



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO 23

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores 24

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN HISTERECTOMIA
ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL C. H. "20 DE
NOVIEMBRE" DE SEPTIEMBRE DE 1981 A
SEPTIEMBRE DE 1986.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. BENIGNO CALDERON JUAREZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1991



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 está 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

	PAG.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y METODO	6
RESULTADOS	9
COMENTARIO	28
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	38

INTRODUCCION

SORANUS OBSTETRA GRIEGO PARECE SER EL PRIMERO QUE IDEO LA HISTERECTOMIA VAGINAL EN EL SIGLO II D.C. APARECIENDO POSTERIORMENTE REFERENCIAS A ESTE PROCEDIMIENTO DURANTE LOS SIGLOS VII Y X D.C. (8).

FUE HASTA 1813 CUANDO LANGEBECK EFECTUO LA PRIMERA HISTERECTOMIA-VAGINAL INTENCIONAL AL PARECER CON BUENOS RESULTADOS (27,38).

LA PRIMERA HISTERECTOMIA ABDOMINAL FUE REALIZADA POR HEAT EN 1843- EN MANCHESTER INGLATERRA. BURHAM REALIZO LA PRIMERA HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR MIOMAS EN 1853. STIMPSON DE ACUERDO A LO PUBLICADO EN 1889 - PRACTICO SISTEMATICAMENTE LA LIGADURA DE OVARIOS Y VASOS UTERINOS COMO PASO PREVIO A LA HISTERECTOMIA (36).

HASTA HACE APROXIMADAMENTE 50 AÑOS, EL TIPO DE HISTERECTOMIA RECOMENDADO ERA LA SUBTOTAL POR CONSIDERARSE QUE LA EXTRACCION DEL CUELLO UTERINO RESULTABA PELIGROSA; POSTERIORMENTE LA HISTERECTOMIA MAS FRECUENTEMENTE REALIZADA FUE LA EXTRAFASCIAL (38). SIENDO EN LA ACTUALIDAD LA TECNICA INTRAFASCIAL LA QUE MAS SE REALIZA. (4.10.10).

EN CUANTO A LAS INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA LAS PODEMOS -- CLASIFICAR DE ACUERDO A LO MENCIONADO POR JOEL Y COHEN DE LA SIGUIENTE-MANERA. (20).

- 1.- ENFERMEDAD INHERENTE AL UTERO COMO MIOMATOSIS, ADENOMIOSIS, PADECIMIENTOS PREMALIGNOS Y MALIGNOS DEL CUERPO Y CUELLO -- UTERINO.
- 2.- ENFERMEDAD DE LOS ANEXOS.

3.- PROCESOS TRAUMATICOS DEL UTERO

4.- HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL.

HAN APARECIDO NUEVAS INDICACIONES; COMO PROFILAXIS EN LA --
APARICION DE CANCER GENITAL, Y COMO METODO DE INTERRUPCION DEL EMBA
RAZO Y ESTERILIZACION. (16,33,35).

ESTUDIOS RECIENTES MENCIONAN QUE ESTAS INDICACIONES DEBEN -
SER SERIAMENTE CONSIDERADAS. DE ACUERDO AL ESTUDIO REALIZADO POR -
COLE Y BERLIN (7). LAS MUJERES DE 35 AÑOS DE EDAD SOLO LOGRAN EL --
0.2 DE AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA MAS, AL REALIZARSELES LA HISTEREC-
TOMIA COMO PROFILAXIS CONTRA EL CANCER GENITAL.

COMO METODO DE ABORTO Y ESTERILIZACION DE ACUERDO A LO MEN-
CIONADO POR PHYLLIS (25), DEL TOTAL DE MUERTES EN PACIENTES SOMETI-
DAS A HISTERECTOMIA POR EL ESTUDIADAS EL 61% CORRESPONDIERON A PA--
CIENTES EN LAS CUALES SE REALIZO LA HISTERECTOMIA COMO METODO DE --
INTERRUPCION DEL EMBARAZO Y ESTERILIZACION, O BIEN, EN PACIENTES EN
LAS CUALES PRESENTABAN CANCER GENITAL. (3).

OTROS AUTORES (13,38), PROPONEN A LA HISTERECTOMIA COMO ME-
TODO UTIL PARA MEJORAR EL NIVEL DE VIDA DE LA MUJER, ARGUMENTANDO --
QUE LA FUNCION DEL UTERO ES UNICAMENTE LA REPRODUCCION, LA CUAL UNA-
VEZ CUMPLIDA Y COMPLETADA LA FAMILIA EL ORGANO SE TORNA INNECESARIO,
SIENDO PRODUCTOR DE PROBLEMAS, TALES COMO DOLOR, SANGRADO, POTENCIAL
PRODUCTOR DE CANCER, MENCIONANDO BENEFICIOS COMO ELIMINACION DEL --
SANGRADO, DOLOR, ELIMINACION DE LA POSIBILIDAD DE CANCER GENITAL, Y

DE UTILIZACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

CONTRA ESTO EXISTEN CONSIDERACIONES ETICAS, MORALES, RELIGIOSAS, EMOCIONALES, CARACTERISTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES LAS -- CUALES VIENEN A CUESTIONAR A LA HISTERECTOMIA ELECTIVA.

INDUDABLEMENTE QUE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL O VAGINAL CON -- UNA INDICACION PRECISA Y SENSATA, ELEVA EL NIVEL DE VIDA DE LA MUJER.

UNA VEZ EVALUADOS TODOS LOS FACTORES Y TOMANDO EN CONSIDERACION EL RIESGO AL QUE SE SOMETE UNA MUJER DURANTE LA HISTERECTOMIA-- SE LE DEBERA BRINDAR EL BENEFICIO MAXIMO DE LA CIRUGIA DENTRO DE UN RIESGO MINIMO RAZONABLE.

TANTO LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL VAN A PRESENTAR -- MORBILIDAD Y MORTALIDAD, AUTORES NACIONALES Y EXTRANJEROS REPORTAN MORBILIDAD EN UNA CUARTA PARTE A LA MITAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A ESTE PROCEDIMIENTO (1,28,37). SEÑALANDO ALGUNOS AUTORES A LA HISTERECTOMIA VAGINAL COMO LA DE MAYOR MORBILIDAD (1,37). OTROS REPORTAN LO CONTRARIO (9,25).

LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES TANTO EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL COMO VAGINAL CORRESPONDE A LA ESFERA UROLOGICA, LESION VESICAL DE 1.0% A 2.0%, LESION DE URETER DE 0.2% A 0.8%, INFECCION URINARIA DE 4.1% A 44.0%;

HEMORRAGICOS DE 0.9% A 15.6%, COMPLICACIONES INFECCIOSAS. DE 0.2% A 16.4%, COMPLICACIONES DIGESTIVAS LESION INTESTINAL DE 0.2 -- 1.8%,^e ILEO PARALITICO DE 0.6% A 5.6% (4,10,9,28,1).

EXISTEN OTRAS COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE EN LA ESFERA -- PSICOLOGICA (4,12,15,29), LAS CUALES AUN NO HAN SIDO COMPLETAMENTE EVALUADAS, ASI COMO ALTERACIONES EN LA ESFERA CARDIOVASCULAR (6), LAS CUALES PROBABLEMENTE AMERITEN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE NUESTRAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.

EN CUANTO A LA MORTALIDAD, SE MENCIONA QUE LAS PACIENTES -- SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL PRESENTAN UNA MAYOR MORTALIDAD QUE LAS SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL (1,21,25,39). SE SEÑALA DE UNA A DOS MUERTES POR CADA 1000 HISTERECTOMIAS REALIZADAS INDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO E INDICACION (11), PHYLLIS (25) SEÑALA UN INDICE DE 12 POR 10 000 HISTERECTOMIAS REALIZADAS.

OBJETIVOS

- 1.- DETERMINAR LA FRECUENCIA Y CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE ", EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DE 1981 A SEPTIEMBRE DE 1986.
- 2.- CONOCER LAS PRINCIPALES INDICACIONES EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL EN NUESTRO MEDIO.

MATERIAL Y METODO

SE REALIZO UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL, RETROLECTIVO Y ABIERTO, DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE DE 1981 A SEPTIEMBRE DE 1986. LAS CUALES FUERON REALIZADAS POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DE EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE ".

DEL TOTAL DE EXPEDIENTES SOLICITADOS, 1200 FUERON PROPORCIONADOS PARA SU REVISION 850 ELIMINANDO 177 EXPEDIENTES QUE NO CUMPLIAN CON LOS REQUISITOS DE INCLUSION DE NUESTRO ESTUDIO. SIENDO DE ESTE TOTAL 673 LOS REVISADOS, 583 CORRESPONDIERON A HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y 90 A HISTERECTOMIA VAGINAL.

SE DIVIDIERON LAS PACIENTES EN DOS GRUPOS HISTERECTOMIA ABDOMINAL E HISTERECTOMIA VAGINAL. SE AGRUPARON LAS VARIABLES DE CADA UNO DE LOS GRUPOS Y SE LES PROCESO CON PORCENTAJE Y PROMEDIOS, SE ANALIZARON LAS DIFERENCIAS EN AMBOS GRUPOS Y SE VALIDARON LAS CONCLUSIONES CON LA PRUEBA DE Z Y X².

LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON:

- 1.- CIRUGIAS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE " DE SEPTIEMBRE DE 1981 A SEPTIEMBRE DE 1986.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION FUERON:

- 1.- TODAS LAS HISTERECTOMIAS REALIZADAS POR OTRO SERVICIO.
- 2.- TODAS LAS HISTERECTOMIAS REALIZADAS FUERA DE LA FECHA SEÑALADA.

- 3.- SE EXCLUYERON TODAS LAS HISTERECTOMIAS DE --
URGENCIA.
- 4.- TODAS LAS CESAREAS HISTERECTOMIAS.

LOS CRITERIOS DE ELIMINACION FUERON:

- 1.- TODAS LAS PACIENTES CON EXPEDIENTES INCOMPLETOS
- 2.- PACIENTES QUE SOLICITARON SU ALTA VOLUNTARIA.

LAS VARIABLES ANALIZADAS FUERON:

- 1.- EXPEDIENTE
- 2.- EDAD
- 3.- FECHA DE INGRESO
- 4.- FECHA DE OPERACION
- 5.- FECHA DE EGRESO
- 6.- DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
- 7.- DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO
- 8.- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO
- 9.- OPERACION PROGRAMADA
- 10.- OPERACION REALIZADA
- 11.- TIPO DE HISTERECTOMIA
- 12.- ANESTESIA UTILIZADA
- 13.- INCISION REALIZADA
- 14.- TECNICA QUIRURGICA REALIZADA: TOTAL-SUBTOTAL.
INTRAFAECIAL EXTRAFAECIAL, CUPULA VAGINAL --
ABIERTA-CERRADA.

- 15.- CIRUGIA CONCOMITANTE
- 16.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
- 17.- ANTECEDENTES QUIRURGICOS NO GINECOOBSTETRICOS
- 18.- ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECOLOGICOS
- 19.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS, GESTAS, PARAS,
ABORTOS, CESAREAS.
- 20.- MORBILIDAD TRANSOPERATORIA: ANESTESICA, HEMO--
RRAGICA, UROLOGICA, DIGESTIVA.
- 21.- MORBILIDAD POSTOPERATORIA: INFECCION, UROLOGI-
CA, HEMORRAGICA, DIGESTIVA.
- 22.- MORTALIDAD: EN LA CIRUGIA TRANSOPERATORIA, O -
POSTOPERATORIA.
- 23.- CAUSA DE MORTALIDAD
- 24.- ESTUDIO POSTMORTEM

RESULTADOS

EDAD: SE OBSERVA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL QUE LA PACIENTE DE MENOR EDAD FUE DE 25 AÑOS, Y LA DE MAYOR EDAD DE 80. LA EDAD-PROMEDIO CORRESPONDIO A 43.2 AÑOS.

EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL LA PACIENTE DE MENOR EDAD FUE DE 33 AÑOS, LA DE MAYOR EDAD DE 82, LA EDAD PROMEDIO CORRESPONDIO A 57.1 AÑOS. SE REALIZO UNA PRUEBA (Z), ENCONTRANDOSE UNA DIFERENCIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE AMBOS GRUPOS --
P < .0001 GRAFICA NO. 1

ANTECEDENTES MEDICOS : SE OBSERVO EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL HIPERTENSION ARTERIAL 27 PACIENTES (4,6%), EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL HIPERTENSION ARTERIAL EN 4 PACIENTES (4,4%). ANTECEDENTES DIABETICOS EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL 14 PACIENTES (2,4%) EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL 4 PACIENTES (4,4%). CUADRO No. 1

ANTECEDENTES QUIRURGICOS NO GINECOLOGICOS : EL PRIMER LUGAR EN FRECUENCIA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL CORRESPONDIO A LA APENDICECTOMIA 68 (11,6%) EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL A HERNIOPLASTIA 9 (10.0%).
CUADRO No. 2

ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECOLOGICOS: : EN AMBOS GRUPOS CORRESPONDIO LA MAS FRECUENTEMENTE REALIZADA A LA SALPINGOCLASIA BILATERAL ABDOMI--
NAL 67 (11.5%), VAGINAL 4 (4.4%). CUADRO No. 3

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: SE OBSERVO UNA FRECUENCIA MAYOR DE -
GESTAS EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL, SE ESTABLE-
CIO POR MEDIO DE LA PRUEBA DE X2 UNA DIFERENCIA ALTAMENTE SIGNIFICATI-
VA ENTRE AMBOS GRUPOS $P < .00001$. CUADRO No. 4.

SE OBSERVO UNA FRECUENCIA MAYOR DE PARTOS EN LAS PACIENTES SO-
METIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL, SE ESTABLECIO POR MEDIO DE LA PRUEBA-
DE X2 UNA DIFERENCIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE AMBOS GRUPOS ---
 $P < .00001$. CUADRO No. 4

INDICACIONES: EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LA PRINCIPAL INDICACION CO-
RRESPONDIO A LA MIOMATOSIS UTERINA 484 (83,0%), EN LA HISTERECTOMIA VA-
GINAL CORRESPONDIO EL PRIMER LUGAR EN FRECUENCIA AL PROLAPSO UTERINO -
90 (100%). CUADRO No. 5.

RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO: EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL EL PRINCI-
PAL DIAGNOSTICO CORRESPONDIO A LA CERVICITIS CRONICA 475 (81,4%), EN-
SEGUNDO LUGAR MIOMATOSIS UTERINA 432 (74,0%). CUADRO No. 6 .

EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL EL PRINCIPAL DIAGNOSTICO CORRESPON--
DIO A LA CERVICITIS CRONICA 76 (84,5%), EN SEGUNDO LUGAR A ENDOMETRIO-
ATROFICO 57 (63,3%). CUADRO No. 6.

ANESTESIA UTILIZADA : EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LA MAS FRECUENTE-
MENTE UTILIZADA CORRESPONDIO A LA ANESTESIA GENERAL 488 (83,7%), EN--
LA HISTERECTOMIA VAGINAL FUE EL BLOQUEO SUBARACNOIDEO 34 (37.7%).

CUADRO No. 7.

INCISION PRACTICADA : EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LA MAS FRECUENTE
CORRESPONDIO A LA INCISION MEDIA 536 (91,9%), PFANNENSTIEL 47 (8.1%)
SE OBSERVO EN LA INCISION MEDIA 4 LESIONES VESICALES LO CUAL CORRES-
PONDIO A UN (0.7%) 5 LESIONES VESICALES EN LA INCISION PFANNENSTIEL-
(10,6%). CUADRO No. 8.

TECNICA UTILIZADA : EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LA MAS FRECUENTE -
CORRESPONDIO A LA TECNICA TOTAL, INTRAFASCIAL, CON CUPULA VAGINAL --
CERRADA. TOTAL 580 (99,4%), INTRAFASCIAL 520 (89,6%), CON CUPULA VA-
GINAL CERRADA 266 (51.1%).

EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL EL TOTAL DE HISTERECTOMIAS 90 --
(100%), FUE REALIZADA CON TECNICA TOTAL EXTRAFASCIAL CON CUPULA VAGI-
NAL CERRADA. CUADRO No. 9.

CIRUGIA MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADA: EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL-
CORRESPONDIO A LA SALPINGOOFORECTOMIA 574(98,4%), EN LA HISTERECTO--
MIA VAGINAL A LA COLPOPERINEOPLASTIA 82 (91.1%). CUADRO No. 10.

MORBILIDAD SE OBSERVO EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL UN TOTAL DE -- 118 CASOS (20,2%), EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL UN TOTAL DE 17 CASOS - (18,8%) P H S.

LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS CORRESPONDIERON A LESIONES UROLOGICAS 14 (2,4%) Y HEMORRAGICAS 5 (0,8%) EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL, SIENDO EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL LA MAS FRECUENTE-- LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS 1 (1,1%), Y ANESTESICAS 2 (2,2%).
CUADRO No. 11.

LA MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL CO-- RRESPONDIO LA MAS FRECUENTE A LAS LESIONES UROLOGICAS 33 (5,6%), EN SE-- GUNDO LUGAR LAS LESIONES HEMORRAGICAS 25 (4,2%). EN LA HISTERECTO-- MIA VAGINAL LA MAS FRECUENTE CORRESPONDIO A LESIONES UROLOGICAS - 7 (7,7%), Y EN SEGUNDO LUGAR A LAS LESIONES HEMORRAGICAS 5 (5,5%).
CUADRO No. 12.

MORTALIDAD: SE OBSERVO UNA MUERTE EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HIS-- TERECTOMIA ABDOMINAL (0,1%), NO OBSERVANDOSE MORTALIDAD EN LAS PACIEN-- TES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL. LA CAUSA DE MUERTE SE DEBIO A CHOQUE HIPOVOLEMICO POSTOPERATORIO.

DIAS DE ESTANCIA : SE OBSERVO UN PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA EN LA - HISTERECTOMIA ABDOMINAL DE 5,3 DIAS EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL DE -- 5,0 DIAS SE OBSERVO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA x^2 $p < .05$.

GRAFICA No. 2

MORBILIDAD TRANSOPERATORIA: EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LA PRINCIPAL CAUSA DE MORBILIDAD CORRESPONDIO A LAS LESIONES UROLOGICAS CON UN TOTAL DE 14 CASOS (2,4%), LESIONES URETERALES 5 (0,8%), LESIONES VESICALES 9(1.5%). EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL CORRESPONDIO A CAUSAS HEMORRAGICAS 1 (1,1%). CUADRO No. 11.

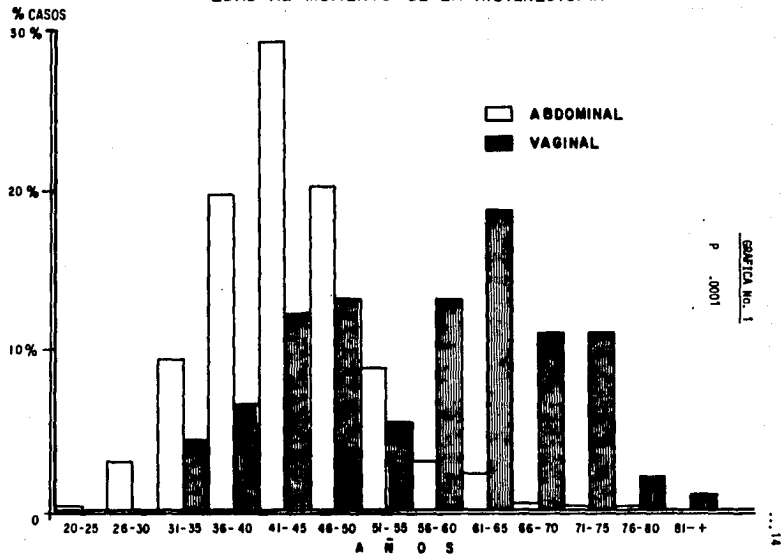
MORBILIDAD POSTOPERATORIA: EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL CORRESPONDIO A LAS LESIONES UROLOGICAS 33 (5,6%), INFECCION DE VIAS URINARIAS 31 -- (5,3%), FISTULA VESICOVAGINAL 21 (0,3%).

EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL CORRESPONDIO A LESIONES UROLOGICAS- 7 (7,7%), RETENCION URINARIA 4 (4,4%), INFECCION URINARIA 3(3,3%).
CUADRO No. 12.

MORTALIDAD : SE OBSERVO UNA MUERTE EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL (0.1%), EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL NO OBSERVANDOSE MUERTES.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA : SE OBSERVO UN PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL DE 5,3 EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL DE 5 DIAS $X^2 \quad P < .05$. GRAFICA No. 2.

EDAD AL MOMENTO DE LA HISTERECTOMIA



CUADRO No. 1ANTECEDENTES MEDICOS

ABDOMINAL	n (%)	VAGINAL	n (%)
HIPERTENSION	27 (4,6%)	4	(4,4%)
DIABETICOS	14 (2,4%)	4	(4,4)

CUADRO No. 2ANTECEDENTES QUIRURGICOS NO GINECOLOGICOS

ABDOMINAL	n(%)	VAGINAL	n (%)
APENDICECTOMIA	68 (11,6%)	7 (7,7%)	
HERNIOPLASTIA	34 (5,8%)	9 (10%)	
COLECISTECTOMIA	28 (4,8%)	1 (1,1%)	

CUADRO No. 3ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECOLOGICOS

ABDOMINAL	n (%)	VAGINAL	n (%)
SALPINGOCLASIA BILATERAL	67 (11,4%)	4 (4.4%)	
LAPARATOMIA EXPLORADORA	33 (5,6%)	3 (3.3%)	
COLPOPERINEOPLASTIA	21 (3,6%)	3 (3,3%)	
MIOMECTOMIA	6 (1,0%)	0 (0 %)	
LIGAMENTOPEXIA	3 (0,5%)	0 (0 %)	
MARSHALL	1 (0,1%)	0 (0 %)	

CUADRO No. 4ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOSHISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL

<u>GESTAS</u>	<u>ABDOMINAL</u>	<u>VAGINAL</u>
1-3	198	22
4-6	212	26
7-9	50	20
10-12	5	16
13 O MAS	9	4
 <u>PARA</u>	 <u>ABDOMINAL</u>	 <u>VAGINAL</u>
1-3	220	29
4-6	148	23
7-9	30	21
10-12	10	10
13 O MAS	2	4
 <u>ABORTOS</u>	 <u>ABDOMINAL</u>	 <u>VAGINAL</u>
1-3	198	36
4-6	31	3
7-9	4	2
10-13	0	0
13 O MAS	0	0
 <u>CESAREAS</u>	 <u>ABDOMINAL</u>	 <u>VAGINAL</u>
1-2	84	3
3-4	10	0

CUADRO No. 5INDICACIONES DE LA CIRUGIA

<u>ABDOMINAL</u>	<u>n (%)</u>		<u>VAGINAL</u>	<u>n (%)</u>
MIOMATOSIS UTERINA	484	83,0%	-	-
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	51	8,7%	-	-
SIMPLE	39	6,6%	-	-
QUISTICA	11	1,8%	-	-
CON ATIPIAS	3	0,5%	-	-
CA CERVICOUTERINO	10	1,7%	-	-
CA ENDOMETRIAL	3	0,5%	-	-
TUMORACION PELVICA	13	2,2%	-	-
ADENOMIOSIS	9	1,5%	-	-
METRORRAGIA	6	1,0%	-	-
ENDOMETRIOSIS	4	0,6%	-	-
ENFERMEDAD INFLAMATORIA				
PELVICA	3	0,5%	-	-
PROLAPSO UTERINO	-	-		45,0(50%)
PROLAPSO UTERINO MAS				
CISTOURETROCELE	0	0%		25,0(27,7%)
PROLAPSO UTERINO MAS				
CISTORRECTOCELE	0	0%		20,0(22,3)

CUADRO No. 6RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO

<u>ABDOMINAL</u>	n (%)	<u>VAGINAL</u>	n (%)
CERVICITIS CRONICA	475 (81,4%)	76	(84,5%)
MIOMATOSIS UTERINA	432 (74,0%)	6	(6,6%)
ADENOMIOSIS	63 (10,8%)	19	(21,1%)
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	57 (9,7%)	7	(7,7%)
SIMPLE	33 (5,6%)	2	(2,2%)
QUISTICA	13 (2,2%)	4	(4,4%)
CON ATIPIAS	11 (1,8%)	1	(1,1%)
ENDOMETRIO ATROFICO		57	(63,3%)
CA CERVICAL	7 (1,2%)	1	(1,1%)
CA ENDOMETRIAL	3 (0,5%)		
CA OVARICO	4 (0,6%)		
ENDOMETRIOSIS	9 (1,5%)		
DISPLASIA MODERADA	5 (0,8%)		
ENDOMETRITIS Y SALPINGITIS	3 (0,5%)		

CUADRO No. 7ANESTESIA UTILIZADA

	<u>ABDOMINAL</u>	n(%)	<u>VAGINAL</u>	n (%)
GENERAL		488 (83,7%)	30	(33,3%)
BLOQUEO PERIDURAL		77 (13,2%)	26	(28,8%)
BLOQUEO SUBARACNOIDEO		18 (3,0%)	34	(37,7%)

CUADRO No. 8INCISION PRACTICADA

ABDOMINAL	n(%)	VAGINAL	n (%)
MEDIA	536 (91,9%)	-	-
PFANNESTIEL	47 (8,1%)	-	-

CUADRO No. 9TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA

<u>ABDOMINAL</u>	n	(%)	<u>VAGINAL</u>	n	(%)
TOTAL	580	(99,4%)	90		(100%)
SUBTOTAL	3	(0,6%)			
INTRAFASCIAL	520	(89,6%)			
CUPULA VAGINAL					
CERRADA	266	(51,1%)			
ABIERTA	254	(48,8%)			
EXTRAFASCIAL	60	(10,4%)	90		(100%)
CUPULA VAGINAL					
CERRADA	38	(63,3%)	90		(100%)
ABIERTA	22	(36,6%)			

CUADRO No. 10CIRUGIA MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADA

<u>ABDOMINAL</u>	n	(%)	VAGINAL	n	(%)
SALPINGOFORECTOMIA	574	(98,4%)	6		(6,6%)
COLPOPERINEOPLASTIA	22	(3,7%)	82		(91,1%)
OPERACION DE MARSHALL	11	(1,8%)			
OMENTECTOMIA	4	(0,6%)			
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	3	(0,5%)			
APENDICECTOMIA	2	(0,3%)			

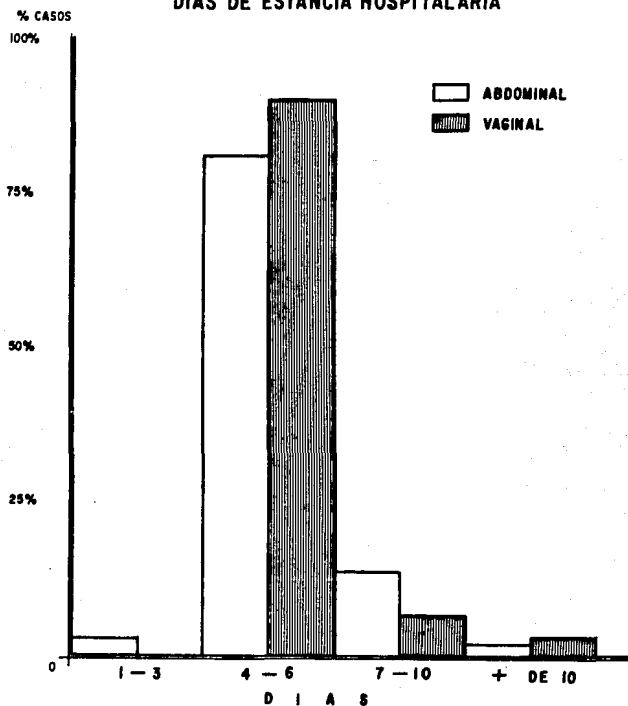
CUADRO No. 11MORBILIDAD TRANSOPERATORIA

ABDOMINAL	n (%)	VAGINAL	n (%)
UROLOGICAS	14 (2.4%)		
SECCION DE URETER	2 (0.3%)	-	-
LIGADURA	3 (0.5%)	0	0
LESION VESICAL	9 (1.5%)		
HEMORRAGICAS			
CHOQUE HIPOVOLEMICO	5 (0.8%)	1	1.1%
ANESTESICOS			
PERFORACION DE DURA-MADRE	5 (0.8%)	2	2.2%
DIGESTIVOS			
LESION DE RECTO	1 (0.1%)	-	-

MORBILIDAD POSTOPERATORIA

<u>ABDOMINAL</u>	N (%)	<u>VAGINAL</u>	n (%)
<u>UROLOGICAS</u>	33 (5,6%)	7	(7,7%)
INFECCION DE VIAS URINARIA	31 (5,3%)	3	(3,3%)
FISTULA VESICOVAGINAL	2 (0,3%)	-	-
RETENCION URINARIA	- -	4	(4,4%)
<u>HEMORRAGICOS</u>	25 (4,2%)	5	(5,5%)
ANEMIA	15 (2,5%)	-	-
SANGRADO DE CUPULA			
VAGINAL	10 (1,7%)	4	(4,4%)
HEMOPERITONEO	- -	1	(1,1%)
<u>GRANULOMA DE CUPULA</u>			
<u>VAGINAL.</u>	16 (2,7%)	-	-
PROCESOS INFECCIOSOS	13 (2,2%)	2	(2,2%)
ABSCESO DE PARED	10 (1,7%)	-	-
ABSCESO DE CUPULA			
VAGINAL	2 (0,3%)	1	(1,1%)
ABSCESO PELVICO	1 (0,1%)	-	-
ABSCESO PERINEAL	- -	1	(1,1%)
<u>DIGESTIVOS</u>	5 (0,8%)	-	-
ILEO PARALITICO	4 (0,6%)		
EVENTRACION	1 (0,1%)		
<u>ANESTESICOS</u>			
ABSCESO PERIDURAL	1 (0,1%)		

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA



COMENTARIO

SE REVISARON 583 EXPEDIENTES DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTE-
RECTOMIA ABDOMINAL, Y 90 EXPEDIENTES DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTE-
RECTOMIA VAGINAL.

SE OBSERVO QUE EN NUESTRO MEDIO LA EDAD EN LA QUE MAS FRE--
CUENTEMENTE SE REALIZA LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL ES LA 4a. DECADE -
DE LA VIDA, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 43,2 AÑOS, SIENDO EN LAS HISTE-
RECTOMIAS VAGINALES LA 5a. DECADE DE LA VIDA EN LA QUE MAS FRECUENTE
MENTE SE REALIZA; LO CUAL CONCUERDA CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR
OTROS AUTORES (1,4,10,11,2,1,24,31,39).

SE OBSERVA UNA DIFERENCIA MAYOR DE 10 AÑOS ENTRE LAS PACIEN
TES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y LAS QUE SE LES REALIZO HIS
TERECTOMIA VAGINAL LO CUAL FUE ESTADISTICAMENTE ALTAMENTE SIGNIFICA-
TIVO. ($P < .0001$).

LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS MAS IMPORTANTES CORRESPONDIE--
RON EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL A LA HIPERTENSION Y DIA-
BETES, SIENDO LOS ANTECEDENTES QUIRURGICOS MAS FRECUENTES, LA APENDI-
CECTOMIA, HERNIOPLASTIA Y SALPINGOCLASIA. EXISTIO UNA DIFERENCIA EN
LA FRECUENCIA DE ESTOS ANTECEDENTES EN AMBOS GRUPOS DE PACIENTES, LO
ANTERIOR CORRESPONDE A LOS ESPERADOS, POR SER UNA CONTRAINDICACION -
RELATIVA LOS ANTECEDENTES QUIRURGICOS PARA LA REALIZACION DE HISTE--
RECTOMIA VAGINAL.

LAS PACIENTES CON HIPERTENSION Y EMBARAZO PUEDEN PRESENTAR
UNA MAYOR MORBILIDAD, OBSERVANDOSE EN 13 PACIENTES CON COMPLICACIO--

NES INFECCIOSAS EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL, 4 PRESENTABAN ANTECEDENTES DIABETICOS, (30%), EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL DE 2 PACIENTES UNO (50%), PRESENTO ANTECEDENTES DIABETICOS.

LOS ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS DEMOSTRARON UNA DIFERENCIA - ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA EN AMBOS GRUPOS EN LO REFERENTE A GES TACIONES ($P < .00001$) Y PARTOS ($P < .00001$) DE LO ANTERIOR. PODEMOS - DEDUCIR QUE PROBABLEMENTE EL NUMERO DE PARTOS CONTRIBUYA A LA RELAJA CION DEL TEJIDO DE SOSTEN PELVICO.

LAS INDICACIONES OBSERVADAS EN NUESTRO MEDIO, CORRESPONDEN A LO MENCIONADO POR DIVERSOS AUTORES TANTO NACIONALES COMO EXTRANJEROS; SIENDO LA PRINCIPAL INDICACION EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL LA MIOMATOSIS UTERINA, Y EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL, EL PROLAPSO UTERINO- (1,4,9,10,11,21,24,25,31,39).

EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL CORRESPONDIO A LA MIOMATOSIS-- UTERINA Y EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL A ENDOMETRIO ATROFICO, LO CUAL CONCUERDA CON LO MENCIONADO POR OTROS AUTORES (10,24) EN AMBOS GRUPOS SE OBSERVO LA PRESENCIA EN FORMA MUY IMPORTANTE DE CERVICITIS -- CRONICA.

EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL NO SE CORROBORO EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO CON EL DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EN 66 CASOS (11,3%), CORRESPONDIENDO A UNA FRECUENCIA MENOR A LA REPORTADA POR OTROS ESTUDIOS QUIENES SEÑALAN FRECUENCIAS DE -- 15.8% HASTA 48% (10,24,22), PODEMOS CONSIDERAR QUE ESTE MARGEN DE -- ERROR CORRESPONDE O BIEN A CIRUGIAS NO INDICADAS O A UNA MALA INTER-

PRETACION ANATOMOPATOLOGICA.

EN ESTE MISMO GRUPO DE PACIENTES SE OBSERVARON 4 CASOS DE-
CANCER OVARICO EN LOS RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS, NO ENCONTRANDO-
SE ESTE DIAGNOSTICO PREOPERATORIO EN NINGUNO DE LOS 583 EXPEDIENTES,
LO CUAL NOS INDICA DE LA DIFICULTAD EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER OVA-
RICO, EL TOTAL DE ESTAS PACIENTES FUE INTERVENIDA CON EL DIAGNOSTI-
CO PREOPERATORIO DE TUMORACION PELVICA, POR LO QUE ES CONVENIENTE--
TRATAR DE REALIZAR EN ESTAS PACIENTES UN DIAGNOSTICO LO MAS EXACTO-
POSIBLE, Y SOSPECHAR LA PRESENCIA DE UN PROCESO MALIGNO.

EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL CONCUERDA EL DIAGNOSTICO ANA-
TOMOPATOLOGICO CON LA INDICACION DE LA CIRUGIA, YA QUE ESTA EN EL-
100% DE LOS CASOS SU INDICACION CORRESPONDIO A PROLAPSO UTERINO Y -
NO A PATOLOGIA DE UTERO O ANEXOS, SE OBSERVO UN CASO DE CANCER DE-
CERVIX, EN UNA PACIENTE CON PAPANICOLAOU DISPLASIA II POR LO QUE --
NOS INDICA QUE A PESAR DE LA SEGURIDAD TAN ALTA DEL ESTUDIO DE --
PAPANICOLAOU, PRESENTE UN TANTO PORCIENTO DE ERRORES DE TECNICA O
INTERPRETACION DEL MISMO.

EN LA ANESTESIA UTILIZADA OBSERVAMOS UNA MAYOR FRECUENCIA
DE MORBILIDAD EN AMBOS GRUPOS DE PACIENTES CON LA UTILIZACION DE --
BLOQUEO PERIDURAL, LO QUE NOS INDICA QUE ES LA CALIDAD DEL GRUPO -
QUIRURGICO EN SU CONJUNTO LO QUE VIENE A DISMINUIR LA MORBILIDAD -
EN NUESTRAS PACIENTES SOMETIDAS A ESTE TIPO DE INTERVENCION, YA QUE
EL TIPO DE ANESTESIA PUEDE CONTRIBUIR A UN AUMENTO EN LA MORBILIDAD.

SE OBSERVO CON LA UTILIZACION DE INCISION MEDIA 4 CASOS DE LESIONES VESICALES (0.7%), EN TANTO EN LA INCISION DE PFANNSTIEL SE OBSERVARON 5 CASOS DE LESIONES VESICALES (10.6%), INDICANDONOS -- QUE EN LOS PROCEDIMIENTOS GINECOLOGICOS LA INCISION DE PFANNSTIEL CONLLEVA UN MAYOR RIESGO DE LESION VESICAL.

LA TECNICA UTILIZADA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL CORRESPONDIÓ EN UN GRAN PORCENTAJE A HISTERECTOMIA TOTAL INTRAFASCIAL CON CUPULA VAGINAL CERRADA. LO ANTERIOR CONCUERDA CON LO MENCIONADO POR DIVERSOS AUTORES (1,4,11,24,21,24,31,39).

LA CIRUGIA CONCOMITANTE MAS FRECUENTEMENTE REALIZADA EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL CORRESPONDIO A LA SALPINGOOFORECTOMIA -- BILATERAL, LO CUAL CONCUERDA CON EL CRITERIO DE NUESTRO SERVICIO DE REALIZAR EN ESTE TIPO DE PACIENTES, RESECCION DE SALPINGES Y -- OVARIOS QUE PUEDEN SER DE ORIGEN DE PATOLOGIA EN LAS PACIENTES DE 40 AÑOS O MAS (4).

EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL LA CIRUGIA MAS FRECUENTEMENTE -- ASOCIADA CORRESPONDIO A LA COLPOPERINEOPLASTIA, LO CUAL CONCUERDA CON EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE CISTO Y RECTOCELE CONCOMITANTE CON PROLAPSO UTERINO.

MORBILIDAD

DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS DE NUESTRO ESTUDIO EXISTIO -- UNA DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA ESTADISTICAMENTE ENTRE LA MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL 118 CASOS, (20,2%) Y LA MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL 17 CASOS (18,8%). LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OBSERVADAS EN NUESTRO ESTUDIO CORRESPONDIERON A LESIONES UROLOGICAS Y HEMORRAGICAS, LO CUAL CONCUERDA CON LOS RESULTADOS MENCIONADOS POR OTROS AUTORES TANTO NACIONALES COMO EXTRANJEROS (4,9,10,11,24,28,37).

MORBILIDAD TRANSOPERATORIA.

EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL SE OBSERVA COMO PRINCIPAL -- CAUSA DE MORBILIDAD LAS LESIONES UROLOGICAS, LESION DE URETER 5 CASOS (0,8%) Y CORRESPONDIENDO A UNA FRECUENCIA MAYOR QUE LO REPORTADO EN LA LITERATURA MENCIONANDOSE FRECUENCIAS DE 0.2% A 0.5% (4,10,9,11). LAS LESIONES VESICALES SE OBSERVARON EN 9 CASOS (1,5%), MENCIONANDOSE EN LA LITERATURA FRECUENCIAS DE 1.0% 1.4% (4,9).

LA HEMORRAGIA SE OBSERVO ASOCIADA PRINCIPALMENTE EN LAS -- PACIENTES INTERVENIDAS CON DIAGNOSTICO DE TUMORACION PELVICA Y A -- LAS CUALES SE LES REALIZO LA HISTERECTOMIA CON TECNICA EXTRAFASCIAL.

LAS LESIONES DE INTESTINO CORRESPONDIERON A UN (0.1%), SIENDO MENOR A LOS REPORTES DE LA LITERATURA CONSULTADA. LOS CUALES VAN DE UN .2% A UN 0.4% (1,4,9,10).

EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL SE OBSERVA UN CASO DE CHOQUE HIPOVolemico TRANSOPERATORIO (1.1%), MENCIONANDO OTROS AUTORES FRECUENCIAS DE 0% A 4,9%, (9,21).

EN AMBOS GRUPOS DE PACIENTES SE OBSERVA MORBILIDAD POR ANESTESIA, PRINCIPALMENTE CON LA UTILIZACION DE BLOQUEO PERIDURAL CORRELACIONANDOSE ESTA CON EL 100% DE LOS CASOS DE MORBILIDAD ENCONTRADOS.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA.

EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL, OBSERVAMOS NUEVAMENTE A LAS LESIONES UROLOGICAS COMO LAS MAS FRECUENTES CORRESPONDIENDO EN NUESTRO MEDIO A INFECCION DE VIAS URINARIAS 31 CASOS (5.3%), LO CUAL ES MENOR A LO REPORTADO POR OTROS AUTORES CON FRECUENCIA QUE VAN DE 6.0% A -- 7.0% (9,10,24).

SE OBSERVO UNA FRECUENCIA DE FISTULA VESICOVAGINAL 2 CASOS-DE (0.3%) LO CUAL ES IGUAL O MENOR A LO REPORTADO EN LA LITERATURA - CON FRECUENCIA 0.3% DE 1.0% A 3.0% (9,10,24).

EN SEGUNDO LUGAR SE OBSERVO A LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS COMO CAUSA FRECUENTE DE MORBILIDAD, ANEMIA 15, (2.5%) Y SANGRADO DE CUPULA VAGINAL 10, (1.7%), CORRESPONDIENDO EN LO REFERENTE AL SANGRADO DE CUPULA VAGINAL A UNA FRECUENCIA MAYOR A LO REPORTADO (10).

SE OBSERVARON 16 CASOS (2.7%) DE GRANULOMA VAGINAL, NO ENCONTRANDO REFERENCIAS EN LA LITERATURA CONSULTADA.

SE OBSERVO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ESTADISTICAMENTE --
($P < .05$) EN LOS DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA ENTRE AMBOS GRUPOS
DE PACIENTES, LO CUAL CONCUERDA POR LA PRESENCIA DE UNA MAYOR FRE-
CUENCIA DE MORBILIDAD EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA-
ABDOMINAL.

OBSERVAMOS UNA MUERTE (0.1%), POR HEMORRAGIA EN NUESTRAS --
PACIENTES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL, NO OBSERVANDOSE MORTALIDAD-
EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL, CORRESPONDIE-
DO A LO MENCIONADO EN LA LITERATURA (4,11,18,21,24,25,31,32,39).
NO SE REALIZO ESTUDIO POSTMORTEM.

DE ACUERDO CON LO ANTERIOR PODEMOS AFIRMAR QUE EN NUESTRO--
ESTUDIO, LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD CORRESPONDIERON EN
AMBOS GRUPOS DE LESIONES UROLOGICAS Y HEMORRAGICAS OBSERVANDOSE--
LAS COMPLICACIONES POR PROCESOS INFECCIOSOS EN UN TERCER ORDEN.
INDUDABLEMENTE QUE LO ANTERIOR DEBE DE ESTAR DADO POR UN MAYOR --
CONTROL EPIDEMIOLOGICO DE LA FLORA BACTERIANA HOSPITALARIA, Y A
LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOTERAPIA EFECTIVA CONTRA LOS MISMOS. .
ASIMISMO TAMBIEN PODEMOS INFERIR, QUE MUY PROBABLEMENTE NUESTRAS-
INTERVENCIONES QUIRURGICAS ESTAN SIENDO REALIZADAS CON DEMASIADA-
RAPIDEZ COMO PARA NO TOMAR EN CUENTA LOS ELEMENTOS ANATOMICOS --
ADYACENTES AL UTERO, O BIEN QUE EXISTEN HALLAZGOS QUIRURGICOS --
COMO ADHERENCIAS, ENDOMETRIOSIS QUE DIFICULTAN LA REALIZACION DE-
LA CIRUGIA. SYMONDS (34) MENCIONA QUE LA GRAN MAYORIA DE LESIO-
NES UROLOGICAS ES PROVOCADA EN LA REALIZACION DE HISTERECTOMIA Y ES

EL UROLOGO EL QUE DEBE DE RESOLVER LOS PROBLEMAS OCASIONADOS.

EN NUESTRO ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES UROLOGICAS EN EL 100% DE LOS CASOS CON LESION A URETER INTERVINO EN EL TRANS-O-POSTOPERATO RIO PARA LA REPARACION DEL MISMO EL SERVICIO DE UROLOGIA DE NUESTRO-HOSPITAL, LO CUAL NOS INDICA QUE DEBERA DE AUMENTARSE EN LO POSIBLE- EN LA PREPARACION DEL MEDICO RESIDENTE EL ASPECTO TEORICO Y PRACTICO EN CUANTO A LA RESOLUCION DE ESTE TIPO DE COMPLICACIONES; YA QUE POS-TERIOREMTENTE COMO ESPECIALISTAS NO SERA PROSIBLE CONTAR EN TODAS LAS- OCASIONES CON UN SERVICIO DE UROLOGIA QUE NOS RESUELVA EL PROBLEMA.

EL 100% DE LAS LESIONES VESICALES OBSERVADAS EN LA HISTEREC- TOMIA ABDOMINAL FUERON TRATADAS EN EL TRANSOPERATORIO POR LOS MEDI-- COS DE NUESTRO SERVICIO EVOLUCIONANDO SATISFACTORIAMENTE EN SU POST- OPERATORIO, LO QUE VIENE A CORROBORAR LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN CUANTO A QUE CON UN MAYOR ENFASIS EN LA PREPARACION TEORICO-PRACTICA DEL MEDICO RESIDENTE DE GINECOBSTETRICIA EN LA RESOLUCION DE ESTOS-- PROBLEMAS SEREMOS CAPACES DE RESOLVERLOS SATISFACTORIAMENTE COMO ES- PECIALISTAS.

LAS INFECCIONES DE VIAS URINARIAS CONTINUAN SIENDO UN PROBLEMA IMPORTANTE YA ANALIZADO, LO QUE NOS DEBERA TENER ALERTAS EN CUANTO AL TIEMPO QUE DURA INSTALADA LA SONDA VESICAL QUE UTILIZAMOS RUTINA-- RIAMENTE EN NUESTRA PACIENTE Y LO CUAL CONDICIONA DENTRO DE OTRAS CAUSAS LA APARICION DE INFECCION URINARIA.

EN SEGUNDO LUGAR EN FRECUENCIA SE OBSERVA A LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS, POR LO QUE DEBEMOS REALIZAR EN TODOS NUESTROS PROCE

DIMIENTOS QUIRURGICOS UNA CORRECTA HEMOSTASIA SIENDO UNA CONDICION SINE QUA NON QUE LAS PACIENTES SEAN OPERADAS CON NIVELES DE HEMOGLOBINA ADECUADO Y CON DOS UNIDADES DE SANGRE COMO MINIMO LISTAS-- PARA SER TRANSFUNDIDAS, NORMAS QUE EN FORMA RUTINARIA SE SIGUEN EN NUESTRO SERVICIO SIN EXCEPCION (23), DISMINUYENDO EN FORMA IMPORTANTE LA MORTALIDAD TRANSOPERATORIA POR CHOQUE HIPOVOLEMICO.

HAN APARECIDO ARTICULOS RECIENTES (11,14) LOS CUALES MENCIONAN LA UTILIZACION EN ALGUNOS HOSPITALES DE UNA SEGUNDA OPINION EN CUANTO A LA INDICACION DE LA CIRUGIA, Y DE HABER DISCREPANCIA, UNA TERCERA OPINION, OBSERVANDO UNA DISMINUCION IMPORTANTE EN LA FRECUENCIA DE HISTERECTOMIAS INNECESARIAS.

CONCLUSIONES

- 1.- LA PRINCIPAL INDICACION EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL CORRESPONDIO A MIOMATOSIS UTERINA Y EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL A PROLAPSO UTERINO.
- 2.- LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL PRESENTA UNA MAYOR MORBILIDAD, -- 118 CASOS (20,2%), QUE LA HISTERECTOMIA VAGINAL 17 (18,8%).
- 3.- LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA- ABDOMINAL Y VAGINAL CORRESPONDIO A LESIONES UROLOGICAS Y -- HEMORRAGICAS EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO.
- 4.- SE OBSERVO UNA INCIDENCIA DE MORTALIDAD MAYOR EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL, UNA MUERTE 0,1% QUE EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL, 0 MUERTES.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMRIKIA H, EVANS T. TEN YEAR REVIEW OF HYSTERECTOMIES TRENDS AND INDICATIONS, AND RISK. AM. J. OBSTET GYNECOL. 1979; 134:431.
- 2.- ANDERMAN S. ELLENBOGEN A. PROSTAGLANDIN F 2 ALFA FOR PREVENTION- OF URINARY RETENTION AFTER VAGINAL HYSTERECTOMY. OBSTET. GYNECOL. 1985; 66:244-47.
- 3.- ATRASH K. PETERSON B. THE RISK OF DEATH FROM COMBINED ABORTION - STERILIZATION PROCEDURES: CAN HYSTEREROTOMY OR HYSTERECTOMY BE JUSTIFIED. AM J OBSTET GYNECOL 1982; 142:269-74.
- 4.- AHUED J. R. MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL REPORTE DE- 500 CASOS. GINEC OBSTET MEX. 1984; 52:175-78.
- 5.- BRYAN S. KENNET L. BACTEREMIA IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. OBSTET. GYNECOL. 1985; 66:244-57.
- 6.- CENTERWALL S. PREMENOPAUSAL HYSTERECTOMY AND CARDIOVASCULAR -- DISEASE AM. J. OBSTET GYNECOL 1981; 139:58-61.
- 7.- COLE P, BERLIN J. ELECTIVE HYSTERECTOMY. AM. OBSTET GYNECOL -- 1977; 129:117-23.
- 8.- COPENHAVER H. HISTERECTOMIA VAGINAL. PASADO, PRESENTE Y FUTURO- CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA 1980; 1:433-455.
- 9.- DICKER, GREESPAN R. COMPLICATION OF ABDOMINAL AND VAGINAL HYS- RECTOMY AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN THE UNITED STATES. AM. J. OBSTET GYNECOL 1982; 144:841-848.

- 10.- DELGADO J. HISTERECTOMIA ABDOMINAL ESTUDIO DE 300 CASOS. GYNE--
COL OBSTET MEX. 1982;50:57-68.
- 11.- EASTERDAY L. DAVID A. HYSTERECTOMY IN THE UNITED STATES. OBSTET
GYNECOL. 1983;62:203-212.
- 12.- FLORES C. MARTINEZ M. EVALUACION CLINICA Y PSICOSEXUAL DE LA -
PACIENTE HISTERECTOMIZADA. GINEC OBSTET MEX 1975;38: 171- 176.
- 13.- FRIEDOURG S. HYSTERECTOMY AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE JAMA -
1983;249:1148-1149.
- 14.- GERTMAN M. DEBRA A. SECOND OPINION FOR ELECTIVE SURGERY. ENGL-
J. MED. 1980;302:1169-1174.
- 15.- GALLO D. IMPLICACIONES SICOLOGICAS RELACIONADAS CON HISTERECTO-
MIA. GINEC OBSTET MEX; 26:437-444.
- 16.- HOWE L. AGE SPECIFIC HYSTERECTOMY AND OOPHORECTOMY PREVALENCE -
RATES AND THE RISK FOR CANCER OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM. AM
J PUBLIC HEALTH 1984; 74:560-563.
- 17.- HEMSELL L. REISCH J. PREVENTION OF MAJOR INFECTION AFTER ELEC-
TIVE ABDOMINAL HYSTERECTOMY: AM J OBSTET GYNECOL 1983; 147:520-
527.
- 18.- IMREY H. INTERPRETING TRENDS IN VITAL STATISTIC AM J PUBLIC --
HEALTH 1984; 74:327-335.
- 19.- JASZCZK E. EVAN N. INTRAFASCIAL ABDOMINAL AND VAGINAL HYSTEREC-
TOMY. OBSTET GYNECOL 1982; 59:435-444.

- 20.- JOEL COHEN S. LUGAR DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL. TEMAS AC--
TUALES. GINEC. OBSTET. MEX. 1978;3:523. ED. INTERNACIONAL ME-
XICO 1978.
- 21.- LOPEZ J. PEREZ J. MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL GINEC
OBSTET MEX. 1972; 32:567-570.
- 22.- LEE. C. RICHARD C. CONFIRMATION OF THE PREOPERATIVE DIAGNOSES
FOR HYSTERECTOMY. AM. J. OBSTET GYNECOL 1984; 150:283-287.
- 23.- MINTZ D, MARK F. PREOPERATIVE CROSSMATCH ORDERING AND BLOOD -
USE IN ELECTIVE HYSTERECTOMY. OBSTET GYNECOL 1985; 65:389-392.
- 24.- NAVA R. BRAVO J. MORBIMORTALIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL.
GINEC. OBSTET MEX 1973; 34:337-360.
- 25.- PHYLLIS A. WINGO M. THE MORTALITY RISK ASSOCIATED WITH HYTE--
RECTOMY, AM. J OBSTET GYNECOL 1985; 152:803-808.
- 26.- PASTOREK G. FEVER IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY PATIENT J A M A
1983; 249:1150-1151.
- 27.- PORGES F. CHANGING INDICATIONS FOR VAGINAL HYSTERECTOMY. AM J
OBSTET GYNECOL 1980; 136:153-158.
- 28.- ROOS P. HYSTERECTOMIES IN ONE CANADIAN PROVINCE A NEW LOOK. AT
RISKS AND BENEFITS. AM J. PUBLIC HEALTH 1984; 74:39-46.
- 29.- RICHARDS H. DEPRESION; DEPRESSION AFTER HYSTERECTOMY LANCET --
1973; 25:430-432.

- 30.- ROSENTHAL J, HARKINS L. MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE VAGINAL HEMORRHAGE. OBSTET GYNECOL 1983; 61:42-46.
- 31.- ROCHA F, VAZQUEZ J. LA HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL F.C.F. - EN EMPALME SONORA. GINEC OBSTET MEX 1977; 41:43-49.
- 32.- SLOAN A, JAMES M. IN HOSPITAL MORTALITY OF SURGICAL PATIENT: IS THERE AN EMPIRIC BASIS FOR STANDAR SETTING ? SURGERY 1986; 99:446-454.
- 33.- STUMPF G. BALLARD A. ABDOMINAL HYSTERECTOMY FOR ABORTION STERILIZATION. AM J OBSTET GYNECOL 1980; 136:714-720.
- 34.- SYMMOND E. CONCEPTOS ACTUALES EN CIRUGIA GINECOLOGICA. CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA. 1976;1:619-643.
- 35.- STUMPF G. PROPHYLACTIC HYSTERECTOMY AT OOPHORECTOMY IN YOUNG-WOMEN. J A M A 1984;252 1129-1130.
- 36.- TE LINDE R. TE LINDE'S OPERATIVE GYNECOLOGY. SIXTH EDITION. LIPPINCOTT. ED. PHILADELPHIA. 1985.
- 37.- WHITE, C, LAWRENCE J. COMPARISON OF ABDOMINAL AND VAGINAL - HYSTERECTOMIES. OBSTET GYNECOL 1971;37:530-536.
- 38.- WRIGHT C. HYSTERECTOMY: PAST, PRESENT, AND FUTURE. OBSTET -- GYNECOL 1969;33:560-563.
- 39.- ZARCO D. GAMIZ R. HISTERECTOMIA VAGINAL. GINEC OBSTET MEX -- 1975;37:375-381.