

11217.

133

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

HISTERECTOMÍA
FACTORES ASOCIADOS
INDICACIONES Y CONTROL DE CALIDAD
ESTUDIO RETROSPECTIVO

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
DR. ISAAC VEGA LOPEZ

ASESOR DE TESIS: DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS

MÉXICO, D.F.

2001



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.

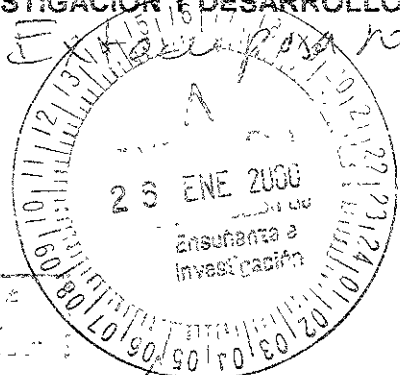
AUTORIZACIONES

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

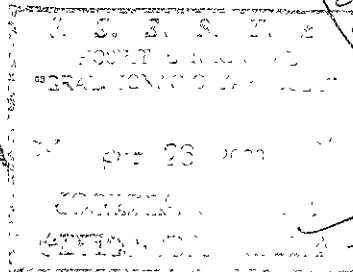
I.S.S.S.T.E


DR. RENÉ GARCÍA SÁNCHEZ
JEFE DE ENSEÑANZA


DRA. IRMA DEL TORO GARCIA
COORDINADOR DE CAPACITACION
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO




DR. FRANCISCO ORTIZ CANSECO
COORDINADOR
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA




DR. JUAN MANUEL FERNÁNDEZ MONTES
JEFE DE ENSEÑANZA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA


DR. JUAN MIRANDA MURILLO
PREFESOR TITULAR DEL CURSO
DIRECTOR


DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS
ASESOR DE TESIS


DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS
ASESOR DE TESIS

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la importancia y frecuencia de los factores asociados de histerectomía total abdominal, las principales indicaciones y el control de calidad.

DISEÑO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio Retrospectivo, Observacional, Abierto en el "Hospital Regional General Ignacio Zaragoza" , en nuestro Servicio de Ginecología, llevando a cabo un cuestionario a las pacientes, así como recolección de datos de los sistemas de registro del Hospital.

RESULTADO: Se incluyeron 429 casos (99%). La media de edad se encontró en 43+/- 7 años, siendo el grupo más importante el 40-44 años (29.3%). Los factores que se presentaron en mayor frecuencia fueron sangrado menstrual irregular (84%) y dismenorrea (76.9%), otros de importancia los encontramos en la paridad alta (67%), OTB (43.5%). La principal indicación preoperatoria fue Miomatosis Uterina (86.24%). El principal diagnóstico ultrasonográfico fue Miomatosis Uterina (92%), investigándose la correlación anatomopatológica (56.8%). Se reportó por estudio anatomopatológico como principal patología Miomatosis Uterina (54.3%), seguida por la atrofia endometrial (4.9%) y la Endometritis (4.45%) . Encontrándose correlación clínico-patológica del 58.9%. Se sometió el 79.2% de las pacientes al cuestionario, De las pacientes encuestadas el 85% considero su evolución como Buena

Comentarios: Las alteraciones menstruales como el sangrado menstrual irregular y dismenorrea fueron identificados como síntomas asociados hacia la histerectomía. Es de particular interés continuar los controles de calidad, basados en el aspecto médico, tanto como buscando la satisfacción de las pacientes.

SUMMARY

OBJECTIVE: Evaluate the importance and frequency of the factors or predictors of total abdominal hysterectomy, the main indications and the quality control .

DESIGN OF STUDY: As carried out an Open and Retrospective study, in the Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", in our Service of Gynecology, carrying out a questionnaire to the patient, as recollection of data of the systems of registration of the Hospital.

RESULTS 429 cases (99%), was included. The stocking of age that we found in this study was 43 + /- 7 years, being the group most important the 40-44 years (29.3%). The factors that themselves appearance in greater frequency were irregular menstrual bleeding (84%) and dysmenorrhea (76.9%), other of importance we find as high parity (67%), OTB (43.5%). The main indication was Uterine Myomatosis (86.24%). The main one ultrasonographic diagnostic was Uterine Leiomyomata (92%), the anatomopatologic correlation (56.8%). report by study anatomopatologic, as main pathologic outcome Uterine Leiomyomata (54.3%), followed by the endometrial atrophy (4.9)% and the Endometritis (4.45%). Being found clinic-pathologic correlation of the 58.9%. The 79.2% of the patients respond to the questionnaire, Of the patients included the 85% consider its evolution as Good.

COMMENTS: The heavy menses as the irregular menstrual bleeding and dismenorrhea they were identified like symptoms or predictors toward the hysterectomy. It is of principal interest to continue the controls of quality, based on the medical aspect so much as seeking the satisfaction of the patient.

INTRODUCCIÓN

La Histerectomía en la actualidad puede ser todavía considerada como el procedimiento típicamente ginecológico. A su vez los términos que la pueden calificar son "total" y "subtotal" y "vaginal" o "abdominal". Al hablar de extirpación de anexos se debe calificar como "bilateral" o "unilateral" y como "salpingectomía", "ooforectomía" o "salpingooforectomía". (1)

Historicamente las primeras referencias en cuanto a este procedimiento las podemos encontrar desde el Siglo V, en la época de Hipócrates. La Histerectomía vaginal se desarrollo muchos siglos antes que la Histerectomía abdominal. La Histerectomía vaginal se realizó de forma esporádica durante los siglos XVII y XVIII. Encontrando autores como Baudelocque que entre 1800 y 1816 realizó 23 procedimientos vaginales; algunos otros como Wrisberg que en 1810 recomendaba la histerectomía vaginal para el cáncer de útero. A fines del siglo XIX la técnica de Histerectomía vaginal fue estudiada sistemáticamente y desarrollada por Czerny, Billroth, Mikulicz, Schoeder entre otros. (1,2)

Los primeros casos referidos de Histerectomía abdominal, se relacionaron con casos en los cuales la vía de acceso era debido a un diagnostico erróneo, principalmente de quistes de ovario gigantes encontrándose miomas uterinos. Considerándose la extirpación del útero por vía abdominal sea cual fuere la indicación, como un procedimiento impracticable; dándosele una mayor importancia al desarrollo de las miomectomías.(1)

No fue sino hasta 1825 que Langenbeck intentó por vez primera la extirpación por vía abdominal, en 1843 Kley y Heath realizaron en forma individual procedimientos por vía abdominal, sin embargo en 1844 Heath fue el primero que realizo ligadura de las arterias uterinas, lo cual sin embargo fue olvidado.(2)

En 1846 John Bellinger realizó la primer Histerectomía planificada por miomatosis uterina, pero no fue sino hasta 1853 que Burham llevo a cabo la primera histerectomía abdominal exitosa, donde la paciente sobrevivio. Sin embargo una de las complicaciones mas importantes y frecuentes era la hemorragia, la cual empezó a controlarse hasta 1864, cuando Koeberle, en Francia introdujo un método para ligar el pedículo vascular mayor. No fue sino hasta 1889 cuando Stimson realiza una descripción de la técnica de la ligadura de las arterias uterinas y ováricas. Encontrándose que entre 1906 y 1909 la tasa de mortalidad disminuyó a menos del 1%. (2,3)

Durante el Siglo XX con el desarrollo de mejores técnicas diagnosticas y quirúrgicas, se aprecio una disminución importante del riesgo quirúrgico. La tasa de mortalidad relacionada con la histerectomía en la mayoría de las instituciones es de 1 a 2 cada 1000 casos, sin embargo se menciona una morbilidad importante, de hasta un 50% para el procedimiento abdominal.(1,3)

Actualmente podemos considerar a la histerectomía como el segundo procedimiento mas frecuente después de la cesarea en los Estados Unidos, encontrando una tendencia similar en otras series (4)

Indicándose en algunas series que anualmente se realizan unas 590,000 histerectomias. Encontrando que la edad promedio de las pacientes tratadas con una histerectomía fue de 42.7 y una media de 40.9. Considerándose actualmente que un tercio de las mujeres que llegaran a los 60 años de edad seran sometidas a una histerectomía. Siendo los costos anuales en los Estados Unidos de mas de 5 billones de dólares . (4)

Por otro lado la protocolización por medio de la cual se lleva a cabo la realización de una histerectomía por indicación no urgente o patología benigna es poco frecuente. Por lo que uno de los primeros pasos, es establecer aquellos factores que de alguna manera

intervienen en la realización de una histerectomía (5) por lo que en una revisión de la literatura actual encontramos como factores potenciales asociados; la edad, paridad, antecedentes de dolor pélvico crónico, esterilidad, alteraciones menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares, abundantes, sangrado intermenstrual, postcoital, o postmenopausico); antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, fibromas, endometriosis; procedimientos quirúrgicos previos comprendidos como laparoscopia, colposcopia, legrado, salpingectomía, u otra cirugía abdominal. (4,5)

Por otro lado podemos considerar como las principales indicaciones para la histerectomía a las siguientes condiciones.

- **Miomatosis Uterina**

Se considera que la miomatosis uterina contribuye con el 30% de las histerectomías. Siendo los síntomas principales atribuibles, el sangrado excesivo, dolor pélvico y síntomas relacionados a compresión de órganos adyacentes (6)

La realización de la histerectomía por miomatosis asintomática esta indicada en solo algunas circunstancias Como pueden ser obstrucción ureteral silente, en pacientes con uteros crecidos correspondientes a un tamaño de un útero de 12 semanas de gestación.

Y en la mujer postmenopausica sin estrógenos exógenos y crecimiento de los miomas se debe pensar en la presencia de un leiomiomasarcoma por lo que es necesaria la histerectomía para el diagnostico definitivo.(7,8)

Por otro lado las alternativas a la histerectomía por miomatosis sintomática se han incrementado. Pudiendo mencionar la miomectomía histeroscópica, la cual reporta una efectividad del 75 al 90% en casos de sangrado abundante.(8,9)

La utilización de agonistas de la hormona liberadora de gonatropinas (GnRH) es limitado por la regresión una vez suspendida la terapia.(8)

- **Sangrado Uterino Disfuncional**

El sangrado disfuncional es considerado el 20% de las indicaciones de histerectomía

Este es un diagnóstico de exclusión, refiriéndose a aquel sangrado excesivo no atribuible a miomatosis uterina, pólipos, neoplasia endometrial o cervical, embarazo, infección pélvica, o endometriosis. (6)

El sangrado uterino disfuncional que limita las actividades de la paciente o se asocia con anemia debe ser tratado en forma inicial medicamente.(6)

Si la terapia medica es ineficaz, deben ser consideradas otras alternativas, como puede ser la termoablación endometrial. En caso de falla y persistencia de sangrado crónico imponer esta indicada la histerectomía.(9)

- **Prolapso Genital**

El prolapso genital contribuye con un 15% de las histerectomías. El termino incluye prolapso uterino, cistourethrocele, enterocele y rectocele. Los principales síntomas atribuibles son presión pélvica, incontinencia urinaria, disconfort rectal

El prolapso sintomático de un útero que sobrepasa el introito es una clara indicación para la histerectomía. (6)

- **Endometriosis y Adenomiosis**

Aproximadamente un 20% de las histerectomías son realizadas debido a endometriosis.

Cuando la endometriosis es sintomática se asocia con dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia y sangrado irregular.(4) Debido que la progresión de esta patología parece estrógeno-dependiente, la terapia medica se basa en la supresión hormonal con agonista de la GnRH o danazol. Las técnicas quirúrgicas conservadoras se realizan cuando se trata de endometriomas importantes. (8,9)

La cirugía mayor esta indicada cuando los métodos terapéuticos anterior fallan, o bien cuando los efectos secundarios complican la evolución.

La adenomiosis (endometriosis localizada dentro del miometrio) puede causar crecimiento uterino, menorragia y dismenorrea. En este caso la supresión hormonal no tiene una adecuada eficacia, por lo que la histerectomía es el método terapéutico indicado (9,10)

- **Dolor Pélvico Crónico**

El dolor pélvico crónico es la principal indicación preoperatoria de histerectomía en un 10% de los casos. Debe ser investigada la causa subyacente antes de la realización de la histerectomía, una evaluación ginecológica completa por examen pélvico, laparoscopia, ultrasonido o resonancia magnetica deben descartar otra patología.

Debe realizarse una evaluación gastrointestinal, urinaria y musculoesquelética; así como una evaluación psiquiátrica.(8,9,10)

La terapia medica debe siempre ser tomada en cuenta en caso de dolor pélvico crónico ideopatico. La utilización de antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales poseen una respuesta favorable. Los agonistas GnRH no han probado su efectividad. Para considerar el éxito o falla del tratamiento medico debemos considerar una periodo mínimo de cuatro a seis meses.(11)

La realización de una histerectomía debido a dolor pélvico refractario a tratamiento medico, se ha visto que tiene como factor en contra, que hasta un 22% de estas pacientes persisten con dolor pélvico.(12)

- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica**

Cuando existe enfermedad anexial bilateral severa, puede ser realizada la histerectomía, junto con salpingectomía o salpingooforectomía. La presencia de piometra en presencia de estenosis cervical adquirida o congénita es también una indicación de histerectomía de acuerdo a algunas series. (12) Sin embargo consideramos en nuestra experiencia, que la principal causa asociada a piometra es la estenosis adquirida.

Contando recientemente con antibioticoterapia mas efectiva, drenaje laparoscópico o drenaje guiado por ultrasonografía, como alternativas.

- **Hiperplasia Endometrial**

La hiperplasia endometrial se considera como indicación de histerectomía en un 6% (4). La mayoría de estas, aquellas sin atipias, tienen un riesgo bajo de progresar a carcinoma endometrial (13). Por lo cual la histerectomía no esta indicada en estos casos.

La presencia de hiperplasia atípica es una indicación en circunstancias específicas. Cuando la preservación de la fertilidad es importante y se ha detectado un carcinoma endometrial, la terapia progestacional con monitorización estrecha es el tratamiento de elección; la histerectomía esta indicada si las muestras demuestran la persistencia de atipia. La histerectomía se considera como procedimiento definitivo si la paciente desea un procedimiento definitivo o es postmenopausica(14).

- **Neoplasia Intraepitelial Cervical, Cáncer Uterino Invasivo y Otras Neoplasias**

Las neoplasias intraepiteliales clase I, II, o III se trata mejor de forma conservadora, con vaporización con láser o excisión, como biopsia, excisión con asa, o crioterapia(14). La histerectomía es el tratamiento definitivo para el carcinoma cervical invasivo temprano.

La histerectomía es el tratamiento de elección para el adenocarcinoma de endometrio, así como usualmente se indica como parte del tratamiento del sarcoma uterino o tumores mesodermicos mixtos del utero. La histerectomía esta indicada en algunos casos de enfermedad trofoblastica gestacional que persiste después de la quimioterapia o en casos de sangrado incontrolable.

Complicaciones

Otro aspecto a destacar al hablar de histerectomía son las complicaciones; donde los rangos de mortalidad va de 6 a 11 por 10,000 para aquellas que no involucran embarazo o cancer, siendo de 29 a 38 por 10,000 al estar asociada a embarazo, y de 70 a 200, cuando se asocia a cancer (15).

Los porcentajes de complicaciones perioperatorias son considerados de acuerdo a importantes series publicadas en los 80's, los cuales van de 24% para la histerectomía vaginal y de 43% para la histerectomía abdominal (16).

Se han reportado efectos adversos de la histerectomía, incluyendo síntomas urinarios, falla ovárica temprana, síndrome de ovario persistente, constipación, fatiga, cambios en la función sexual, depresión y otras alteraciones siquiátricas (17,18)

Un aspecto a destacar es la correlación de los diagnosticos preoperatorios, de los metodos diagnosticos disponibles, respecto a el examen anatomopatológico. Las series son diversas sin embargo la presencia de especimenes con hallazgos normales va de un 15% hasta 38% sin embargo debemos considerar otras circuntancias que de alguna manera justifican la extirpación de un útero normal (1,5)

Debido a que este procedimiento puede tener mas indicaciones que para cualquier otro procedimiento mayor, al momento de realizar estudios de control de calidad o auditoria, se ha planteado en forma generalizada, la utilización de un diagnostico preoperatorio.

Así como se ha recomendado que para evaluar el control de calidad se tomen en cuenta dos criterios como son el informe preoperatorio del cirujano y el informe anatomopatológico (1,13,14).

Otro aspecto a considerar en cuanto al control de calidad y la excelencia de la atención médica y que puede ser independiente de la evaluación de la histerectomía, es la evolución clínica de la paciente. Considerando a la excelencia como " el logro de la perfección o superior calidad en determinada actividad". El control de calidad y la excelencia tienen dos aspectos importantes en la práctica médica.(1,25)

El aspecto administrativo que conlleva considerar los costos de un procedimiento en específico y la validación de este, así como la realización de otros procedimientos con disminución de los gastos, sin repercutir en la calidad de atención, los resultados terapéuticos y la morbi-mortalidad. El segundo aspecto es buscar la satisfacción de el paciente, en cuanto a su evolución clínica

Debido a lo expuesto anteriormente es preciso llevar una adecuada identificación de los factores asociados predisponentes, conocimiento de las principales indicaciones, realización de un diagnóstico certero y que exista una correlación anatomopatológica adecuada. Lo cual finalmente nos lleva a lograr la satisfacción o resolución de problemas de nuestras pacientes, así como disminuir el número de procedimientos mayores, abriendo la posibilidad a aquellos métodos alternativos. Siendo que la carencia de estos en cuanto a infraestructura, nos obliga a elaborar estrategias, para la introducción de métodos de mínima invasión y corta estancia, como pueden ser la histeroscopia y la ablación quirúrgica.(20)

Las técnicas de ablación endometrial han evolucionado desde los ochentas en respuesta a la necesidad de eficacia, seguridad y mayores alternativas costoefectividad respecto a la histerectomía (21).

Dentro de las tecnologías que se proponen o se están desarrollando encontramos la crioterapia, la circulación directa de solución salina calentado, terapia intersticial con laser, fototerapia y transferencia térmica en otras.

Aun cuando estas opciones terapéuticas se están desarrollando, debemos considerarlas como opciones y no como substitutos totales de la histerectomía, ya que las series que se refieren a estos metodos reportan una recurrencia importante (hemorragia y/o dolor) que lleva a un 20% de las mujeres a una histerectomía en un plazo de 2 años.(22)

Por último se procedió a realizar un cuestionario por escrito, consistente en 1 hoja que en su primera parte es llenada por el médico que lo realiza, y la segunda es contestada por la paciente en cuanto a su satisfacción personal y estado de salud actual en forma cronológica, tomando en cuenta su evolución al primer, tercero y sexto mes, al primero y segundo año; considerándose como mala, regular, buena o excelente.

Análisis de datos. Cuando fue posible, se combinó el cuestionario llenado por la paciente, junto con los datos obtenidos de los registros hospitalarios y vaciados en la hoja de recolección de datos. Para maximizar y validar el mayor número de casos.

Una vez obtenidas las diferentes variables, la elaboración del análisis estadístico se llevó a cabo por medio de medidas de tendencia central.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 1° de Julio de 1997 al 30 de Junio de 1999, se registraron un total de 433 procedimientos de histerectomía abdominal por indicación ginecológica.

De estas pacientes se excluyeron 4, ya que no se encontró el resultado anatomopatológico en 3 de ellas, en la restante no se encontró el expediente en el Archivo Clínico del Hospital.

Se consideraron 429 pacientes, en las cuales se conoció su edad en cada una de ellas.

La menor edad reportada fue de 28 años y la mayor de 75 años, con un promedio de 46.67, una media de 43.26, con una desviación estándar de 6.98. Ver tabla no. 1.

En cuanto a la incidencia de los principales factores asociados predisponentes: encontramos que de los 429 casos, las variables fueron sangrado menstrual irregular en un 84.14%, tratamiento hormonal en algún momento previo a la histerectomía 60.37%. El 76.92% presentaron dismenorrea esto es 330 pacientes, de las cuales un 6.06% fue severa, un 30.9% moderada y un 63.93% leve.

Se observó a su vez la frecuencia con que se presentaron otros factores: La presencia de dolor pélvico crónico el cual se presentó en 17.71%.

Solo se tomó la presencia o ausencia de este y no se valoró el grado de intensidad del mismo.

La presencia de sangrado uterino postmenopáusico se observó en un 9.5%, mientras que la presencia de sangrado postcoital se presentó en el 3.03% del total de las 429 pacientes.

Ver Tabla No. 2, ver Figura 1.

De los 429 casos revisados hubo 3 pacientes nuligestas, 136 pacientes con paridad baja (esto es de 1 a 2 embarazos) y 290 pacientes con paridad alta (mas de 3 embarazos).

En cuanto al antecedente de cirugías previas, se valoraron tres parámetros principales: Ninguna cirugía 304 casos (70.86%), 1 cirugía 75 casos (17.48%) o bien 2 o mas 50 casos (11.66%).

Se tomaron en cuenta también aquellos casos donde estuvo presente el antecedente de salpingectomía bilateral como metodo de control natal. Presentándose positivo en 187 casos (43.58%) Ver Tabla No.3 .

Se eligieron dos de los factores o síntomas mas frecuentes y se investigo con que frecuencia fueron concomitantes con otros factores incluidos .En el caso de Sangrado Menstrual Irregular de los 361 casos, se encontró que el principal factor asociado fue la paridad alta (+ 3) asociándose en 226 casos (62.6%), en segundo termino el antecedente de OTB se asocio en 172 casos (47.6%); por el ultimo la presencia de dolor pélvico se presento en 46 casos (12.7%).Ver Tabla No.4.

Referente a la Dismenorrea como segundo síntoma mas importante encontramos que se asocio a paridad alta en 209 casos (63.3%), OTB 167 casos (50.6%) y dolor pélvico en 53 casos (16.06%).Ver Tabla No.5 .

Se evaluó la relación de los dos síntomas mencionados y el diagnostico preoperatorio. De los 361 casos con sangrado menstrual irregular, 326 casos (90%) se relacionaron a Miomatosis Uterina, Sangrado Uterino Anormal 21 casos (5.8%), Hiperplasia 4 casos (1.2%), Congestión pélvica 3 casos (0.8%), Sangrado Uterino Disfuncional, Sangrado Uterino Postmenopausico, CaCU in situ y Adenomiosis 1 caso cada uno (0.3%). De 330 casos con dismenorrea se relacionaron en 306 casos a Miomatosis Uterina (92.7%), 18 casos (5.45%) Sangrado Uterino Anormal, 3 casos (0.9%) Congestión Pélvica y 1 caso (0.3%) de Sangrado Uterino Disfuncional, Adenomiosis y Endometriosis respectivamente. Ver Tabla No.6 y No.7.

Las indicaciones principales de histerectomía en nuestro Hospital durante el período estudiado de 2 años fueron las siguientes: Miomatosis 370 casos (86.48%), SUA 28 casos

(6.52%), Alteración cervical (alteraciones displásicas y cancer) 9 casos (1.86%), Hiperplasia endometrial 8 casos (1.86%), sangrado postmenopausico 6 casos (1.39%), Congestión pélvica 3 casos (0.69%), Sangrado uterino disfuncional 1 caso (0.23%), otros diagnosticos 4 casos (0.97%). Ver Tabla No.8 .

En cuanto al diagnostico ultrasonográfico, solo en dos casos no se realizo el estudio; de los otros 427 casos, en el 94.4% se reporto alguna patología ginecológica. Dentro de los principales diagnostico se encontraron los siguientes: Miomatosis uterina de medianos elementos 205 casos (47.78%), pequeños elementos 162 (37.76%), grandes elementos 29 casos (6.7%), estudio normal 22 casos (5.12%), hiperplasia 6 casos (1.4%), otros diagnosticos 3 (0.7%), no se realizo en 2 casos (0.48%)

En la categoría de otros se incluyen dos casos de pacientes con tumoraciones quísticas de ovario y un caso de anexitis bilateral Ver Tabla No.9 .

Al evaluar el diagnostico ultrasonográfico mas frecuente, es decir Miomatosis Uterina, de los 396 reportados encontramos correlación en un 56.8% respecto al estudio anatomopatológico, siendo la correlación para la miomatosis de grandes elementos de 86.2%, de medianos elementos 69.2% y pequeños elementos un 35.8%. Ver Figura 2.

Se obtuvieron 429 reportes anatomopatológicos, ya que 4 casos se excluyeron por no encontrarse el reporte y/o el expediente clinico. Se reporto Miomatosis Uterina en 233 casos (54.31%), estudio normal en 138 casos (32.16%), atrofia endometrial 21 casos (4.9%), endometritis 19 casos (4.45%), Cancer y displasia cervical 9 casos (2.1%), Cancer e hiperplasia de endometrio 5 casos (1.16%), adenomiosis 2 casos (0.46%) y patología ovarica 2 casos (0.46%). Ver Tabla No.10.

Los dos casos que se reportaron como patología ovárica consistieron en el primero quistes endometrioticos y un adenocarcinoma respectivamente. En cuanto a las alteraciones cervicales se reportaron 5 casos de Displasia Severa y 4 casos de Carcinoma Epidermoide.

Se reportaron por trastorno endometrial 3 casos de hiperplasia simple, un caso de hiperplasia adenomatosa y un caso más como adenocarcinoma.

La correlación Clínico-Anatomopatológica reportada de acuerdo a los datos obtenidos del servicio de patología son las siguientes: del total de casos (429), en 253 casos (58.9%) hubo correlación clínica-anatomopatológica, sin correlación en 176 casos (41.1%).

Ver figura 3.

De los 253 casos en que se correlacionaron los diagnósticos preoperatorios con el estudio anatomopatológico, la Miomatosis Uterina se correlacionó en 220 casos (94.4%) respecto a los 233 reportes, Atrofia Endometrial 7 casos de 21 reportados (33%), Endometritis 12 casos correlacionados respecto a los 19 reportados (63%), Cáncer y Displasia Cervical 9 casos de 9 reportados (100%), Cáncer e Hiperplasia Endometrial 4 casos de 5 reportados (80%), Adenomiosis 1 caso de 2 reportados (50%); patología ovárica 0 casos respecto a los 2 casos reportados. Ver Tabla No.11.

Finalmente se evaluó la evolución de la paciente, para esto se pudo realizar el cuestionario a 340 pacientes (79.2%), mientras que 69 pacientes (20.8%) no se sometieron a este debido a: no estar interesadas en realizarlo 63 pacientes (70.8%) o bien no haber sido localizadas de acuerdo a los datos registrados en el expediente clínico 26 pacientes (29.2%). Ver Figura No. 4 y No.5.

De los 340 casos durante el primer mes postoperatorio, 268 casos (78.8%) refirieron su estado de salud como bueno, 68 casos (20%) regular y 4 casos (1.2%) malo. Durante el tercer mes 286 casos (84.1%) se consideraron en buen estado, 44 casos (12.94%) regular y 10 casos (2.96%) excelente. Al sexto mes 299 casos refirieron buena evolución (87.9%), 30 casos (8.8%) regular y 11 (3.3%) excelente. La evaluación anual reporta buena evolución en 213 casos (62.6%), regular en 15 casos (4.4%) y excelente 14 casos (4.1%). Por último la evolución durante el segundo año, solo toma en cuenta 240 casos con ese tiempo de

evolución postoperatoria, apreciándose que 208 (86.6%) refirieron su estado de salud como bueno, 20 casos (8.4%) excelente y 12 casos (5%) regular. Ver Tabla No.12 .

TABLA No.1
 EDAD DE LA PACIENTE

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25-29 años	2	0.46%
30-34 años	31	7.22%
35-39 años	82	19.11%
40-44 años	126	29.37%
45-49 años	123	28.70%
50-54 años	34	7.92%
55-59 años	16	3.72%
60 o mas	15	3.50%
TOTAL	429	100%

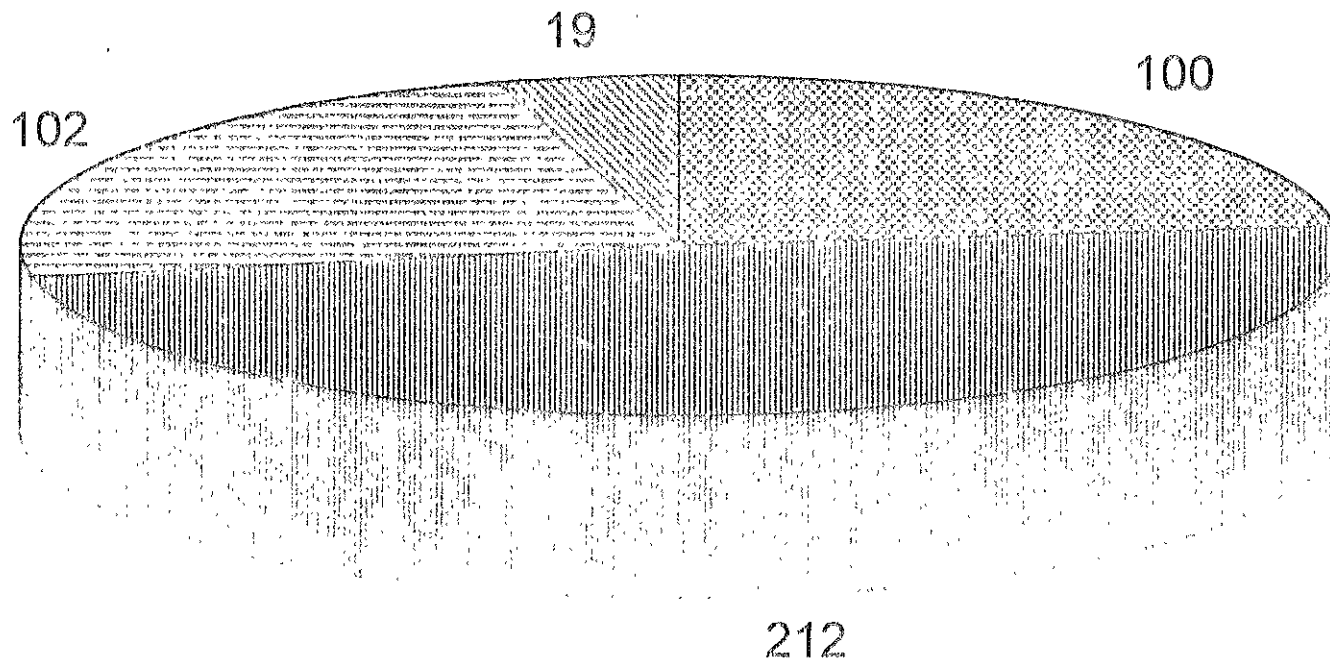
- Promedio de edad 46.67 años
- Media 43.26
- Desviación estandar 6.98

TABLA No. 2
FACTORES ASOCIADOS PARA HISTERECTOMÍA
 TOTAL DE CASOS n= 429

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANGRADO MENSTRUAL IRREGULAR	361	84.14%
DISMENORREA	330	76.92%
TRATAMIENTO HORMONAL	259	60.37%
DOLOR PÉLVICO CRONICO	76	17.71%
SANGRADO POSTMENOPAUSICO	41	9.5%
SANGRADO POSTCOITAL	13	3.03%

GRAFICA No.1 DISMENORREA DISTRIBUCION

Histerectomía: Factores asociados/VEGA/22



■ AUSENCIA ■ LEVE ■ MODERADA ■ SEVERA

TABLA No. 3

OTROS FACTORES ASOCIADOS PARA HISTERECTOMIA

TOTAL DE CASOS n=429

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARIDAD *	290	67.61%
OTB	187	43.58%
CIRUGÍA PREVIA	125	29.13%

TABLA No. 4
FACTORES CONCOMITANTES
CON SANGRADO MENSTRUAL IRREGULAR
TOTAL DE CASOS n=361

	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARIDAD ALTA	226	62.6%
OTB	172	47.6%
DOLOR PELVICO	46	12.74%

TABLA No. 5
 FACTORES CONCOMITANTES
 Y
 DISMENORREA
 TOTAL DE CASOS n=330

	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARIDAD ALTA	209	63.3%
OTB	167	50.6%
DOLOR PELVICO	53	16.1%

TABLA No.6
 SANGRADC MENSTRUAL IRREGULAR Y DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS
 CONCOMITANTES
 361 CASOS

	No.CASOS	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	326	90.3%
SUA	21	5.8%
HIPERPLASIA	4	1.1%
CONGESTION PÉLVICA	3	0.8%
SUD	1	0.3%
SANGRADO POSTM	1	0.3%
CaCU	1	0.3%
ADENOMIOSIS	1	0.3%

TABLA No.7

DISMENORREA Y DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS CONCOMITANTES

TOTAL DE CASOS 330

	No CASOS	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	306	90.3%
SUA	18	5.8%
CONGESTION PÉLVICA	3	0.8%
SUD	1	0.3%
ENDOMETRIOSIS	1	0.3%
ADENOMIOSIS	1	0.3%

TABLA No. 8
 DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
 TOTAL DE CASOS 429

PATOLOGIA	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Miomatosis	370	86.24%
SUA	28	6.5%
Alteración cervical	9	2.1%
Hiperplasia Endometrial	8	1.9%
Sangrado Postmenopausico	6	1.4%
Otros	5	1.16%
Congestión Pélvica	3	0.7%

TABLA NO. 9
 DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO
 TOTAL DE CASOS 429

DIAGNOSTICO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
MIOMATOSIS MEDIANOS ELEMENTOS	205	47.78%
PEQUEÑOS ELEMENTOS	162	37.76%
GRANDES ELEMENTOS	29	6.7%
ESTUDIO NORMAL	22	5.12%
HIPERPLASIA	6	1.4%
OTROS DX	3	0.7%
NO SE REALIZO	2	0.48%

GRAFICA No.2
CORRELACION ULTRASONOGRAFICA-HISTOPATOLOGICA
MIOMATOSIS UTERINA

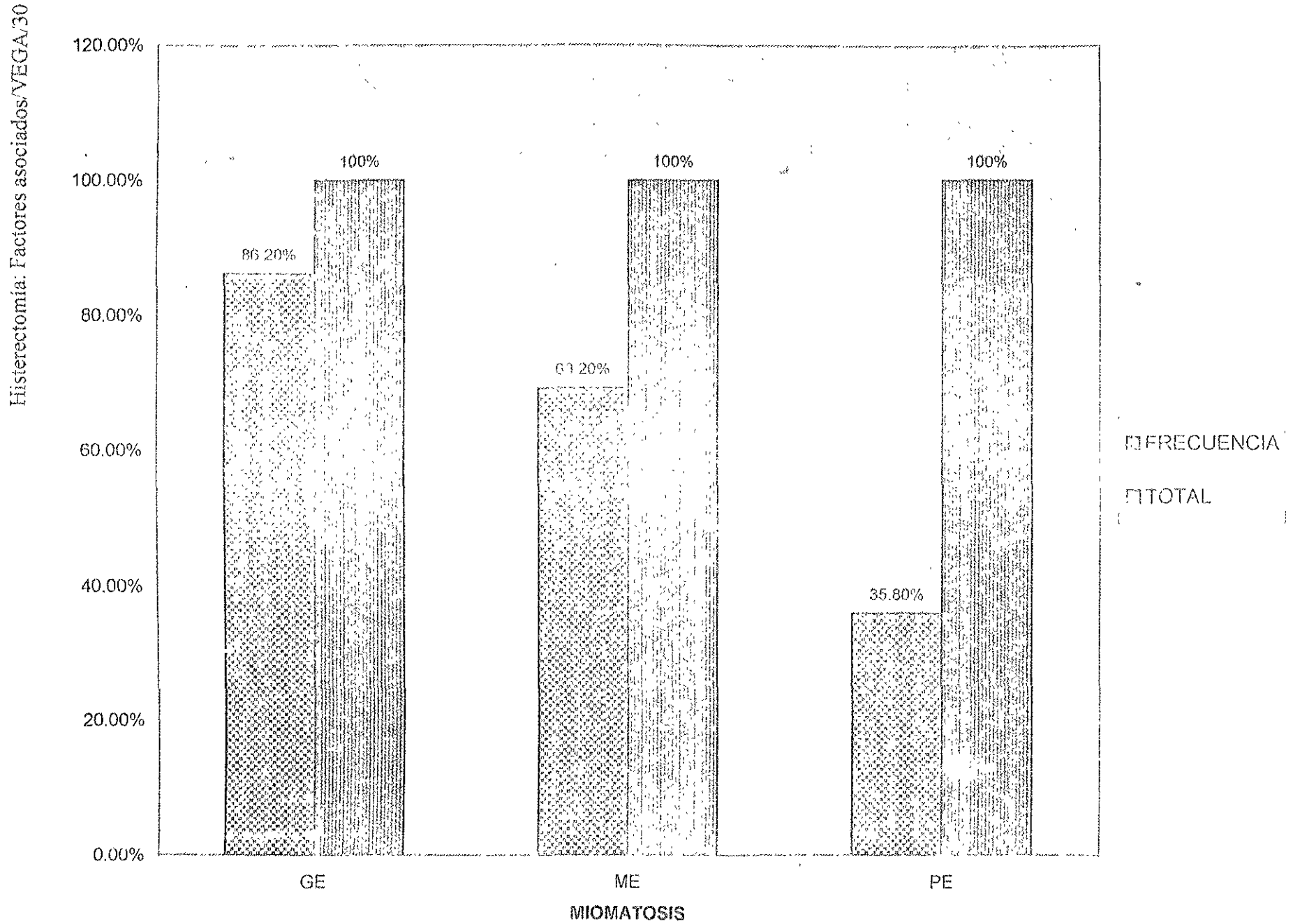


TABLA No. 10

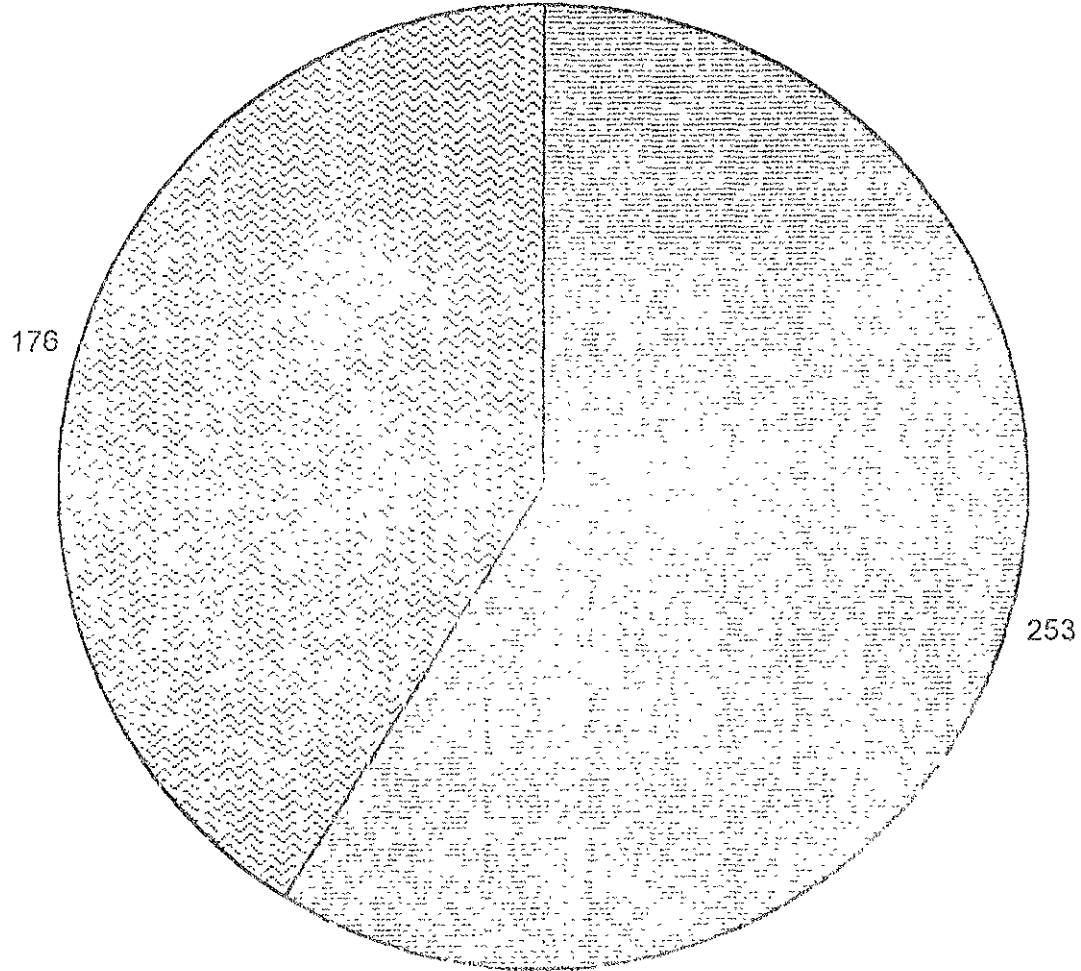
REPORTE HISTOPATOLÓGICO

429 CASOS

	NO. CASOS	PORCENTAJE
MIOMATOSIS	233	54.31%
ATROFIA ENDOMETRIAL	21	4.9%
ENDOMETRITIS	19	4.45%
CA-DISPLASIAS	9	2.1%
CA-HIPERPLASIA	5	1.16%
ADENOMIOSIS	2	0.46%
PATOLOGÍA OVARICA	2	0.46%

GRAFICA N.º.3
CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA

Histerectomía: Factores asociados/VEGA/32

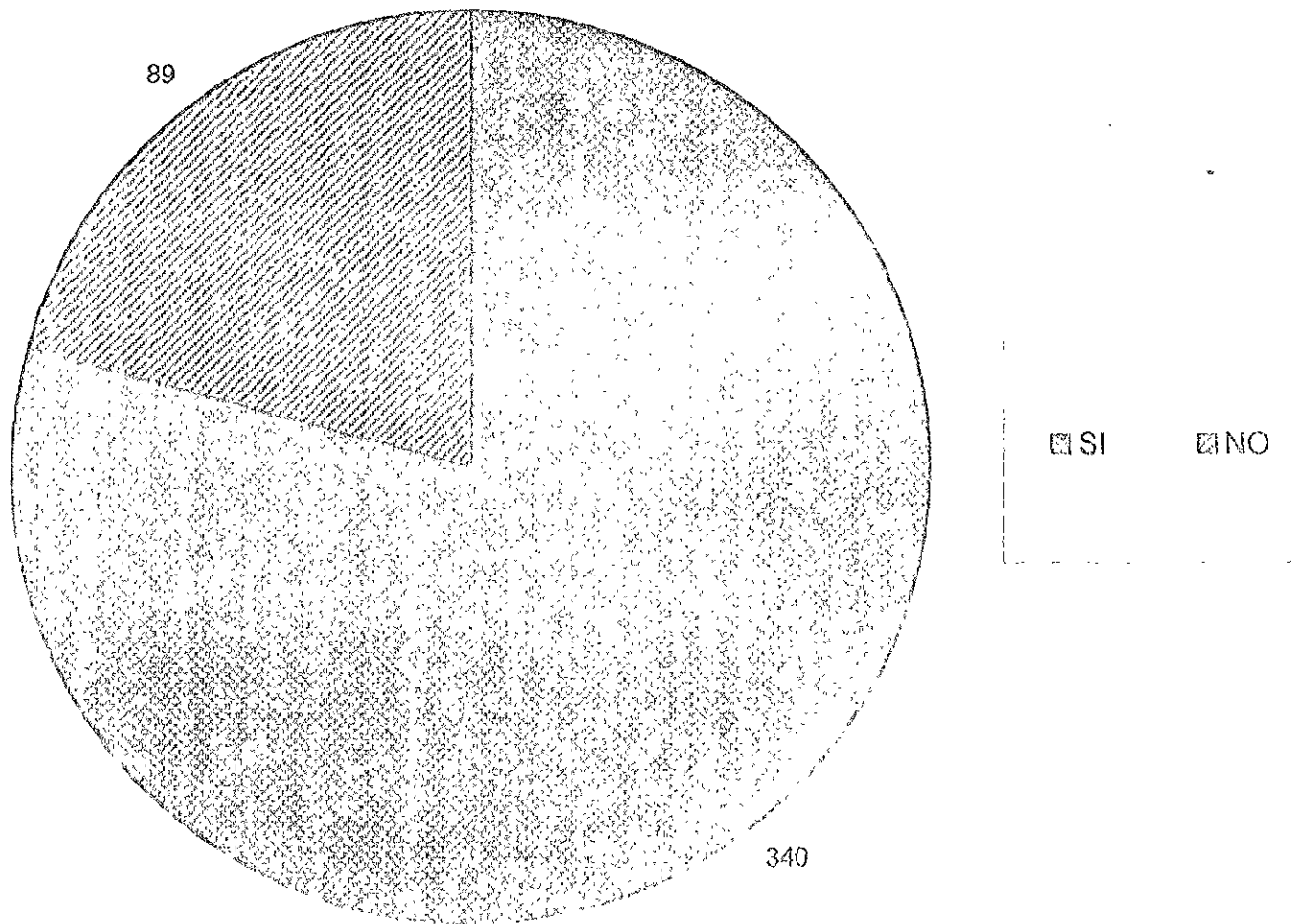


Correlacion Sin Correlacion

TABLA No.11
 CORRELACION CON DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
 TOTAL DE CASOS 253

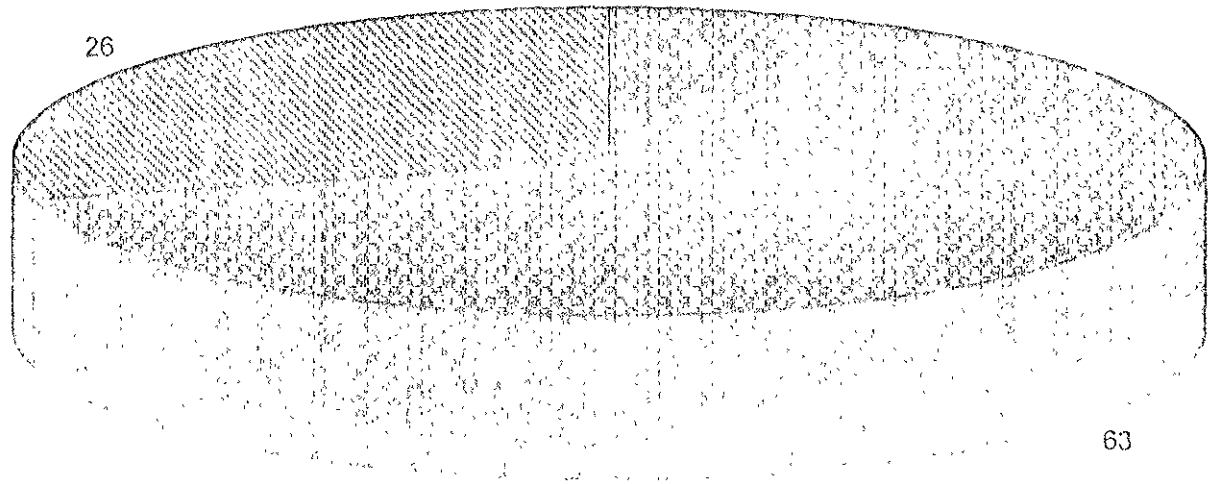
	CORRELACION	PORCENTAJE
MIOMATOSIS	220	94.4%
ENDOMETRITIS	12	63%
CA-DISPLASIAS	9	100%
ATROFIA ENDOMETRIAL	7	33%
CA-HIPERPLASIA	4	80%
ADENOMIOSIS	1	50%

GRAFICA No.4
REALIZACION DE CUESTIONARIO
429 CASOS



GRAFICA No.5
CAUSAS DE NO EVALUACION

NUMERO DE CASOS (89)



NO ACEPTO

NO SE LOCALIZO



TABLA No.12
 AUTOEVALUACION DEL ESTADO DE SALUD

	1m	3m	6m	1ª	2ª
BUENA	268	286	299	213	208
REGULAR	68	44	30	15	20
EXCELENTE	-	10	11	14	12
MALA	4	-	-	-	-

COMENTARIOS

Uno de los puntos del conjunto de esta investigación fue el identificar aquellos factores asociados más frecuentemente a la Histerectomía. Se identificaron algunos predictores de histerectomía, los cuales concuerdan con algunas series importantes. (5) Así mismo es importante tomar en cuenta la correlación que existe de estos factores entre sí, considerando como factores asociados principales las alteraciones menstruales determinadas en gran número de pacientes por el sangrado menstrual irregular y la dismenorrea, siendo además los principales factores que llevan a una histerectomía, la interacción la encontramos principalmente con la presencia de dolor pélvico crónico, una paridad alta (más de 3 embarazos) y la realización de salpingectomía como método de control natal, encontrando consistencia con la literatura existente sobre el tema, sin embargo la frecuencia de presentación de dolor pélvico crónico, se encontró por debajo de los valores referidos en la literatura (8), este estudio intentó revisar el rol de la salpingectomía y el síndrome postligadura, encontrando una relación importante, como ya ha sido mencionada por diversos autores.(3)

La miomatosis uterina como diagnóstico preoperatorio fue en esta serie la que contó con un mayor número de pacientes, seguida por el diagnóstico de sangrado uterino anormal el cual por sí mismo carece de certeza, no siendo considerado como un diagnóstico que justifique la realización de una histerectomía, como se describe en la literatura.(3) Los porcentajes de las patologías enunciadas como diagnósticos preoperatorios estuvieron muy por arriba de series importantes en el caso de la miomatosis uterina, así como en niveles por debajo de lo establecido para el sangrado uterino disfuncional, la endometriosis y adenomiosis, dolor pélvico crónico, hiperplasia endometrial.(6)

La utilización de métodos paracrínicos en la protocolización de pacientes, debe ser considerada con todas sus limitaciones, ya que como se demostró solo correlaciona en un

56.8% en el caso de la miomatosis, siendo solo del 35.8% para aquellas miomatosis de pequeños elementos.

El análisis de los reportes histopatológicos y su correlación como parte del control de calidad, sigue siendo parte importante en la evaluación de los protocolos de las pacientes que serán sometidas a un procedimiento quirúrgico mayor como lo es la histerectomía, en esta serie encontramos que un porcentaje importante no presentó correlación sin embargo este porcentaje que fue del 41.1% se encuentra dentro de los límites aceptados por la mayoría de los grandes centros ginecológicos (1).

Los porcentajes y distribución de los grupos etáreos encontrados pueden ser comparados con los de otros centros, llamando la atención que los grupos de 45-49 y 50-54 años conformaron el 36% de la totalidad de los casos incluidos, encontrando diferencia con el 25% referido por algunos autores, así mismo el grupo de 50-54 y 55-59 años conformaron un 11%, contra un 32% reportado (3,6) Siendo evidente que en estos grupos de edad, las principales causas a tomar en cuenta son los trastornos hormonales asociados al climaterio, incluyendo la misma atrofia endometrial como causa de sangrado; lo cual ya se ha manejado por diversos autores. (8)

La autcevaluación de estado de salud de las pacientes presenta algunos inconvenientes, lo cual siempre dará subjetividad a esta sin embargo una parte importante en los métodos o sistemas de control de calidad de los servicios de salud, es además del aspecto económico y administrativo, lograr la satisfacción de la paciente, que no es más que solucionar sus principales problemas de salud. Un método de este tipo debe realizarse en forma continua y simultánea por parte del ginecólogo investigando aquellos factores que entorpecen la buena evolución de las pacientes; los resultados obtenidos nos hablan que un porcentaje importante logra una remisión o solución de los principales factores o síntomas por los que acuden en un inicio a un servicio de ginecología.

Considero que se cumplieron los objetivos planteados en este trabajo, respecto a identificar los principales factores asociados , indicaciones, así como un análisis de los protocolos realizados en las pacientes sometidas a histerectomía en un servicio de ginecología, como lo es el nuestro; buscando finalmente la excelencia en la atención medica.

BIBLIOGRAFÍA

REVISTAS

- 1.- Treloar, Susan A., Kim-Anh Do, O'Connor, PhD. Predictors of hysterectomy: An Australian study. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180: 945-954.
- 2.- Brett KM, Madans JH. Hysterectomy use: the correspondence between self-reports and hospital records. *Am J Public Health.* 1994; 84: 1653-5
- 3.- Dorsey JH, Steinberg EP, Holtz PM. Clinical indications for hysterectomy route: patient characteristics or physician preference? *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173: 1452-60.
- 4.- Rullin MC, Davidson AR, Peilliber SG, Graves W/L, Cushman LF. Long-term effect of tubal sterilization on menstrual indices and pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1993;82: 118-121.
- 5.- Carison, Karen J; Nichols, David M; Schiff, Isaac. Current Concepts: Indications For Hysterectomy. *N Engl J Med.* 1993; 323: 353-60
- 6.- Lee NC, Dicker RC, Rubin GL, Cry HW. Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 233-87
- 7.- Renaer M, Vertommen H, Nijs P, Wagemans L, Van Hemelrijck T. Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol.* 1979; 134: 75-80.
- 8.- Stabinsky, Seth A; Einstein, Mark; Breen, James L. Modern Treatments of Menorrhagia Attributable to Dysfunctional Uterine Bleeding. *Obstet Gynecol Surv.* 1999; 54: 61-72.
- 9.- LaLonde A. Evaluation of surgical options in menorrhagia. *Br J Obstet Gynecol.* 1994; 101 (suppl 11): 8-14.
- 10.- Clarke A, Black N, Rowe P et al. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: A prospective cohort study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995; 102: 611-20.

- 11.- Reiter RC , Wagner PL, Gambone JC. Routine hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata: a reappraisal. *Obstet Gynecol.* 1992;79:481-4.
- 12.- Easterday CL, Grimes DA, Riggs JA. Hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol.* 1983; 62: 203-212.
- 13.- Garry R, Khair A, Mooney P, Stuart M. A comparison of Goserelin and Danazol as endometrial thinning agents prior to endometrial laser ablation. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996; 103: 339-44.
- 14.- Weeks, Andrew D.MD; Duffy, Sean R G. MD, Walker, James J. MD. Uterine ultrasonographic changes with gonadotropin-releasing hormone agonist. *Am J Obstet Gynecol.* 1999, 180:8-13.
- 15 - Garry R, Khair A, Mooney P, Stuart M A comparison of goserelin and danazol as endometrial thinning agents prior to endometrial laser ablation. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996, 103:339-44.
- 16.- Bachmann GA. Hysterectomy, a critical review. *J Reprod Med.* 1990; 35: 839-62.
- 17.- Reiter RC, Gambone JC Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990;75: 428-32.
- 18.- Stovall TG,Ling FW,Crawford DA Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology . *Obstet Gynecol.* 1990, 75: 676-9
- 19.- Jones MW, Kurman RJ. New ways of managing endometrial hyperplasia. *Contemp Obstet Gynecol.* 1990;35(12): 36-46.
- 20.- Wingo PA, Huerdo CM, Rubin GL, Ory HW, Peterson HB. The mortality risk associated with hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1985. 152 803-8.

LIBROS

- 21.- John D. Thompson, John A. Rock. Te Linde Ginecología Qx. 7ª. Edición. Buenos Aires Argentina, Editorial Panamericana, 1993, pp 608-26
- 22.- H.A.Hirsch, MD; O. Kaser,MD; F.A. Iklé,MD. Atlas de Cirugía Ginecológica. Quinta Edición. Madrid España, Editorial Marbán Libros. 1997,pp 123-126.
- 23.- Lourdes Munich. Más Allá de la Excelencia y de la Calidad Total. Segunda Edición. México. Editorial Trillas, 1996, 15-20; 57-63.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA "
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE HIISTERECTOMIZADA

Paciente:

Cedúla:

Edad:

Inicio de vida sexual activa:

Paridad:

G P C A E

Utilización de hormonales:

Dismenorrea:

Dolor pélvico crónico:

Antecedentes de esterilidad:

Sangrado menstrual irregular_____

Sangrado postcoital_____

Sangrado postmenopausico_____

Endometriosis_____

Enfermedad pélvica inflamatoria_____

Miomas_____

Alteración Endometrial_____

OTB_____

Otras cirugías abdominales_____

LUI_____

Anemia_____

ESTADO DE SALUD POSTOPERATORIO.

- Primer mes: Malo___ Regular___ Bueno___ Excelente___

- Tercer mes: Malo___ Regular___ Bueno___ Excelente___

- Sexto mes: Malo___ Regular___ Bueno___ Excelente___

- Anual Malo___ Regular___ Bueno___ Excelente___

- Segundo año Malo___ Regular___ Bueno___ Excelente___

Considera que el manejo brindado fue:

Malo___ Regular___ Bueno___ Excelente___

