una morbilidad del 7.7% para la vía abdominal y 14.28% para la vía vaginal cifras que en -- forma comparativa son bajas. En ambas cirugías se presentó en forma común la complicación de infección de vías urinarias y el absceso de cúpula, en la abdominal en un 2.2% para las dos complicaciones y para la vaginal de 4.76% para la primera y 9.52% para la segunda.

Se presentó en una paciente lesión de vejiga que - constituye el 1.1 de la morbilidad abdominal.

Dentro de las complicaciones intestinales la complicación más frecuente fué el íleo paralítico presentándose en la cirugía abdominal en un 2.2%, en la cirugía vaginal no hubo incidencia de esta complicación.

Con respecto a las complicaciones infecciosas se - presentó en igual proporción casos de localización a-

nivel de cúpula vaginal e infección de pared en un porcentaje de 2.2%. En cirugía abdominal hubo una paciente que presentó absceso subdiafragmático 1.1%.

Mucho se ha discutido sobre el empleo de antibióticos y hay quien preconiza que deben ser usados en forma profiláctica sin llegar a ponerse de acuerdo a su manejo. Nosotros los utilizamos en diversos casos como son la presencia de infección o en casos en que la dificultad técnica y manejo excesivo nos haga pensar en posibilidad de infección secundaria o contaminación.

En la presente revisión el antibiótico más utilizado fué la ampicilina en un porcentaje de 94.4% siguiendo en frecuencia la gentamicina con asociación a la ampicilina en un 1.1%, el triple esquema de antibióticos se empleó en 3 pacientes haciendo un porcentaje de 3.3% y por último en una paciente se utilizó clíndamicina - 1.1%.

En histerectomías vaginales ameritaron transfusión-sanguínea 2 pacientes (9.52%) siendo el promedio de -- 28.57 ml. por paciente transfundida. La cantidad administrada fué de 300 ml. en las 2 pacientes.

En las pacientes sometidas a Histerectomía vía abdominal ameritaron transfusión 22 pacientes (24.44%) a razón de 119.44 ml. por paciente transfundida. Las can

tidades administradas fueron variables siendo la míni
ma de 300 ml. y la máxima de 1200 ml.

La ~~'hemorragia transoperatoria' registrada para la~~ Histerectomía abdominal fué en promedio de 472 ml. --
mientras que en la cirugía vaginal fué de 266.66 ml.--

No hubo ningún caso de mortalidad en este estudio.

CONCLUSIONES

- 1.- La histerectomía abdominal y vaginal tienen un lugar definido dentro de la Ginecología. El -- éxito de las operaciones depende de un diagnós tico preciso y conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones.
- 2.- La vía abdominal permite amplia visualización, permite la exploración de ganglios pélvicos en sospecha de alteraciones malignas o bien la extirpación de los ovarios, esto último en un momento dado puede realizarse por vía vaginal.
- 3.- La vía vaginal para el tratamiento del prolapso genital y reconstrucción del piso pélvico es la vía de elección.
- 4.- Utilizando la vía abdominal la recuperación es más rápida y la estancia hospitalaria es menor.
- 5.- Se observó menor pérdida sanguínea utilizando la vía vaginal.

- 6.- El tiempo quirúrgico es menor empleando la cirugía vaginal.
- 7.- La vía vaginal es mejor tolerada por la paciente.
- 8.- Se encontró morbilidad menor utilizando la vía vaginal.
- 9.- En ninguno de los dos tipos de cirugías se encontró mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Delgado J., Castro F. Ramirez S.
Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía
Abdominal y Vaginal.
Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XXVI, 183-88
Agosto 1969.
- 2.- White S., Warte L., Wade M.
Comparison of abdominal and vaginal hysterectomies.
A review 600 operations.
Obstetrics and Gynecology 37 (4), 530-31, April 1971
- 3.- Nava R., Sánchez B. S.
Morbimortalidad en la histerectomía abdominal
Ginec: Obstet. Mex. 34 (204): 337-59, Oct. 1973
- 4.- Pokras R. Hufnagel V.
Hysterectomy in the United States, 1965-1984
New From NCHS 78 (7): 852-53 Jul. 1988.
- 5.- Cruikshank
Preventing posthysterectomy Vaginal vault prolapse and
enterocele during vaginal hysterectomy.
Am. J. Obstet. Gynecol. 156 (6): 1433-40, June 1987.
- 6.- Winge P., Huezco C.
The mortality risk associated with hysterectomy.
Am. J. Obstet. Gynecol. 152 (7): 803-808, August 1985.
- 7.- Ahued J. Lowenberg E.
Morbilidad en histerectomía abdominal. Informe de
500 casos.
Ginecología y obstetricia de México. 52 (327): 175-78
Jul. 1984.
- 8.- Bravo Sandoval y col.
Morbimortalidad en histerectomía abdominal y en
histerectomía vaginal.
Ginecología y obstetricia de México 33 (199): 505-17
Mayo 1973.
- 9.- Aguirre F., Leal del Rosal.
Indicaciones y Criterio de la Histerectomía Vaginal
Ginecología y Obstetricia de México 25 (146): 133-39
Feb. 1969.

- 10.- Wijma J., Kauer F.
Antibiotics and Suction Drainage as Prophylaxis in vaginal and abdominal Hysterectomy.
Obstetrics and Gynecology 870 (3) Part. 1, 384-88
Sept. 87.
- 11.- Hemsell D., Heard M.
Single-prophylaxis for vaginal and abdominal hysterectomy.
Am. J. Obstet Gynecol. 157 (2): 498-501, August 1987.
- 12.- Soper D., Yarwood.
Single-Dose antibiotic Prophylaxis in women undergoing vaginal Hysterectomy.
Obstetrics and Gynecology 69 (6): 879-88, June 1987.
- 13.- Stever. M.
Routine pre-hysterectomy endometrial biopsy in a series of 523 women.
The Journal of reproductive medicine. 86 (9): 67-69
Sept 86.
- 14.- Benson W. Proun R.
Comparison of a short and long courses of ampicillin for a vaginal hysterectomy.
The Journal Of. Reproductive Medicine. 30 (11): 875-878.
May 1985.
- 15.- Tiamy H. Helsa J.
Glassy cell carcinoma of the cervix redefined.
Obstet. Gynecol. 71 (6pt1), 837-41, Jun 1988.
- 16.- Masterson J.G.
The role of surgery in the treatment of early carcinoma of cervix.
Clin Obstet Gynaecol 10:992, 1967.
- 17.- Krustiansen F.V. Oster.
Isolation cavity of patients with irregular bleedings.
Bs. J. Obstet. Gynaecol. 94 (10): 979-84, 1987.
- 18.- Te Linde.
Ginecología Operatoria. 5a. Edición, 1980.