

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

MORBIMORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA VAGI
NAL CON CIRUGIA ABDOMINOPELVICA PREVIA.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE REALIZA EL DR. ARTURO DE JESUS BAEZA
VALENZUELA, PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPE
CIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

1 9 8 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	I
OBJETIVOS	4
HIPOTESIS	5
TIPO DE INVESTIGACION	6
METODOLOGIA	7
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	9
ANALISIS ESTADISTICO	9
RESULTADOS	10
GRAFICAS	14
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCION

El problema del mejor tratamiento del prolapso uterino y de las afecciones asociadas es todavía origen de no pocas discusiones y desacuerdos dentro de los círculos ginecológicos. En muchas clínicas de Estados Unidos se efectúa corrientemente la histerectomía vaginal, considerada como tratamiento óptimo para todos los grados de prolapso uterino. Es raro hoy en día que un cirujano ginecólogo -- que abogue por procedimiento combinado de plastía vaginal y suspensión intraabdominal (1, 2, 3). El interés por la histerectomía vaginal ha aumentado, siendo mayor el número de estas operaciones practicadas en diversos centros - del mundo; los reportes de la incidencia relativa varí-- grandemente, no solo de un país a otro, sino entre grupos médicos de un mismo país (2). Esto prueba que no hay un criterio uniforme sobre las indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía vaginal, consideramos como indicaciones: Prolapso Uterino, CACU insitu, Miomatosis Uterina de Pequeños elementos , y como contra indicaciones - absolutas y relativas: Masas anexiales fijas y altas dentro de la pelvis, Endometriosis pélvica, Proceso inflamatorio anexial, Ligamentos fijos, Pexias uterinas, Obesidad, Tumores benignos grandes de la matriz, tumores ováricos (2, 3, 4). La histerectomía vaginal como procedimiento de elección posterior a operación abdominopélvica ha -

sido evaluada; se estudiaron 1563 pacientes con histerectomía vaginal de Enero de 1961 a Enero de 1971, 942 pacientes sin cirugía abdominopélvica previa, y 621 pacientes con historia de cirugía abdominopélvica previa, el análisis de los resultados concluye que la histerectomía vaginal no esta -- contraindicada Per Se después de operación abdominopélvica- (5, 6). En un estudio retrospectivo de más de 2400 casos- de histerectomía vaginal y abdominal y su morbimortalidad - concluye lo siguiente respecto a la vía vaginal: 1.- El acceso por la vía vaginal permite tratar la mayor parte de -- los padecimientos ginecológicos. 2.- Es la ruta de elección en la mujer postmenopáusica. 3.- Es la única vía para el -- tratamiento del cistocele y rectocele, y el adecuado manejo del prolapso genital. 4.- Es el camino perfecto para abor-- dar las fístulas de vejiga y el único para resolver fístulas rectovaginales que complican la histerectomía. 5.- La reconstrucción del piso pélvico ya sea en las laceraciones del mismo o en el tratamiento del prolapso no puede ser otra vía.- 6.- Es menos traumático para las pacientes. 7.- Dá un menor número de complicaciones infecciosas. 8.- Facilita un buen drenaje en declive en los procesos inflamatorios. 9.- Evita infecciones del tejido celular y eventraciones postquirúrgicas.

10.- La recuperación es más rápida y la hospitalización re
ducida.

11.- El shock quirúrgico es excepcional. (8, 9, 10, 11, -
14).

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la morbimortalidad en la histerectomía vaginal - con cirugía abdominopélvica previa.
- 2.- Definir si es o no una contraindicación de histerectomía vaginal la cirugía abdominopélvica previa.

HIPOTESIS

Si se efectúa Histerectomía Vaginal en pacientes con cirugía abdominopélvica previa y no se aumenta la morbilidad; entonces no es una contraindicación de histerectomía vaginal la cirugía abdominopélvica previa.

TIPO DE INVESTIGACION

1.-Observacional

2.-Descriptivo

3.-Retrospectivo

4.-Longitudinal

METODOLOGIA

1.- Población y Muestra

Pacientes a quienes se les practicó histerectomía vaginal con cirugía abdominopélvica previa en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México durante el año de 1988.

2.- Criterios

- a) De Inclusión.- Se incluyen expedientes de pacientes con histerectomía vaginal con antecedente de cirugía abdominopélvica, y diagnóstico preoperatorio de descenso uterino grado II o mayor.

- b) De Exclusión.- Se excluyen expedientes de pacientes con descenso uterino grado I o sin descenso, masas anexiales fijas y altas dentro de la pelvis, endometriosis pélvica, proceso inflamatorio anexial, ligamentos fijos, pexias uterinas, tumores benignos grandes de la matriz, tumores ováricos, infección vaginal.

3.- Definición de las Variables.

Edad

Paridad

Diagnóstico Preoperatorio

Grado de descenso uterino

Número y tipo de cirugía abdominopélvicas previas
técnica Anestésica

Volumen de Sangre Transfundida

Tiempo Quirúrgico

Empleo de Antibióticos

4.- Procedimiento

Se revisó la libreta de registro quirúrgico de la Unidad de Ginecología donde se obtuvo el número - de expediente y nombre de la paciente, y se buscó los expedientes clínicos en el archivo de la consulta externa para el vaciamiento de datos y su - análisis estadístico.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se recolectaron los siguientes datos: paridad, Edad, estancia hospitalaria, grado de descenso uterino, cistocele, retocele, número y tipo de cirugía previa, técnica anestésica, volumen -- sanguíneo transfundido, tiempo quirúrgico, antibióticos empleados, complicaciones como: infección de vías urinarias, absceso de cúpula, íleo paralítico, lesión de vesical, hemorragia transoperatoria, lesión ureteral.

ANALISIS ESTADISTICO

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

RESULTADOS

EDAD:

Media	52.5 Años.
Mediana	48.5
Varianza	180.54
Desviación estandar	13.437
Asimetría	.271
Valor de T	9.1

ESTANCIA:

Media	5.95 días
Mediana	5.00
Varianza	4.70
Desviación estandar	2.17
Asimetría	2.50

GRADO DE DESCENSO UTERINO

	Total	Porcentaje
Grado I :	0	0
Grado II :	19	86.36
Grado III:	3	13.63

GRADO DE CISTOCELE

Grado I :	0	0
Grado II :	16	72.72
Grado III:	6	27.27

GRADO DE RECTOCELE

Grado I :	3	13.63
Grado II :	10	86.36
Grado III:	5	22.72

NUMERO Y TIPO DE CIRUGIA PREVIA

Cesárea :	5	22.77
Dos Cesáreas :	1	4.54
Cesárea y Ooforectomía :	1	4.54
Ooforectomía y Emb. Ectópico	1	4.54
Apendicectomía y OTB :	1	4.54
Apendicectomía :	1	4.54
Cirugía de Cérvix :	1	4.54
Miomectomía :	1	4.54
OTB :	10	45.45

NUMERO Y TIPO DE CIRUGIA PREVIA

Media	:	3.5
Mediana	:	4.5
Varianza	:	15.2
Desviación		
Estándar	:	3.9
Asimetría	:	1.1

TECNICA ANESTESICA

	Total	Porcentaje
B.P.D.:	22	100
Gral. Inhalatoria:	0	0
Balanceada :	0	0

PARIDAD

P - I ::	1	4.54
P - II :	3	13.62
P - III:	4	18.18
P - IV		
y más:	14	63.66

VOLUMEN SANGUINEO TRANFUNDIDO

	0	0
--	---	---

TIEMPO QUIRURGICO

Media:	97.72 min.
--------	------------

ANTIBIOTICOS

	TOTAL	%
Ampicilina	18	81.83
Ampicilina más Centami cina.	3	13.63
Penicilina Sódica más Centamicina más Metroni dazol	1	4.54

COMPLICACIONES

Número de pacien tes	2	9.09
Infección de Vías Urinarias	0	0.00
Absceso Cúpula	1	4.54
Ileo Paralítico	0	0.00
Lesión de Recto- sigmoides	0	0.00
Lesión Vesical	1	4.54
Lesión Ureteral	0	0.00

HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA

Media 218.18 ml.

**RESULTADO COMPARATIVO ENTRE COMPLICACIONES
DE HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA
CON CIRUGIA PREVIA.**

Valor de T : 9.1

Prueba de F : 11.8

Chart 1

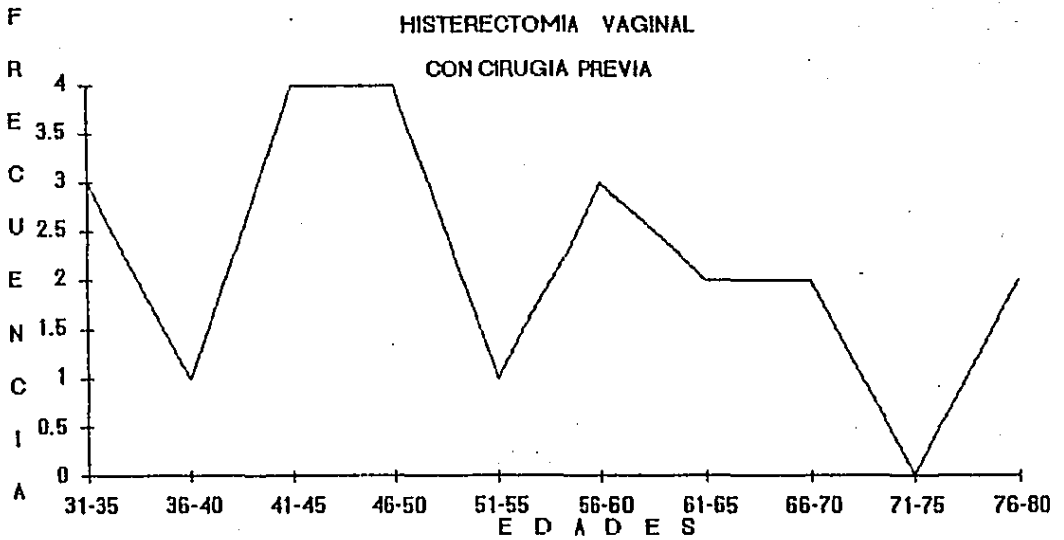
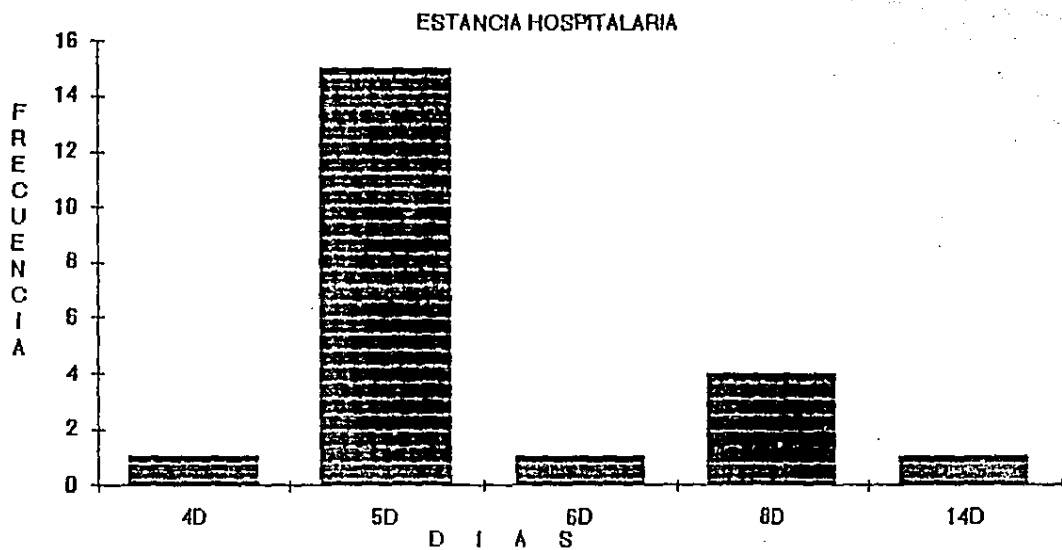
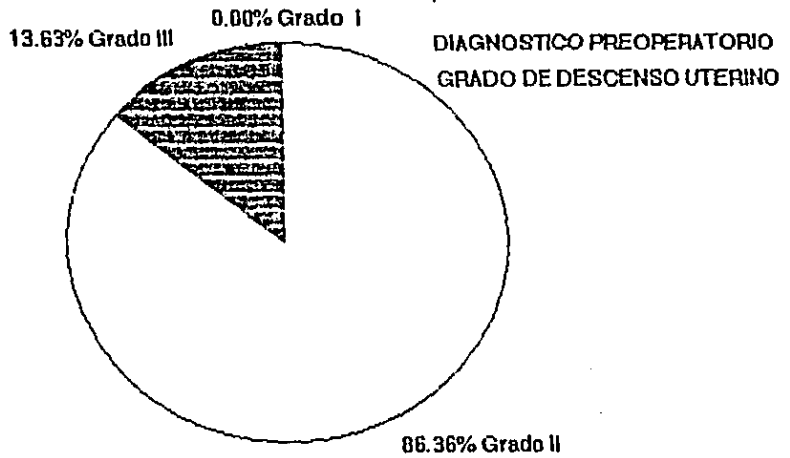


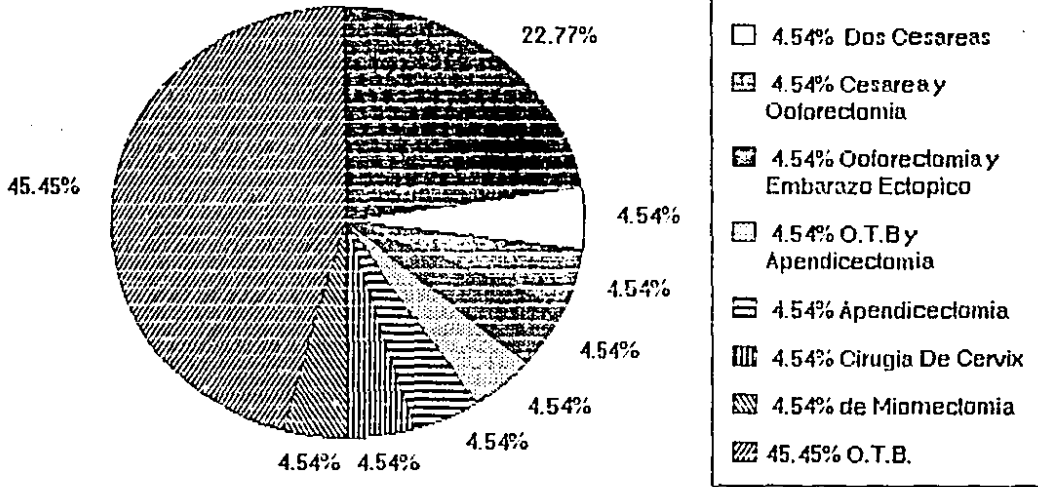
Chart5



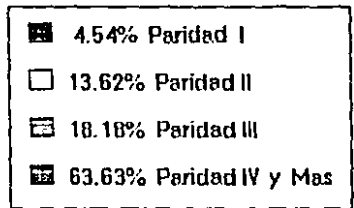
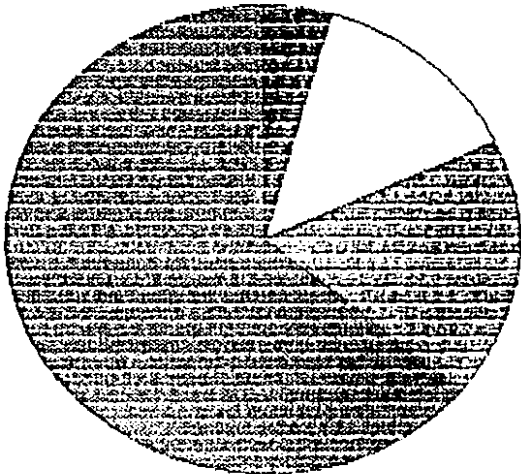
Char1



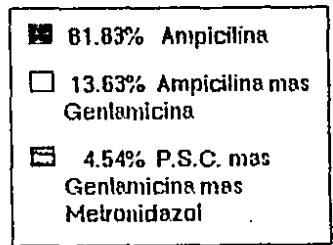
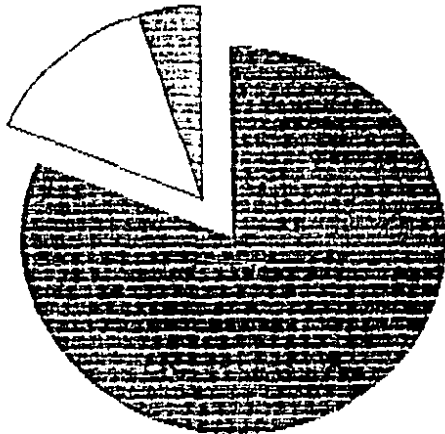
TIPO DE CIRUGIA PREVIA



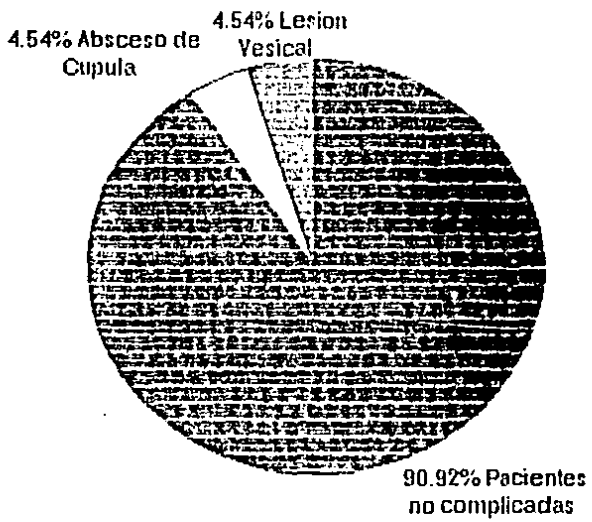
PARIDAD



A N T I B I O T I C O S



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



DISCUSION

El presente estudio se efectuó por existir controversia en relación a si es o no una contraindicación de -- histerectomía vaginal, el antecedente de cirugía abdomi nospélvica. Se argumenta en contra la posibilidad de -- procesos adherenciales que puedan complicar dicho proce dimiento.

Se revisan expedientes de 22 pacientes que tienen - como edad promedio 52 años, a todas se les practicó his terectomía vaginal reconstructiva, el grado de descenso uterino fué grado II o mayor y asociado a diversos gra- dos de cistocele y retocele. El 100% de las pacientes - cuenta con el antecedente de cirugía abdominopélvica, - siendo la más frecuente la oclusión tubaria bilateral-- representado el 45.45%, seguida de operación en 22.77%, con dos cesáreas 4.54%, con cesárea y ooforectomía - - 4.54%, coforectomía y embarazo ectópico 4.5%, apendicec tomía y oclusión tubaria bilateral 4.54%, apendicectomía 4.54%, cirugía de cérvix por vía abdominal en un 4.54%, Miomectomía 4.54%. El 76% con paridad de IV o mayor, el 24% con I, II ó III partos.

La técnica anestésica empleada fué bloqueo peridural en todos los procedimientos.

El tiempo quirúrgico promedio fué de 97.72 min. La hemorragia transoperatoria fué 218.18 ml. en promedio sin haber presentado descompensación hemodinámica ninguna de las pacientes por la cual no ameritaron -- transfusión sanguínea. La estancia hospitalaria fué -- de 5.95 días en promedio. La morbilidad presentada -- fue de 9.09% correspondiendo a dos pacientes una de -- ellas con absceso de cúpula, y otra con lesión vesi-- cal. Como se puede apreciar el riesgo quirúrgico no -- es elevado.

Las estadísticas Nacionales reportan mayor incidencia de morbilidad en la histerectomía abdominal en relacion a la histerectomía vaginal; y aún más cuando -- existe cirugía previa.

La vía vaginal es la de elección para corregir -- Trastornos de la Estática Pélvica.

CONCLUSIONES

El antecedente de Cirugía Abdominopélvica NO
contraíndica la Histerectomía Vaginal en pacientes
con Descenso Uterino Grado II o Mayor.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Te Linde; Ginecología Operatoria. 5a. Edición, 419-420, 1980.
- 2.- Aguirre F., Leal del Rosal J. Indicaciones y Criterio de la Histerectomía Vaginal. Ginecología y Obstetricia de México 25 (148): 133-140, 1969.
- 3.- Delgado J., Castro F., Ramírez E. Indicaciones y Complicaciones de la Histerectomía Abdominal y Vaginal. 26 (154), Agosto 1965.
- 4.- Steven C.W, Wartel L., Comparison of Abdominal and Vaginal Hysterectomies. A review of 600 Operations Obstetrics and Gynecology 37 (4) : 530-536, April 1971.
- 5.- Coulam C., Pratt J. Vaginal Hysterectomy: Is previous pelvic operation a contraindication: . Am J. Obstet. Gynecol 116 (2): 252-260 May 1975.
- 6.- Brasio S.S. La Morbimortalidad en Histerectomía Abdominal y en la Histerectomía Vaginal. Ginecología y Obstetricia de México 33 (199): 505-517, 1973.
- 7.- Amirikia H. Evans T.N.; Ten-Year review of Hysterectomies: Trends, indications and risks. Am J. Obstet. Gynecol. 134: 431-4, 1979.
- 8.- Ledger. WS, Child. Ma., The Hospital care of patients undergoing hysterectomi: an anlysis of 12026 patients from profesional activitis study. Am J Obstet. Gynecol. 17, 423-433, 1973.
- 9.- Dicker. R.C., Greespan. J.R. . Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age. in the United States. Am J. Obstet. Gynecol. 144: 841-8, 1982.
- 10.- Pratt Jh. Common complications of vaginal hysterectomy: thoughts regarding their prevention and management. Clin. Obstet. Gynecol 19:645-59, 1976.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

19

- 11.- Nissen D., Goldstein AI. A prospective investigation of the etiology of febrile morbidity following abdominal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 113:III, - 1972.
- 12.- Wingo P., Huerdo C., Rubin G. The mortality risk associated with hysterectomy. AM. J. Obstet Gynecol. 152 (7): 803-808, Aug 1985.
- 13.- Soper D., Yarwood R., Single D. Antibiotic Prophylaxis in women undergoing vaginal Hysterectomy. Obstetrics. Gynecology. 69 (6): 879-882. June 1987.
- 14.- Visma J., Kaver F. Antibiotics and suction Drainage as prophylaxis in vaginal and abdominal Hysterectomy. Obstetrics and Gynecology. 70 (3) Part 1, Sept. 1987.