

11217  
197209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital Central Sur de Concentración Nacional  
PEMEX

MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL  
CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL DE PETROLEOS  
MEXICANOS, EXPERIENCIA 3 AÑOS

TESIS DE POSTGRADO  
que para obtener el título en la Especialidad de  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

present a

DR. GUILLERMO TROSINO RIVAS



México, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**TESIS RECEPCIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**TEMA:** MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA  
EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCEN-  
TRACION NACIONAL DE PETROLEOS MEXICA-  
NOS, EXPERIENCIA 3 AÑOS.

**FECHA:** FEBRERO DE 1988.

**REALIZADOR:** DR. GUILLERMO TROSINO RIVAS

**ASESOR:** DR. ORCAR MENDIZABAL GONZALEZ  
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBS -  
TETRICIA.

## CLASIFICACION DEL ESTUDIO

EPOCA EN QUE CAPTA LA INFORMACION:	RETROSPECTIVO
PERIODO QUE COMPRENDE:	1o. DE AGOSTO 1984 AL 31 DE JULIO 1987
TIPO DE ESTUDIO:	TRANSVERSAL
INTERFERENCIA DEL INVESTIGADOR:	OBSERVACIONAL
DE ACUERDO AL RAZONAMIENTO:	DESCRIPTIVO

## CLASIFICACION DEL PROTOCOLO

1. RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL Y DESCRIPTIVO

## I N D I C E

### CLASIFICACION DEL ESTUDIO.

I	INTRODUCCION .....	1
II	HISTORIA DE LA HISTERECTOMIA .....	3
III	OBJETIVOS .....	7
IV	MATERIAL Y METODO .....	8
V	RESULTADOS .....	11
VI	COMENTARIOS .....	26
VII	CONCLUSIONES .....	32
VIII	BIBLIOGRAFIA .....	35

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### I. INTRODUCCION.

EN LA EPOCA ACTUAL LA HISTERECTOMIA ES UN PROCEDIMIENTO COMUN EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA Y OCUPA UN LUGAR PREPONDERANTE CUANDO SE PLANTEA PARA RESOLVER PROBLEMAS DE LA ESFERA GINECOLOGICA, SIENDO LA OPERACION QUE MAS FRECUENTEMENTE SE REALIZA EN LOS CENTROS MEDICOS-QUIRURGICO GINECOOBS TETRICOS. (1)

DE ACUERDO CON DICKERN Y COLS, 3.5 MILLONES DE MUJERES CON EDADES ENTRE LOS 15 Y 45 AROS, SE SOMETIERON A HISTERECTOMIA ENTRE LOS AROS DE 1970 A 1978. (2)

EN LA DECADA DE LOS 80'S, LA FRECUENCIA DE HISTERECTOMIAS ES DE 8 POR CADA 1,000 MUJERES ENTRE LOS 15 Y 45 AROS, LO QUE QUIERE DECIR QUE UNA DE CADA 60 MUJERES SE SOMETEN A ESTA OPERACION Y LA INCIDENCIA SIGUE EN AUMENTO DEBIDO A UN NUMERO CADA VEZ MAYOR DE INDICACIONES COMO SON ACTUALMENTE EL CONTROL DEFINITIVO DE LA FERTILIDAD Y LA PROFILAXIS CONTRA EL CANCER CERVICO UTERINO. (2) (3)

GRACIAS A LOS ADELANTOS EN LA TECNICA QUIRURGICA, ANESTESIA ASI COMO EN LOS CUIDADOS PRE, TRANS Y POSTOPERATORIOS, Y EN EL PROGRESO DE LA NUEVA TECNOLOGIA APLICADA A LA CIRUGIA, EL EXITO EN ESTE TRATAMIENTO ESTA FRECUENTEMENTE ASEGURADO. NO OBSTANTE, NO SE DEBE OLVIDAR QUE LAS ACCIONES DE LOS CIRUJANOS NO SON LAS DE UN SIMPLE OPERADOR O TECNICO DIESTRO SINO LAS DE UN MEDICO, LO QUE CONVIERTE CUALQUIER CIRUGIA EN UN ACTO HUMANO.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

EN CUANTO A LA HISTERECTOMIA VAGINAL, CONSERVA UN LUGAR ESPECIFICO -  
DENTRO DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA. ES SIN DUDA ALGUNA, LA INTERVENCION QUI-  
RURGICA QUE EN FORMA ABSOLUTA DEBE DOMINAR EL ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y  
QUE SALE DEL CAMPO DE LA CIRUGIA GENERAL. (1) (3)

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### II. HISTORIA

DURANTE MUCHOS SIGLOS, LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER SE ENCONTRABAN DENTRO DE LOS CUIDADOS DE LA MEDICINA GENERAL, YA QUE LO POCO DEL CONOCIMIENTO Y DE LAS TECNICAS QUE EXISTIAN, NO JUSTIFICABAN UNA ESPECIALIZACION.

A PARTIR DEL SIGLO XVIII, Y LOS PRIMEROS AÑOS DEL XIX, LA GINECOLOGÍA QUE ERA CONSIDERADA UNA DISCIPLINA NO QUIRURGICA, SE ENCONTRABA HABITUALMENTE COMBINADA CON LA PEDIATRIA, MUCHOS LIBROS DE ESA EPOCA ESTABAN DEDICADOS A "ENFERMEDADES DE LA MUJER Y DE LOS NIÑOS", Y SE NOMBRABAN A UN GRAN NUMERO DE PROFESORES Y CON ESTE MISMO NOMBRE.

CON LA INTRODUCCION DE LA ASEPSIA Y LA ANESTESIA A MEDIADOS DEL SIGLO XIX, LA GINECOLOGIA DIO UN CAMBIO TAN AMPLIO EN SU CARACTER QUE LOS CIRUJANOS LA RECLAMARON INMEDIATAMENTE.

NO OBSTANTE, SU PRACTICA FUE CADA VEZ MAS FRECUENTEMENTE LLEVADA A CABO POR EL OBSTETRA-GINECOLOGO QUE POR EL CIRUJANO GENERAL, CONTINUANDO ASI - HASTA NUESTROS DIAS, CON SU CARACTER ESENCIALMENTE QUIRURGICO. (4) (5)

#### HISTERECTOMIA ABDOMINAL

AL TRANCURSO DE LOS AÑOS, DESPUES DE QUE LA OVARIOTOMIA SE PRACTICABA EN FORMA FRECUENTE, CON RESULTADOS FAVORABLES, SE LLEVO A CABO POR PRIMERA VEZ UNA HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

LA PRIMERA HISTERECTOMIA ABDOMINAL SE LLEVO A CABO EN MANCHESTER INGLATERRA POR EL DR. CHARLES CLAY EN 1843, COMO LO MENCIONA PRATT EN SU LIBRO -



## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

"GINECOLOGIA OPERATORIA" PUBLICADO EN 1901; LA PACIENTE FALLECIO. (5)

HOWARD Y KELLY REVISARON LA HISTORIA Y EL DESARROLLO DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN LOS ESTADOS UNIDOS. BURNHAM REALIZO LA PRIMERA HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA CON BUENOS RESULTADOS EN EL AÑO DE 1853.

STIMSON QUIEN PUBLICO SUS RESULTADOS EN 1889, FUE EL PRIMERO EN PRACTICAR LA LIGADURA SISTEMATICA DE LOS VASOS OVARICOS Y UTERINOS PREVIAMENTE A LA EXTIRPACION DEL UTERO.

EN LA QUINTA REUNION DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE GINECOLOGIA EN 1880 - C.D. PALMER REPORTA UNA MORTALIDAD QUIRURGICA DEL 60%.

POSTERIORMENTE SE HICIERON MODIFICACIONES EN LA TECNICA QUIRURGICA CON EL FIN DE LOGRAR LA DISMINUCION DE LAS COMPLICACIONES, TANTO INMEDIATAS COMO TARDIAS.

EN 1895 SE DESCRIBE LA TECNICA DE LA HISTERECTOMIA RADICAL PARA EL CARCINOMA DE CERVIX POR CLARK EN FILADELFIA Y POR RIOS EN ALEMANIA.

WERTHEIM EN 1901, MODIFICA LA TECNICA Y DEJA LA CUPULA VAGINAL ABIERTA.

BALDWIN EN 1917, POALK EN 1920 Y GRAVES EN 1928, REPORTARON SUS CASOS - CON CUPULA VAGINAL CERRADA.

EN 1929 RICHARDSON, REALIZA LA TECNICA EN " T " EN LA FASCIA CON SUTURA ESPECIAL A NIVEL DE LAS COMISURAS VAGINALES DEJANDO UN DRENAJE EN EL FONDO - DEL SACO: TE LINDE EN 1946 MODIFICA LA TECNICA CON EL USO DE CLAMPS HACIENDO LA HISTERECTOMIA CON TECNICA ASEPTICA.

BURCH Y LAVELY EN 1955, SYMMONDS, PRATT Y WELCH EN 1961 INTRODUCEN NUEVAS MODALIDADES EN CUANTO AL MANEJO DE LA CUPULA VAGINAL, CON LA TENDENCIA -

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

ACTUAL A CERRAR ESTA. LA CONSTANTE EVOLUCION QUE HAN TENIDO LAS DIFERENTES TECNICAS, HA CONTRIBUIDO EN LA DISHINUION TANTO DE LAS COMPLICACIONES COMO DE LA MORTALIDAD. (1) (5)

### HISTERECTOMIA VAGINAL

EN CUANTO A LA HISTERECTOMIA VAGINAL, EN 1783 MARSHALL Y EN 1813 LAHGENBECK, PUBLICAN LAS PRIMERAS CASUISTICAS CON CIFRAS ESTADISTICAS SIGNIFICATIVAS, HACIENDO ESFASIS EN QUE LA INDICACION PRINCIPAL LA CONSTITUYE EL - PROLAPSO UTERINO. (5) (6)

EN 1881 LA MORTALIDAD POR ESTE PROCEDIMIENTO ERA SUMAMENTE ELEVADA - REPORTANDOSE HASTA EN UN 32% COMO LO MENCIONA HILDEN. (5)

LOS PRIMEROS REPORTE QUE SE HICIERON EN MEXICO, CORRESPONDEN A JULIAN VILLARREAL, SUAREZ GAMBOA, VELAZQUEZ URIARTE, MANUEL CASTILLEJOS, ETC. (6)

LOA MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL, PARA LOS PRIMEROS - AÑOS DEL PRESENTE SIGLO, CONTINUABA SIENDO ELEVADA CONDICIONADA PRINCIPAL - MENTE POR EL SANGRADO MASIVO Y LAS LESIONES DEL TRACTO URINARIO BAJO. (6)

### HISTERECTOMIA OBSTETRICA.

LA PRIMERA CESAREA HISTERECTOMIA FUE PRACTICADA POR HORACIO ROBINSON STOEREN EN 1868 EN BOSTON, CON TAN MALOS RESULTADOS QUE FALLECIERON LA MA - MA Y EL PRODUCTO.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

EN PAVIA, EN 1876 EDUARDO PORRO REALIZO LA PRIMERA HISTERECTOMIA OBSTETRICA EXITOSAMENTE, POR LO QUE ESTA OPERACION ES CONOCIDA CON EL NOMBRE DE "OPERACION DE PORRO". (7)

EN 1880, ROBERT HARRIS INFORMO DE 29 CASOS DE OPERACIONES DE PORRO Y BARCLAU EN 1959 REPORTA LAS PRIMERAS 1,000 CESAREAS HISTERECTOMIAS DE LOS ARCHIVOS DEL CHARITY HOSPITAL DE NEW ORLEANS DE 6,600 CESAREAS.

EN MEXICO, CASTELAZO REPORTOS 26 CESAREAS HISTERECTOMIAS DE UN TOTAL DE 1926 CESAREAS ( 1.24% ) Y RUIZ VELASCO EL ( 1.31% ) DE 2134 CESAREAS.

AL COMIENZO DEL PRESENTE SIGLO LA PRINCIPAL INDICACION DE LA CESAREA HISTERECTOMIA ERA LA INFECCION Y EL SANGRADO GRAVE, GENERALMENTE SE REALIZABA EN PACIENTES QUE SE CONTRABAN EN TAN MAL ESTADO QUE LOS RESULTADOS ERAN DESALENTADORES.

EL PROGRESO DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS COMO ERA DE ESPERAR, HIZO SURGIR NUEVAS INDICACIONES Y DEJO DE SER UNA INTERVENCION DESTINADA UNICAMENTE A LOS CASOS DE URGENCIA. SE INICIA LA CIRUGIA ELECTIVA CON FINES DE ESTERILIZACION EN MUJERES CON PARIDAD SATISFECHA, PRINCIPALMENTE EN LOS PAISES ANGLOSAJONES.

EN LA HISTERECTOMIA DE URGENCIA BARCLAY REPORTA EN 1959 UNA MORTALIDAD DE 9% EN MEXICO RUIZ VELASCO REFIERE 3.5% EN 1970. (7)

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### III. OBJETIVOS.

EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO, ES EL DE EXPONER EL CRITERIO QUIRURGICO DE LA HISTERECTOMIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL DE PETROLEOS MEXICANOS.

HACIENDO ESPECIAL ENFASIS EN LA INVESTIGACION DE LA MORBI MORTALIDAD - QUE SE PRESENTO AL CABO DE TRES AÑOS DE EXPERIENCIA DESDE LA APERTURA DE ESTE CENTRO HOSPITALARIO.

PARA TAL EFECTO, SE REALIZO UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS PACIENTES - OPERADAS A PARTIR DEL 1o. DE AGOSTO DE 1984, HASTA EL 31 DE JULIO DE 1987.

## MARBI MORTALIDA EN LA HISTERECTOMIA

### IV. MATERIAL Y METODOS.

SE REVISARON EN FORMA RETROSPECTIVA 245 EXPEDIENTES QUE CORRESPONDE AL NUMERO DE PACIENTES OPERADAS DE HISTERECTOMIA, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE PETROLEOS MEXICANOS; DE UN TOTAL - DE 3,000 (CONSULTAS) EFECTUADAS ENTRE EL 1o. DE AGOSTO DE 1984 AL 31 DE JULIO DE 1987, DE LAS CUALES CORRESPONDIERON A 1,400 CONSULTAS OBSTETRICAS Y 1,600 GINECOLOGICAS.

LAS 245 PACIENTES QUE SE OPERARON DE HISTERECTOMIA, SIGNIFICARON EL - 4.3% DE LA 10,200 CIRUGIAS EFECTUADAS EN EL HOSPITAL DURANTE EL LAPSO MENCIO NADO.

SE HIZO ESPECIAL ENFASIS EN EL METODO DE SELECCION, QUE INCLUIA PRESEN TAR Y DISTRIBUIR LOS CASOS EN SESION DEL SERVICIO, PREVIAMENTE A LA PROGRAMA CION DE LA PACIENTE.

### P R E O P E R A T O R I O .

EL ESTUDIO DE CADA PACIENTE, SE INICIO CON UNA HISTORIA CLINICA GINECO LOGICA COMPLETA, EXAMENES PREOPERATORIOS, QUE INCLUIAN CULTIVO DE SECRECIO - NES GENITALES Y UROCULTIVOS (NEGATIVO), CITOLOGIA CERVICAL Y ULTRASONOGRAFIA PELVICA, BIOPSIA DE CERVIX O BIOPSIA DE ENDOMETRIO EN CASOS ESPECIFICOS.

SE REALIZO VALORACION ANESTESICA PREVIA EN TODOS LOS CASOS Y VALORA - CION CARCIOLÓGICA EN LA PACIENTES MAYORES DE 40 AROS O EN AQUELLAS QUE SE - CONSIDERARON EN RIESGO ELEVADO.

LAS PACIENTES SE INTERNARON LA TARDE PREVIA A LA CIRUGIA Y SU PREPARA CION INCLUIA, LA APLICACION DE UN OVULO DE FURACION POR LA NOCHE EN LOS CASOS DE HISTERECTOMIA VAGINAL.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

A PARTIR DEL MES DE MARZO DE 1985 SE AGREGO AL MANEJO EL USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA EN TODAS LAS PACIENTES, QUE CONSISTIO EN LA ADMINISTRACION DE DOS GRAMOS INTRAVENOSOS DE CEFALOSPORINAS UNA HORA ANTES DE LA CIRUGIA Y POSTERIORMENTE UN GRAMO INTRAVENOSO CADA CUATRO HORAS POR TRES DOSIS MAS.

### TRANSOPERATORIO.

SE REGISTRARON LAS COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS, HALLAZGOS, TECNICAS Y TIEMPO QUIRURGICO ASI COMO EL TIPO DE ANESTESIA.

### POSTOPERATORIO.

COMO PARTE FUNDAMENTAL DE ESTE TRABAJO SE CONSIDERARON LAS CONCLUSIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS Y TARDIAS, ESTANCIA HOSPITALARIA DE LA PACIENTE Y FINALMENTE, SE REALIZO UNA CORRELACION CLINICO PATOLOGICA CON EL INTERES DE CONFIRMAR, LA INDICACION DE LA CIRUGIA.

LAS INTERVENCIONES FUERON REALIZADAS, POR EL EQUIPO HABITUAL DEL SERVICIO QUE INCLUYEN AL MEDICO ESPECIALISTA ADSCRITO Y A LOS RESIDENTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA DE ESPECIALIDAD, EN ENTRENAMIENTO QUIRURGICO.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### RESULTADOS

V

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### V. RESULTADOS.

#### E D A D.

LA EDAD FLUCTUO ENTRE LOS 21 Y LOS 78 AÑOS, SIENDO EL PROMEDIO GENERAL DE 40.8 AÑOS.

LA MAS ALTA FRECUENCIA, LA ENCONTRAMOS EN PACIENTES ENTRE LOS 35 A 39 - AÑOS, CON 58 CASOS (23%), EL GRUPO DE EDAD ENTRE LOS 45 Y 49 AÑOS CON 55 CA - SOS (21.8%) Y LAS PACIENTES ENTRE LOS 30 A 34 AÑOS CON 48 CASOS (19%).

(TABLA I).

LA PACIENTE MAS JOVEN FUE DE 21 AÑOS, A LA CUAL SE LE REALIZO HISTERECTOMIA ABDOMINAL, POSTERIOR A UN ABORTO SEPTICO. LA PACIENTE DE MAYOR EDAD - FUE DE 78 AÑOS QUIEN PRESENTABA PROLAPSO UTERINO, Y DISPLASIA CERVICAL.

#### ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

DENTRO DE LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE IMPORTANCIA, ENCONTRAMOS QUE PREDOMINARON LAS PACIENTES CON DOS O MAS GESTACIONES, 216 PACIENTES (88.7%), 20 PACIENTES PRIMIGESTAS QUE CORRESPONDEN AL 8.2% DEL TOTAL. SE ENCONTRO 9 - PACIENTES MULIGESTAS (3.6%).

EN LAS MULIGESTAS, LAS INDICACIONES DE LA CIRUGIA, FUERON: POR FIBROMA TOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS, LO QUE IMPIDIO REALIZAR UNA CIRUGIA CONSERVADORA EN 6 CASOS; POR COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PUERPERIO EN O - TRAS DOS PACIENTES SE RECURRIDO A LA INTERVENCION.



MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

TABLA 1. FRECUENCIA POR EDADES.

<u>EDAD/AÑOS</u>	<u>NUMERO</u>	<u>( % )</u>
20 - 24	5	2.1
25 - 29	8	3.2
30 - 34	48	19.5
35 - 39	58	23.7
40 - 44	44	18.4
45 - 49	55	22.5
50 - 54	16	6.5
55 - 59	6	2.5
60 - 64	3	1.2
65 - 69	1	0.4
70 - 74	1	0.4
	<hr/>	<hr/>
TOTAL:	245	100.0
	<u>=====</u>	<u>=====</u>

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

EN CUANTO A LA PARIDAD, EL MAYOR NUMERO DE PACIENTES LO CONTITUYO EL - GRUPO CON DOS O MAS PARTOS EN 170 CASOS (69.1%).

SE PRESENTARON 42 PACIENTES ( 17.5% ), CON EL ANTECEDENTE DE UNA O DOS CESAREAS Y 9 PACIENTES CON MAS DE DOS CESAREAS ( 3.6% ), EN UN CASO SE ENCON - TRO EL ANTECEDENTE DE CINCO CESAREAS PREVIAS.

ANTECEDENTES DE CIRUGIA PREVIA.

121 PACIENTES TENIAN ANTECEDENTES DE CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIA (TA - BLA II) DE LAS CUALES, A 75 SE LES HABIA PRACTICADO SALPINGOCLASIA, QUE CO - RRESPONDE AL 30.7% DEL TOTAL, 22 CASOS CON COLPOPERINEOPLASTIA (9.0%), CON - CIRUGIA DE OVARIO 13 CASOS (5.3%), Y 7 PACIENTES CON CIRUGIA DE MAMA (2.9%).

EN LA TABLA III, SE MENCIONA A LAS PACIENTES CON CIRUGIA ABDOMINAL PRE - VIA NO GINECOLOGICA; DE LAS CUALES LA MAS FRECUENTE FUE LA APENDICECTOMIA EN 32 CASOS (7.2%), SIGUIENDOLE EN ORDEN DE FRECUENCIA LA HERNIOPLASTIA, CON 16 PACIENTES (6.5%).

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

TABLA II. ANTECEDENTES DE CIRUGIA GINECOLOGICA.

<u>CIRUGIA</u>	<u>NUMERO</u>	<u>( % )</u>
SALPINGOCLASIA	75	30.7
COLPOPERINEOPLASTIA	22	9.0
CIRUGIA EN OVARIOS	13	5.3
CIRUGIA DE MAMA	7	2.9
OTRAS	4	1.6
 	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	121	49.5
	*****	*****

TABLA III. ANTECEDENTES CON CIRUGIA ABDOMINAL NO GINECOLOGICA.

<u>CIRUGIA</u>	<u>NUMERO</u>	<u>( % )</u>
APENDICECTOMIA	32	13.2
HERNIOPLASTIA	16	6.5
COLECISTECTOMIA	13	5.3
LAPAROTOMIA	6	2.5
 	<hr/>	<hr/>
T O T A L :	67	27.5
	*****	*****

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### PATOLOGIA ASOCIADA.

EN NUESTRO MEDIO, LA PATOLOGIA QUE MAS SE OBSERVO FUE LA OBESIDAD; CON 56 CASOS (22.9%), EN SEGUNDO LUGAR ENCONTRAMOS A LA HIPERTENSION ARTERIAL EN 24 CASOS (9.9%), Y EN TERCER LUGAR LAS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN 8 CASOS (3.2%). (TABLA IV).

EL MANEJO DE ESTAS PACIENTES QUE IMPLICABAN UN MAYOR RIESGO QUIRURGICO FUE LLEVADO EN FORMA CONJUNTA CON LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA Y ENDOCRINOLOGIA DE NUESTRO HOSPITAL.

TABLA IV. PATOLOGIA ASOCIADA.

<u>PATOLOGIA</u>	<u>NUMERO</u>	<u>( % )</u>
OBESIDAD	56	22.9
HIPERTENSION ARTERIAL	24	9.9
DIABETES MELLITUS	8	3.2
INSUF. VENOSA	6	2.5
OTRAS	3	1.2
 	<hr/>	<hr/>
T O T A L	97	46.7
	*****	*****

## MORBI MORATLIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### DIAGNOSTICO CLINICO.

EL DIAGNOSTICO CLINICO QUE MAS FRECUENTEMENTE MOTIVO LA HISTERECTOMIA, FUE LA MIOMATOSIS UTERINA SINTOMATICA; EN 158 CASOS, LO QUE CORRESPONDE A UN 64.5% DEL TOTAL; LA SEGUNDA INDICACION MAS FRECUENTE FUE EL PROLAPSO UTERINO CON 33 CASOS (13.6%). ADEMAS DE ESTAS INDICACIONES PRINCIPALES, SE ENCONTRAN VARIOS CASOS EN LOS CUALES COEXISTIAN DOS O MAS INDICACIONES EN UNA MISMA PACIENTE, HABIENDO TOMADO LA PRIMERA COMO LA ENTIDAD NOSOLOGICA PRINCIPAL. EL RESTO DE LAS INDICACIONES ASI COMO SU FRECUENCIA SE MENCIONA EN LA ( TABLA - V ).

TALBA V. DIAGNOSTICO CLINICO.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>HUMERO</u>	<u>( % )</u>
MIOMATOSIS	158	64.5
PROLAPSO UTERINO	33	13.6
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA	15	6.1
ADENOMIOSIS	10	4.0
DISPLASIA CERVICAL	9	3.6
C.A. C.U.	3	1.2
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	12	4.8
OTROS	5	2.1
<b>T O T A L</b>	<b>245</b>	<b>100.0</b>
	=====	=====

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO.

EL ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO, EFECTUADO EN 169 PACIENTES, REPORTARON 153 CASOS (62.4%), CON MIOMATOSIS UTERINA; 9 CON UTERO SIN ALTERACIONES Y 7 CASOS MAS CON OTROS DIAGNOSTICOS, TALES COMO, HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO, TUMOS ANEXIAL, ETC.

### TECNICA QUIRURGICA.

SE REALIZARON, UN TOTAL DE 202 HISTERECTOMIAS ABDOMINALES (82.8%) DE LAS CUALES, 94 FUERON CON TECNICA SUBFASCIAL (38.3%) Y 108 EN LAS QUE SE EFECTUO LA TECNICA CLASICA O EXTRAFASCIAL, CON UN 44.5% DEL TOTAL.

35 PACIENTES, SE SOMETIERON A HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA, LO QUE SIGNIFICA UN 14.5% DE LOS PROCEDIMIENTOS Y UNICAMENTE EL (1.2%) LO OCUPARON LAS HISTERECTOMIAS OBSTETRICAS, 2 POR PROCESOS INFECCIOSOS Y POSTERIOR A UNA CESAREA Y A UN ABORTO SEPTICO, LA OTRA POR ACRETISMO PLACENTARIO.

SOLAMENTE EN UNA OCACION, FUE NECESARIO REALIZAR UNA HISTERECTOMIA SUBTOTAL, DADAS LAS COMPLICACIONES TECNICAS QUE SE PRESENTARON DURANTE LA CIRUGIA. LA PACIENTE FUE REPROGRAMADA POSTERIORMENTE PARA EXTRAER EL MURON CERVICAL RESIDUAL.

CABE MENCIONAL, QUE EN 44 PACIENTES (18.4%), SE LES EFECTUO HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y SE LES REALIZO UN SEGUNDO TIEMPO POR VIA VAGINAL PARA LA CORRECCION DE LOS TRANSTORNOS DE LA ESTATICA PELVICA, QUE PRESENTABAN EN FORMA CONCOMITANTE.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

EL TIEMPO PROMEDIO, EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL FUE DE 2 HORAS, 10 - MINUTOS EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL, FUE DE 2 HORAS Y EN LOS CASOS HISTERECTOMIA ABDOMINAL MAS COLPOPERINEOPLASTIA, LA CIRUGIA SE REALIZO EN UN TIEMPO DE 3 HORAS CON 15 MINUTOS ( TABLA VI ).

TABLA VI. TIEMPO PROMEDIO DE DIFERENTES HISTERECTOMIAS.

<u>CIRUGIA</u>	<u>TIEMPO</u>
HISTERECTOMIA ABDOMINAL MAS COLPOPERINEOPLASTIA	3 HORAS, 15 MINUTOS
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	2 HORAS, 10 MINUTOS
HISTERECTOMIA VAGINAL	2 HORAS

---

## MORBI - MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### A N E S T E S I A .

EL TIPO DE ANESTESIA MAS FRECUENTEMENTE EMPLEADO FUE EL BLOQUEO PERIDURAL CON 161 CASOS (65.7%), Y LOS RESTANTES 84 CASOS SE MANEJARON CON ANESTESIA GENERAL, CORRESPONDIENDO AL 34.3%.

### P R O F I L A X I S   A N T I M I C R O B I A N A

DE ACUERDO A LOS CRITERIOS QUE SE MANEJAN ACTUALMENTE, EN CUANTO A LA UTILIZACION PROFILACTICA DE LOS ANTIMICROBIANOS EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA, SE MANEJARON 224 PACIENTES (92.0%), CON EL ESQUEMA DE CEFALOSPORINAS PREVIAMENTE COMENTADO.



## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.

LAS COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS SE MENCIONAN EN LA TABLA VII .

LA MAS FRECUENTE FUE HERMORRAGIA MAYOR DE 800 CC QUE SE PRESENTO EN 21 PACIENTES (8.6%), Y LESION VESICAL EN 3 CASOS (1.2%), LAS CUALES SE RESOLVIERON EN LA FORMA HABITUAL. NO SE PRESENTARON LESIONES DEL TRACTO DIGESTIVO.

### COMPLICACIONES INMEDIATAS.

SON LAS COMPLICACIONES QUE SE ENCUENTRAN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS POSTERIORES A LA CIRUGIA, SOLO SE PRESENTO EN UN CASO SANGRADO DE LA HERIDA QUIRURGICA LA CUAL SE RESOLVIO EN FORMA SATISFACTORIA.

### COMPLICACIONES MEDIATAS

CON ESTE NOMBRE NOS REFERIMOS A LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON POSTERIOR A LAS 24 HORAS DE LA CIRUGIA Y HASTA EL EGRESO DE LA PACIENTE, COMO SE MUESTRA EN LA TABLA VII. SE PUEDE OBSERVAR QUE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS OCUPA EL PRIMER LUGAR CON 18 CASOS (7.4%), LA RETENCION URINARIA CON 10 CASOS (4.0%), PROLONGANDOSE EL USO DE LA SONDA DE FOLEY EN ESTAS PACIENTES POR SIETE DIAS.

LA MORBILIDAD FEBRIL SE PRESENTO UNICAMENTE EN 3 PACIENTES SIGNIFICANDO EL 1.2%.

MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

TABLA VII. COMPLICACIONES MEDIATAS

<u>COMPLICACIONES</u>	<u>NUMERO</u>	<u>( % )</u>
INFECCION DE VIAS URINARIAS	18	7.4
RETENCION URINARIA	10	4.0
FIEBRE DE ETIOLOGIA NO DETERMINADA	3	1.2
ILEO	3	1.2
HEMATOMA DE CUPULA VAGINAL	2	0.8
HEMOPERITONEO	1	0.4
HEPATITIS POST TRANSFUSION	1	0.4
 	<hr/>	<hr/>
T O T A L	38	15.4
	*****	*****

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### COMPLICACIONES TARDIAS.

LAS COMPLICACIONES QUE SE ENCONTRARON EN EL CONTROL POSTQUIRURGICO QUE SE TIENE DE LAS PACIENTES, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO SE AGRUPAN EN LA TABLA VIII.

LA COMPLICACION DE ESTE TIPO QUE MAS FRECUENTEMENTE SE PRESENTO, FUE - EL GRANULOMA DE LA CUPULA VAGINAL EN 14 PACIENTES, CON UN PROCENTAGE DE 5.7%, EN 7 PACIENTES SE PRESENTO LA INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA EN FORMA LEVE (2.9%), ABSCESO DE PARED ABDOMINAL A NIVEL DE LA HERIDA QUIRURGICA, EN 3 CASOS (1.2%).

6 PACIENTES, CURSARON CON ABSCESO DE LA CUPULA VAGINAL (2.5%), 2 CON - CELULITIS PELVICA (0.8%) Y EN UN SOLO CASO SE PRESENTO UNA FISTULA VESICO VA GINAL (0.4%) LA CUAL FUE TRATADA POR EL SERVICIO DE UROLOGIA.

CABE MENCIONAR QUE EN 5 CASOS (2.1%), LAS PACIENTES CURSARON CON HI - PDESTESIA A NIVEL DE MIEMBROS PELVICOS, LO QUE NOS SUGIERE UNA LESION DE TI - PO NEUROLOGICO DURANTE LA CIRUGIA.

MORBI MORTALIDA DE LA HISTERECTOMIA

TABLA VIII. COMPLICACIONES TARDIAS.

<u>COMPLICACIONES</u>	<u>NUMERO</u>	<u>( % )</u>
GRANULOMA	14	5.7
DEHICENCIA DE HERIDA QUIRURGICA LEVA	7	2.9
ABSCESO DE CUPULA	6	2.5
HIPDESTESIA EN MIEMBRO PELVICO	5	2.1
DISPARCUNIA	3	1.2
CELULITIS PELVICA	2	0.8
FISTULA VESICO VAGINAL	1	0.4
	<hr/>	<hr/>
T O T A L	41	16.8
	*****	*****

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.

LA TABLA IX MENCIONA, EL DIAGNOSTICO FINAL HISTOPATOLOGICO REPORTADO - POR EL SERVICIO DE PATOLOGIA, EN BASE A LO CUAL, SE REALIZO UNA CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA; CON EL FIN DE CORROBORAR LA EXACTITUD DEL DIAGNOSTICO - PREOPERATORIO DE ACUERDO A NUESTRO CRITERIO DE ESTUDIO EN EL SERVICIO.

TABLA IX.           DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>NUMERO</u>	<u>( % )</u>
MIOMATOSIS	67	27.4
ADENOMIOSIS	43	17.5
MIOMATOSIS MAS ADENOMIOSIS	19	7.8
UTERO NORMAL	41	17.1
HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	19	7.8
C.A. C.U.	5	2.1
DISPLASIA SEVERA	3	1.2
PLACENTA ACRETA	1	0.4
ENDOMETRITIS	2	0.8
TUMOR DE OVARIO	8	1.2
T O T A L	208	84.3
	*****	*****

## MORBI MORTABILIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### ESTANCIA HOSPITALARIA.

LA ESTANCIA HOSPITALARIA PROMEDIO DE LAS PACIENTES FUE DE 4.9 DIAS, SIENDO EL MENOR TIEMPO DE ESTANCIA 3 DIAS Y 21 CASO QUE PERMANECIO DURANTE 14 DIAS POR CURSAR CON UN CUADRO DE SEPSIS ABDOMINAL; QUE AMERITO SU MANEJO EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA.

### MORTALIDAD.

LA MORTALIDAD DE LOS CASOS REVISADOS FUE DE (0.0%) ESTE HECHO QUIZA FUE DEBIDO, A QUE LA MAYORIA DE LAS PACIENTES QUE FUERON INTERVENIDAS CONTABAN CON UN ESTUDIO CLINICO PRECIO COMPLETO, PROGRAMANDOSE LA CIRUGIA, CUANDO LAS CONDICIONES DE LA PACIENTES FUERAN OPTIMAS.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### VI. COMENTARIO

LA HISTERECTOMIA, ES UNA INTERVENCION QUIRURGICA MUTILADORA, EN LA QUE SE EXTIRPA UN ORGANO DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA REPRODUCCION Y COMPLEMENTARIO PARA LA INTEGRACION PSICO-BIOLÓGICA DE LA MUJER, CON UN GRAN SIGNIFICADO DESDE EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL, CONYUGAL Y SOCIAL. SU USO, CADA VEZ MAS SE HA DIFUNDIDO TANTO EN LOS CIRUJAHOS GENERALES COMO EN LOS GINECOOBSTETRAS, ESTO DEBIDO A QUE EN LA ACTUALIDAD SE DISPONE, CON MULTIPLES ADELANTOS TECNOLOGICOS, CAPACITACION QUIRURGICA, ANTIBIOTICOS MAS EFECTIVOS, ETC...

TODAS ESTAS VENTAJAS HAN CONDICIONADO UNA MAYOR LIBERTAD EN LAS INDICACIONES, LAS CUALES YA NO SE LIMITAN SOLAMENTE A PATOLOGIA TUMORAL BENIGNA O MALIGNA: SINO QUE SE HAN AGREGADO INDICACIONES COMO LA PROFILAXIS DEL CANCER CERVICO UTERINO, O COMO UN METODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD, QUE CADA VEZ SE VE CON MAYOR FRECUENCIA. (9)

COMO PODEMOS OBSERVAR EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS, EXISTEN POCAS DIFERENCIAS EN GENERAL, CON LO REPORTADO POR OTROS AUTORES. (10) (11) (12) (13)

EN NUESTRA CASUISTICA, LA EDAD MAS FRECUENTE DE LAS PACIENTES QUE SE SOMETIERON A HISTERECTOMIA, FUE ENTRE 35 - 39 AÑOS CON UN 23.7% DEL TOTAL, LO QUE NO SE APARTA DE LO INFORMADO EN OTRAS ESTADISTICAS. (13) (14) (15)

LA EDAD PROMEDIO FUE DE 40.8 AÑOS, CIFRA QUE SE CORRELACIONA CON OTROS INFORMES COMO LOS COMENTADOS POR AHUED Y COLS. EN DONDE EL PROMEDIO FUE DE 42.5 AÑOS.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

EN CUANTO A LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS, LA INCIDENCIA DE CESAREAS ES DE 21.1 % , LO CUAL ES DE GRAN INTERES, PUESTO QUE PUEDE SER EL PUNTO DE PARTIDA DE PROCESOS ADHERENCIALES SECUNDARIOS, QUE EN UN MOMENTO DADO DIFICULTA LA INTERVENCIÓN O DEBIDO A LA NEOFORMACION DE VASOS QUE LA TORNAN SANGRANTE.

TAMBIEN TIENE EL MISMO INTERES, EL ANTECEDENTE DE CIRUGIA ABDOMINAL QUE SE ENCONTRO EN MAS DE LA MITAD DE LOS CASOS, ESTAS SITUACIONES INFLUYEN TANTO EN LA VIA DE ABORDAJE PARA LA REALIZACION DE LA HISTERECTOMIA, COMO EN LA NECESIDAD DE MODIFICAR LA TECNICA QUIRURGICA DURANTE LA INTERVENCIÓN, POR LOS PROCESOS - ADHERENCIALES QUE SE ORIGINAN.

LA PATOLOGIA ASOCIADA PRESENTE, ES LA QUE MAS FRECUENTEMENTE SE REPORTA EN OTRAS SERIES Y QUE IMPLICA UN MAYOR RIESGO PARA LA CIRUGIA, NO OBSTANTE COMO YA SE COMENTO, ESTAS PACIENTES FUERON MANEJADAS EN FORMA CONJUNTA CON LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA CORRESPONDIENTES.

LA MIOMATOSIS UTERINA, ES LA PATOLOGIA QUE MAS FRECUENTEMENTE INDICA LA HISTERECTOMIA POR LA VIA ABDOMINAL. POR OTRO LADO LOS TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVICA SEVEROS INDICAN LA HISTERECTOMIA VAGINAL; COMO SUCEDIO EN LOS CASOS QUE PRESENTAMOS Y COMO LO REPORTAN LA MAYORIA DE LOS AUTORES. (10) (13) (16)

EN OTRAS PACIENTES, LA INDICACION DE HISTERECTOMIA POR LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA CRONICA FUE DEL 6.1% . ESTO NOS SUGIERE UNA ALTA FRECUENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS CRONICOS.



## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

EL SANGRADO UTERINO ANORMAL PERIMENOPAUSICO FUE MOTIVO DE ESTUDIO; EFECTUANDOSE EN ESTAS PACIENTES, UN LEGRADO UTERINO BIOPSI FRACCIONADO, ENCONTRANDO 12 CASOS CON HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA DEL ENOMETRIO LO QUE INDICO LA CIRUGIA.

UNICAMENTE EN TRES CASOS, LA CIRUGIA SE INDICO POR CARCINOMA CERVICO UTERINO IN SITU, EFECTUANDOSE HISTERECTOMIA EXTRAFASCIAL, DE ESTOS, EN UN CASO SE PRESENTO RECURRENCIA, A NIVEL DE LA CUPULA VAGINAL.

FUE COMUN, ENCONTRAR MAS DE UNA PATOLOGIA EN LA MISMA PACIENTE, LO QUE PUEDE INDICAR, LA EXTIRPACION O CORRECCION DE OTROS ORGANOS ENFERMOS, COMO PATOLOGIA OVARICA O CISTO RECTOCELE, INCONTENENCIA URINARIA DE ESFUERZO, ETC.

EN BASE A LO ANTERIOR, EN 44 PACIENTES 18.4%, SE EFECTUO HISTERECTOMIA ABDOMINAL, CON UN SEGUNDO TIEMPO QUIRURGICO, PARA LA CORRECCION POR VIA VAGINAL DE LOS TRASTORNOS DE LA ESTATICA PELVICA.

LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL SE HA DESCARTADO UNIVERSALMENTE, YA QUE DEJA EL CERVIX, EL CUAL CON FRECUENCIA PUEDE SER ASIENTO DE INFECCIONES O TUMORACIONES MALIGNAS, LO QUE EXIGE VIGILANCIA DURANTE TODA LA VIDA; LA UNICA EXCEPCION, SON AQUELLOS CASOS EN LOS QUE NO ES POSIBLE REALIZAR LA HISTERECTOMIA COMPLETA, POR RAZONES DE TIPO TECNICO O POR NO PERMITIRLO LA CONDICION DE LA PACIENTE. DE LOS 245 CASOS UNICAMENTE SE PRESENTO, ESTA SITUACION, EN UNA PACIENTE, A LA CUAL SE LE PROGRAMA POSTERIORMENTE, PARA EXTIRPAR EL MUÑON CERVICAL RESIDUAL.

EN NUESTRA CASUISTICA, ENCONTRAMOS PRACTICAMENTE EL MISMO NUMERO DE HISTERECTOMIAS CON TECNICA SUBFASCIAL Y EXTRAFASCIAL, CON 94 CASOS (38.3%) Y 108 CASOS (44.5%), RESPECTIVAMENTE, ESTO REPRESENTA UNA ALTA INCIDENCIA DE LA

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

HISTERECTOMIA ABDOMINAL EXTRAFASCIAL, EN COMPARACION A LO REPORTADO POR LA MAYORIA DE LOS AUTORES, QUE PREFIEREN ESTE METODO PRINCIPALMENTE EN LOS CASOS DE PATOLOGIA MALIGNA Y LA TECNICA SUBFASCIAL EN LOS OTROS, DADAS SUS VENTAJAS, LAS CUALES SE ANOTAN EN EL CUADRO 1. (20)

CUADRO 1. VENTAJAS DE LA HISTERECTOMIA SUBFASCIAL SOBRE LA TECNICA ESTRAFASCIAL.

- 
1. LA TOMA DE LOS LIGAMENTOS UTERO SACROS Y CARDINALES, ES POR DENTRO DE LA FASCIA.
  2. HACE UN RECHAZAMIENTO LIMITADO DE LA VEJIGA.
  3. PERMITE UNA BUENA RESTRUCTURACION DE LA FASCIA ENDOPELVICA.
  4. DA UN SOPORTE ADECUADO A LA CUPULA VAGINAL.
  5. ES MAS FACIL Y MAS SEGURA DE REALIZAR EN LOS CASOS DE PROCESOS INFLAMATORIO CON INFILTRACION DEL PISO PELVICO.
-

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE TIPO HEMORRAGICO SE PRESENTO EN UN 8% DE LAS OPERACIONES; INCIDENCIA DISCRETAMENTE MAYOR A LA REPORTADA POR OTROS AUTORES. EN CUANTO A LESIONES A ORGANOS VECINOS , UNICAMENTE SE PRESENTO LESION DE VEJIGA EN 3 CASOS LOS CUALES SE REPARARON EN LA FORMA HABITUAL, Y NO SE ENCONTRO LESION DEL TUBO DIGESTIVO.

EN EL 28.9% EL DIAGNOSTICO CLINICO, NO CORRESPONDIO CON EL DIAGNOSTICO FINAL. EL ERROR MAS COMUN CONSISTIO, EN MAL INTERPRETAR LA NATURALEZA DE LAS IRREGULARIDADES DEL SANGRADO MESTRUAL, TAN COMUN EN LA EPOCA DE LA MUJER EN QUE FUERON PRACTICADAS LAS OPERACIONES. EN MUCHAS OCASIONES LA OBESIDAD DE LAS PACIENTES, UTEROS LIGERAMENTE AUMENTADOS DE TAMANO, O ALGUNA IMAGEN SUGESTIVA, DURANTE LOS ESTUDIOS DE ULTRASONOGRAFIA, PUEDEN ORIENTAR HACIA UNA MIOMATOSIS UTERINA.

NUESTRO ERROR MAS FRECUENTE, EN EL DIAGNOSTICO, FUE EL DE ADENOMIOSIS YA QUE SABEMOS QUE ESTE DIAGNOSTICO ES DIFICIL DE HACER POR EL CLINICO Y CASI SIEMPRE ES TENTATIVO, SOLAMENTE ES DEFINITIVO CUANDO SE ESTUDIA LA PIEZA QUIRURGICA.

LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS OBSERVADAS POR NOSOTROS, ES SIMILAR A LA INFORMADA POR OTROS AUTORES. (20) (21)

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

EL MANEJO DE LAS PACIENTES, CON ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA, DISMINUYE EN FORMA IMPORTANTE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y LA MORBILIDAD FEBRIL, COMO - LO COMENTAN OTROS AUTORES Y LO CUAL SE CONFIRMA EN NUESTRO ESTUDIO. (18) (19) (20) (21)

NO SE DEBE OLVIDAR ADEMÁS, EL SEGUIR CORRECTAMENTE LAS NORMAS DE LA ASEPSIA, EL MANEJO CUIDADOSO DE LOS TEJIDOS Y UNA BUENA HEMOSTASIA, QUE SON DE GRAN IMPORTANCIA PARA ABATIR LA MORBILIDAD.

POR OTRA PARTE, TAMBIEN ES IMPORTANTE EL MANEJO ADECUADO DE LA SONTA VESICAL; YA QUE COMO OBSERVAMOS, SE PRESENTO MORBILIDAD EN EL 11.1% DE LAS PACIENTES A NIVEL DE VIAS URINARIAS, MENOR AL 16% REPORTADO POR OTROS AUTORES.

LA ESTANCIA HOSPITALARIA, EN NUESTRA CASUISTICA, FUE EN PROMEDIO DE 4.9 DIAS, SIENDO SIMILAR O MEJOR A LA INFORMADA POR OTROS AUTORES Y ES DE ESPERARSE YA QUE SI SE LOGRA DISMINUIR LA MORBILIDAD, EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION DISMINUIRA EN FORMA PARALELA. (24) (27)

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### VII. CONCLUSIONES.

- 1.- SE ANALIZO EN CRITERIO QUIRUGICO, ASI COMO LA MORBI MORTALIDAD DE 245 PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA, EN UN LAPSO DE 3 AROS EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCETRACION NACIONAL DE PETROLEOS MEXICANOS.
- 2.- LA EDAD MAS FRECUENTE, FUE LA COMPRENDIDA ENTRE LOS 35 A 39 AROS CON UN PROMEDIO GENERAL DE 40.8 AROS.
- 3.- EN MAS DE LA MITAD DE NUESTRAS PACIENTES, SE ENCONTRO EL ANTECEDENTE DE CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA, LO QUE OCASIONALMENTE DIFICULTO LA TECNICA QUIRURGICA POR PROCESOS ADHERENCIALES.
- 4.- LOS DIAGNOSTICOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA INDICARON LA HISTERECTOMIA FUERON LA MIOMATOSIS Y EL PROLAPSO UTERINO. EN APROXIMADAMENTE EL 40% DE LOS CASOS, DOS O MAS INDICACIONES COEXISTIERON, TOMANDOSE LA PRIMERA COMO LA ENTIDAD NOSOLOGICA PRINCIPAL.
- 5.- PRACTICAMENTE, SE EFECTUARON EL MISMO NUMERO DE HISTERECTOMIAS ABDOMINALES CON TECNICA SUBFACIAL Y EXTRAFASCIAL, CON UN CASO DE HISTERECTOMIA SUBTOTAL.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

- 6.- EN NUESTRA POBLACION DERECHOHABIENTE SE PRESENTA CON FRECUENCIA TRASTORNOS DE LA ESTATICA PELVICA, LO QUE REFLEJO LA INCIDENCIA DE HISTERECTOMIA VAGINAL EN UN 14.5% Y DE COLPOPERINEOPLASTIA 18.4%
- 7.- LAS COMPLICACIONES OPERATORIAS FUERON; SANGRADO EN 8.6% Y LESION VESICAL EN EL 1.2% DE LOS CASOS.
- 8.- LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, FUERON PRINCIPALMENTE LA INFECCION EN 13.1%, LA RETENCION URINARIA EN EL 4.0% Y EL HEMATOMA EN EL 0.8%. SE PRESENTO UN CASO DE FISTULA VESICO VAGINAL.
- 9.- LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS PRESENTADAS ALCANZAN UNA INCIDENCIA MENOR O FUERON MENOS GRAVES, COMO LO REPORTAN OTROS AUTORES QUE UTILIZAN LA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA EN LA CIRUGIA GINECOLOGICA.
- 10.- LOS ERRORES DE DIAGNOSTICO COMETIDOS, SE DEBIERON PRINCIPALMENTE A UNA MALA INTERPRETACION, DEL SANGRADO IRREGULAR DE LAS PACIENTES EN EL CLIMATERIO, INFLUENCIADO POR UN DIAGNOSTICO POCO PRECISO, DESDE EL PUNTO DE VISTA ULTRASONOGRAFICO.
- 11.- CON LA DISMINUCION REAL, EN CUANTO A LA MORBILIDAD EN LOS 245 CASOS COMENTADOS, LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PROMEDIO FUE DE 4.9 DIAS.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

12.- LA MORTALIDAD EN NUESTRO HOSPITAL FUE DEL (0.0%).

13.- PODEMOS CONCLUIR, QUE LOS RESULTADOS FAVORABLES OBTENIDOS, SE DEBEN AL ESFUERZO DE CUMPLIR CON EL ESTUDIO COMPLETO DE LAS PACIENTES QUE SE SO METAN A CIRUGIA GINECOLOGICA ELECTIVA, DE ACUERDO CON EL CRITERIO QUIRURGICO ESTABLECIDO EN NUESTRO SERVICIO.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

### VIII. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BRAVO, S.J. : LA MORBIMORTALIDAD EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL. GINEC. OBSTET. MEX. 33: 505, 1973.
- 2.- DELGADO U.J. : INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL. GINEC. OBSTET. MEX. 26: 183, 1969.
- 3.- AMIRIKIA, H. Y EVANS, T.N. : TEN YEAR REVIEW OF HYSTERECTOMIES : TRENDS, INDICATIOIS AND RISCKS. AM. J. OBSTET. GYNECOL. 1979 134: 43.
- 4.- TE LINDE. R. W. : OPERATIVE GYNECOLOGY. PHILADELPHIA. J. B. LIPPINCOTT CO. ED.
- 5.- PRATT J.H. : OPERATIVE AND POSTOPERATIVE DIFFICULTIES OF VAGINAL HISTERECTOMY OBSTET. GYNEC. 21 : 220, 1063.
- 6.- AHUED, A. J. R. : MORBILIDAD EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL. INFORME DE 500 CASOS. GINECOL. OBSTET. MEX. : 52, 175, 1984.
- 7.- CAZTELAZO AYALA, L; HERRERA LASSO, F. HISTERECTOMIA EN OBSTETRICIA CIR. CIR. 33: 177, 1965.
- 8.- LOPEZ O. GUERRERO H., LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA NO. 3 A DEL I.M.S.S. GINEC. OBSTET. MEX. 51: 318 1983.
- 9.- FLORES C. O. EVALUACION CLINICIA Y PSICOSEXUAL DE LA PACIENTE HISTERECTOMIZADA. GINEC. OBSTET. MEX. 38 : 229, 1982.
- 10.- WINGO P. A. ET AL. THE MORTALITY RISK ASSOCIATED WITH HISTERECTOMY. AM. J. OBSTET. GYNECOL., 152: 803, 1982.
- 11.- RIVLIN M.E. SURGICAL MANAGEMENT OF DIFUSE PERITONITIS COMPLICATING OBSTETRIC - GYNECOLOGYC INFECTIONS. OBSTET. GYNECOL. 67 652, 1986.
- 12.- SAVIN B.U. RAMOS R. ANTIBIOTIC PREVENTION OF INFECTIONS COMPLICATING RADICAL ABDOMINAL HISTERECTOMY. OBSTET. GINECOL. 64, 539, 1984.
- 13.- GRANT, J.M. AN AUDIT OF ABDOMINAL HISTERECTOMY OVER A DECADA IN A DISTRICT HOSPITAL. BR. J. OBSTET. GYNECOL., 91 : 73, 1984.



## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

- 14.- POULSEN H.K. PROPHYLACTIC METRONIDAZOLE OR SUCTION DRAINAGE IN ABDOMINAL HISTERECTOMY. OBSTET. GYNECOL., 63 : 291, 1984.
- 15.- GALLE P.C., URBAN R.B. SINGLE DOSE CARBENICILLIN VERSUS T-TUBE DRAINAGE IN PATIENTS UNDERGOING VAGINAL HISTERECTOMY. SURG. GYNECOL. OBSTET., 153: 351, 1981.
- 16.- HEMSELL D.L., DEFOXITIN FOR PROPHYLAXIS IN PREMENOPAUSAL WOMEN UNDERGOING VAGINAL HISTERECTOMY. OBSTET. GINECOL., 56: 629 , 1980.
- 17.- MAGOWAN L. OVARIAN CANCER AFTER HYSTERCTOMY. OBSTET. GINECOL., 69: 386-389 1987.
- 18.- BERKELEY A.S., CONTROLLED COMPARATIVE STUDY OF MOXALACTAM AND CEFAZOLIN FOR PROPHYLAXIS OF ABDOMINAL HISTERECTOMY. SURG. GINECOL. OBSTET., 161: 457, 1985.
- 19.- HEMSELL D.L., REISCH J., PREVENTION OF MAJOR INFACION AFTER ELECTIVE ABDOMINAL HISTETERECTOMY. INDIVIDUAL DETERMINATION REQUIERED AM. J. OBSTET. GYNECOL., 147: 520, 1983.
- 20.- DICHER R.C. ET AL., COMPLICATIONS OF ABDOMINAL AND VAGINAL HISTERECTOMYAMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN THE USA. THE COLLABORATIVE REVIEW OF STERILIZATION. AM. J. OBSTET. GYNECOL., 144: 841-848, 1982.
- 21.- MICKAL A. , LEWIS C., CEFOXITIN SODIUM DOUBLE-GLIND VAGINAL HISTERECTOMY PROPHILAXIS IN PRE MENOPAUSAL PATIENTS. OBSTET. GYNECOL., 56: 222, 1980.
- 22.- WHITE S.C., COMPARISON OF ABDOMINAL AND VAGINAL HISTERECTOMIES: A REVIEW OF 600 OPERATIONS. OBSTET. GYNECOL., 37: 530, 1971.
- 23.- POLK B.F. ET AL., RANDOMIZED CLINICAL TRIAL OF PERIOPERATIVE CEFAZOLIN IN PREVENTING INFECTION AFTER HUSTERECTOMY., LANCET 1 : 437, 1980.
- 24.- DUFF P. PARK R.C., ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN VAGINAL HISTERECTOMY A REVIEW. OBSTET. GINECOL., 55 : 193 (S), 1980.
- 25.- STAGE A.H., LOW DOSE CEPHARADINE PROPHYLAXIS IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGYC SURGERY. J. REPROD. MED., 27: 113, 1982.
- 26.- DUFF P. ANTIBIOTIC PROPHILAXIS FOR ABDOMINAL HYSTERECTOMY, OBSTET. GYNECOL. 60 : 25, 1982.

## MORBI MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA

- 27.- OSBORNE N.B., PRE OPERATIVE HOT COAGULATION OF THE CERVIX A POSSIBLE METHOD TO REDUCE POST OPERATIVE FEBRILE MORBIDITY FOLLOWING VAGINAL HISTERECTOMY., AM. J. OBSTET. GYNECOL. 52: 83, 1978.
- 28.- CAPEN C.V., VAGINAL REMOVAL OF THE OVARIES IN ASSOCIATION WITH VAGINAL HISTERECTOMY. J. REPROD. MED., 28: 589, 1983.
- 29.- BURCHELL C.R., DECISION REGARDING HISTERECTOMY. AM. J. OBSTET. GINECOL. 127: 113, 1977.