

01217
131
241



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
No. 3 DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

INCIDENCIA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL DEL AÑO 1995, EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL CENTRO MEDICO LA RAZA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. FERNANDO POMPA OLVERA
ASESOR: DR. SANTIAGO ROBERTO LEMUS ROCHA



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

266063



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

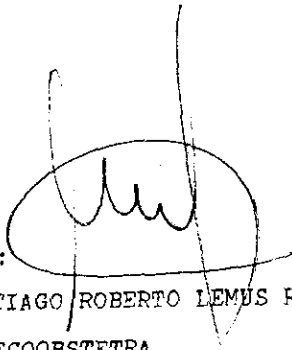


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



ASESOR :

DR. SANTIAGO ROBERTO LEMUS ROCHA
GINECOOBSTETRA

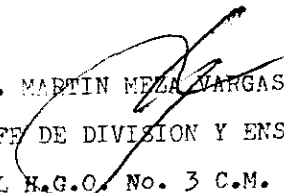


COLABORADOR :

DR. OSCAR MARTINEZ RODRIGUEZ
GINECOOBSTETRA



CENTRO MEDICO LA RAZA
Dep. de Gineco-Obstetricia
Univ. de Enseñanza e Investigación



DR. MARTIN MEZA VARGAS
JEFE DE DIVISION Y ENSEÑANZA
DEL H.G.O. No. 3 C.M. LA RAZA

DR. ARMANDO MARTINEZ MARTINEZ
JEFE DE INVESTIGACION
DEL H.G.O. No.3 C.M. LA RAZA

A MIS MAESTROS

QUE CON SU APOYO INCONDICIONAL Y CONOCIMIENTOS,
CONTRIBUYERON EN MI SUPERACION PERSONAL Y PROFE-
SIONAL.

EN ESPECIAL AL DR. SANTIAGO ROBERTO LEMUS ROCHA.

A MIS PADRES

AUNQUE YA NO SE ENCUENTRAN ENTRE NOSOTROS,
SU RECUERDO PERDURA Y EN HONOR A ELLOS SE-
GUI ADELANTE, PARA QUE DONDE SE ENCUENTREN
SE SIENTAN ORGULLOSOS DE SU HIJO QUE SIEM-
PRE LOS RECUERDA CON CARINO Y RESPETO.

A MIS HERMANOS

QUE CON PALABRAS DE ALIENTO ME
AYUDARON A SEGUIR ADELANTE EN-
LA TERMINACION DE MI ESPECIALI-
DAD.

A MI ESPOSA E HIJOS

PORQUE GRACIAS A SU APOYO Y PACIENCIA ME
BRINDARON LA OPORTUNIDAD DE SUPERARME CA-
DA DIA, Y A MIS HIJOS SIRVA DE INCENTIVO
ESTE TRABAJO PARA SU PROPIA SUPERACION.

A TODAS LAS PERSONAS QUE EN DETERMINADO
MOMENTO CONTRIBUYERON A LA REALIZACION
Y TERMINACION DE MI ESPECIALIDAD SIN -
RECIBIR NADA A CAMBIO MAS QUE SOLO MI -
SUPERACION.

Y A MIS PACIENTES QUE CONTRIBUYERON DE UNA
MANERA INCONDICIONAL EN MI DESARROLLO PRO-
FESIONAL.

I N D I C E

	PAG.
I INTRODUCCION	1
II JUSTIFICACION	4
III..... OBJETIVOS	5
IV MATERIAL Y METODOS	6
V RESULTADOS	8
VI CONCLUSIONES	35

BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION :

La Histerectomía es la estirpación del útero por vía vaginal, cuando se acompaña de reparación de otros trastornos de la estática pelvigenital se conoce como Histerectomía vaginal reconstructiva.

La Histerectomía vaginal fué realizada por primera vez en 1813 por Langenbeck en Alemania y en 1829 por John Collins en Boston.(11)Fenger describe en 1881 la moderna operación, sufriendo múltiples modificaciones al paso de los años, siendo casi abandonado durante un tiempo, sin embargo en los últimos 25 años y principalmente en la última década, ha ganado gran popularidad en Europa, E.E.U.U y en países latinoamericanos(1,11)

La técnica quirúrgica actual de la histerectomía vaginal ha surgido de una variedad de operaciones como método de tratamiento quirúrgico principalmente del prolapso uterino sintomático en presencia de cistocele, rectocele y enterocele.

En 1934 Heaney publicó por primera vez la técnica quirúrgica que con algunas modificaciones, es el método que más se practica en la actualidad.(1,4)

La aceptación de este procedimiento se debe a dos razones principales :

- 1) El mínimo manejo del peritoneo con mínimas molestias post quirúrgicas.
- 2) La posibilidad de poder recuperar, al mismo tiempo, otros trastornos de la estática pelvigenital.

Las ventajas de la Histerectomía vaginal en relación con la otra vía que es abdominal son :

- 1) Ausencia de incisión abdominal con todas sus desventajas.
- 2) Corto tiempo quirúrgico con menor estres al organismo.
- 3) Por lo anterior es aceptable en mujeres ancianas, sobre todo que requieren colpoplastias.
- 4) Menor tiempo hospitalizadas.
- 5) Menor incidencia de complicaciones con periodo posquirúrgico mejor tolerado.
- 6) Menor necesidad de narcóticos, analgésicos y otras drogas durante el postquirúrgico.

Entre las desventajas se encuentran :

- 1) No es posible una exploración abdominal completa.
- 2) No poder operar patología anexial extensiva
- 3) Imposibilidad de explorar y reparar lesiones del tracto intestinal.

Existen muchas indicaciones y contraindicaciones relativas que han evolucionado a través del tiempo, actualmente la mayoría de las indicaciones se relacionan con los trastornos de estática pelvigenital y el sangrado uterino anormal, pero como consecuencia de las indicaciones adicionales, más del 30% de todas las histerectomías se realizan, por vía vaginal.(1,4,11)

Basicamente la indicación esta dada por el tamaño, movilidad y descenso uterino.(4)

Múltiples estudios reportan una mortalidad actual insignificante de un 0.04% (1,4,11) y una morbilidad general del

10-20%, aunque con el uso de antibioticoterapia de amplio espectro en forma preventiva, durante el periodo perioperatorio, se ha reducido la incidencia de la morbilidad febril postquirúrgica, que antes estaba en el 20-30% a solo 5-10%.(1,2,4, 9,11) La morbilidad esta dada principalmente por la infección en un 5% de cupula y vias urinarias primordialmente.(1,3,4,9, 11) La lesión vesical en un 0.5% y la hemorragia en un 0.4%.(1, 2,4,5,7,11) Estos porcentajes varían discretamente en los diferentes estudios, en general se acepta que es bien tolerada y que tiene una morbilidad muy baja y mortalidad insignificante en relación a otras como histerectomía abdominal total.(1,2,4, 8,9) La baja morbilidad se debe principalmente a la buena selección e indicación quirúrgica de pacientes con prolapso genital y en la cual no exista patología intrapelviana, ni de formación uterina.

Aunque la mortalidad prácticamente se ha abatido, la morbilidad sigue siendo importante, sobre todo en las histerectomías vaginales realizadas por una mala indicación quirúrgica.

II.- JUSTIFICACION :

Identificar la morbilidad y mortalidad en mujeres en quienes se les realizó histerectomía vaginal, conocer la incidencia en la morbilidad y mortalidad, lo que nos permitiría una mejor valoración en aquéllas pacientes susceptibles de desarrollar una complicación.

Aunque la histerectomía vaginal, no es cirugía privativa de un hospital de tercer nivel, actualmente se han incrementado y se realiza un número importante de histerectomías vaginales en el servicio de Ginecología del HGO No.3 C.M. La Raza del I.M.S.S.

Este hospital de tercer nivel de atención que atiende pacientes, enviadas de unidades periféricas del D.F. y área metropolitana con trastornos de estática pélvica con descenso uterino, prolapso genital y patologías sistémicas agregadas que requieren para su manejo un hospital de tercer nivel.

Por lo anterior resulta importante identificar la frecuencia de la morbilidad y mortalidad de la histerectomía vaginal en nuestra unidad, para posteriormente analizarlo con los médicos del servicio de Ginecología y con esto disminuir complicaciones posteriores.

Es por ello que nos planteamos el siguiente problema:

¿ Que relación existe entre las patologías sistémicas en mujeres sometidas a histerectomía vaginal en el hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

III.- OBJETIVOS :

- 1) Identificar la incidencia de la morbimortalidad de la histerectomía vaginal en el hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- 2) Identificar la incidencia en relación con la edad, indicación quirúrgica, patología sistémica agregada, antecedentes quirúrgicos abdominopelvícos, uso de antibióticos o no y tipo de complicaciones presentadas por la misma cirugía.

IV.- MATERIAL Y METODOS :

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico La Raza del I.M.S.S.

Se analizaron los expedientes clínicos de 50 pacientes a quienes se les realizó Histerectomía vaginal reconstructiva de un total de 84 registradas durante el periodo del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1995.

De éstas 84 pacientes registradas, 20 no correspondieron a Histerectomía vaginal reconstructiva, y 14 de los expedientes se encontraron depurados del archivo clínico, el total de los 50 restantes se sometieron a análisis estadístico. Las variables analizadas fueron las siguientes:

- A) Edad se dividió en grupos de edad por decenios: 30 a 40, 41 a 50, 51 a 60, 61 a 70, 71 a 80 años.
- B) Indicación quirúrgica: Se formó un grupo en donde la indicación principal fué trastorno de la estática pélvica y otro donde la indicación principal fué otra patología, analizando se también de acuerdo al grado de descenso uterino I,II,III.
- C) Patología sistémica agregada: Se formaron grupos de acuerdo a la patología principal sistémica.
- D) Gestaciones en las pacientes que se les realizó Histerectomía vaginal reconstructiva: Se formó un grupo de acuerdo al No. de gestaciones de cada paciente.
- E) Paridad en las pacientes que se les realizó Histerectomía va-

ginal reconstructiva: Se formó un grupo de acuerdo al No. de partos de cada paciente.

F) Antecedentes quirúrgicos abdominopelvicos: Se formaron 2 grupos, los que tenían antecedentes quirúrgicos positivos y los que tenían antecedentes quirúrgicos negativos.

G) Uso o no de antibióticos: Igualmente se formaron 2 grupos, los que usaron y los que no usaron antibióticos.

H) Tipo de complicaciones: Se registraron todas las complicaciones durante el trans y posquirúrgico captados en el expediente clínico, analizando el porcentaje de las mismas con respecto al total de Histerectomía vaginal reconstructiva.

I) Cantidad de sangrado: Se formaron grupos de acuerdo a la cantidad de sangrado durante la cirugía: 100 a 200, 250 a 350, 400 a 500 cc.

El análisis de los resultados se efectuó por cálculo de las frecuencias y porcentajes los cuáles se registraron en tablas y gráficas.

V.- RESULTADOS :

El número total de histerectomías vaginales reconstructivas (HVR) captadas por el departamento de codificación y archivo del hospital fué de 84 en el periodo del 1.º de Enero al 31 de Diciembre de 1995.

De estas 84 registradas, 20 casos no correspondieron a HVR y 14 de los expedientes se encontraron depurados del archivo, - quedando un total de 50 casos registrados.

De los 50 casos registrados, 2 presentaron algún tipo de complicación, analizando estos datos, la incidencia de morbilidad general de esta cirugía fué del 4% en el periodo revisado.- (Gráfica 1).

El análisis estadístico de las variables se efectuó tomando como base los 50 casos restantes revisados.

1) EDAD:

La edad mínima fué de 37 años y la máxima de 78 años, el mayor número de casos correspondió al grupo de 61-70 años siendo estos de 24 (48%). (Gráfica 2,3).

GRUPOS POR EDAD

EDAD	No. DE CASOS	%
30-40	2	4
41-50	9	18
51-60	8	16
61-70	24	48
71-80	7	14

2) INDICACION QUIRURGICA :

La indicación quirúrgica principal fueron trastornos de la estática pelvigenital siendo el número de casos 50 (100%).- (Gráfica 4,5).

INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL

INDICACION	No. DE CASOS	%
TRASTORNOS DE ESTATICA PELVI-GENITAL(TEPG)	50	100
DISPLASIA CERVICAL		
MAS TEPG	0	0
CACU MAS TEPG	0	0
MIOMATOSIS UTE- RINA MAS TEPG	0	0

En relación a los trastornos de la estática pelvigenital, se observó que el descenso uterino grado II y III fueron los que predominaron, 36 casos (72%) del grado II y 14 casos (28%) grado III. (Gráfica 6,7).

GRADO DE DESCENSO UTERINO

DESCENSO UTERINO	No. DE CASOS	%
GRADO I	0	0
GRADO II	36	72
GRADO III	14	28

3) PATOLOGIA SISTEMICA AGREGADA :

Dentro de este grupo 6 casos (12%) no presentaron patolo-

gía sistémica agregada, la patología sistémica asociada a TEPG son HASC en número de 20 casos (40%), Diabetes mellitus 4 casos (8%) y con doble patología (HASC/DM) se observaron 13 casos (26%), lo que nos permite identificar que el número de casos de TEPG se asoció más a HASC, pero esto no condicionó que aumentara la morbilidad. (Gráfica 8,9).

PATOLOGIA SISTEMICA AGREGADA

PATOLOGIA	No. DE CASOS	%
NINGUNA	6	12
HASC	20	40
DM	4	8
CARDIOPATIAS	2	4
DOBLE PATOLOGIA (HASC/DM)	13	26
OTRAS PATOLOGIAS	5	10

4) GESTACIONES EN LAS PACIENTES LLEVADAS A HVR :

En nuestros casos el mínimo de gestas fué de 2 y el máximo de 14, observandose el mayor número de casos entre 5-8-gestas siendo 18 (36%). (Gráfica 10,11).

GESTACIONES EN PACIENTES LLEVADAS A HVR

No. DE GESTACIONES	No. DE CASOS	%
1-4	15	30
5-8	18	36
9-12	14	28
13-16	3	6

5) PARIDAD EN LAS PACIENTES LLEVADAS A HVR :

En relación a la paridad el mínimo de partos fué de 1 y - el máximo de 14, el mayor número de casos correspondió al grupo de 1-4 partos siendo 22 (44%), siguiendole el grupo de 5-8- con un total de 17 (34%). (Gráfica 12,13).

PARIDAD DE PACIENTES LLEVADAS A HVR

No. DE PARTOS	No. DE CASOS	%
1-4	22	44
5-8	17	34
9-12	9	18
13-16	2	4

6) ANTECEDENTES QUIRURGICOS ABDOMINOPELVICOS :

En nuestro grupo 26 casos fueron negativos (52%), y 24 - casos fueron positivos (48%), correspondiendo 6 a cesárea pre- via (25%), apendicectomía 6 (25%), embarazo ectópico 2 (8%), - apendicectomía más cesárea 1 (4%), otros 9 (38%). (Gráfica - 14,15,16).

ANTECEDENTES QUIRURGICOS ABDOMINOPELVICO

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	%
NEGATIVOS	26	52
POSITIVOS	24	48
CESAREA	6	25
APENDICECTOMIA	6	25
EMBARAZO ECTOPICO	2	8
APENDICECTOMIA MAS CESAREA	1	4
OTROS	9	38

7) USO O NO DE ANTIBIOTICOS :

En nuestro grupo se administró a 36 casos (72%) antibioticoterapia profiláctica, y a 14 casos (28%) no se les administró antibiótico. Al grupo que no se le administró antibiótico estuvo más expuesto a una probable infección, pero no fue así, por lo que la morbilidad infecciosa no aumento en ambos grupos. (Gráfica 17).

USO O NO DE ANTIBIOTICOS

ANTIBIOTICO	No. DE CASOS	%
SIN	14	28
CON	36	72

8) TIPO DE COMPLICACION :

La complicación que se presentó fue hemorragia de pediculos en solo 2 casos (4%), ya que no se reportaron, abscesos de cúpula, IVU, lesión vesical u otras complicaciones. (Gráfica 18,19).

TIPO DE COMPLICACION PRESENTADA

COMPLICACION	No. DE CASOS	%
ABSCESES DE CUPULA	0	0
I.V.U.	0	0
LESION VESICAL	0	0
SANGRADO DE PEDICULO	2	4

9) SANGRADO DURANTE LA CIRUGIA :

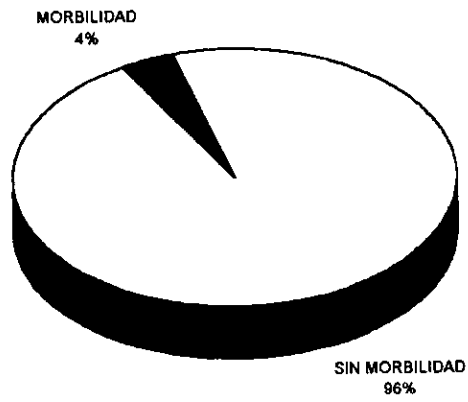
El sangrado mínimo durante la cirugía fue de 100cc y el máximo de 500cc, el sangrado promedio fluctuó entre 250-350cc que fue en 29 casos (58%), lo que condicionaría un aumento en -

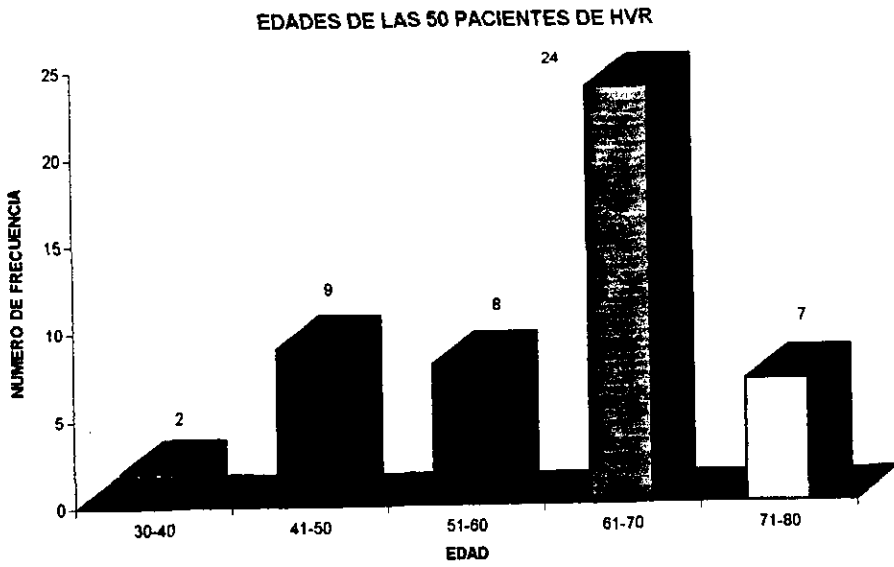
la morbilidad como en los casos en que se presentó 400-500cc - de sangrado los cuáles fueron 2 (4%). (Gráfica 20,21).

CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE LA HVR

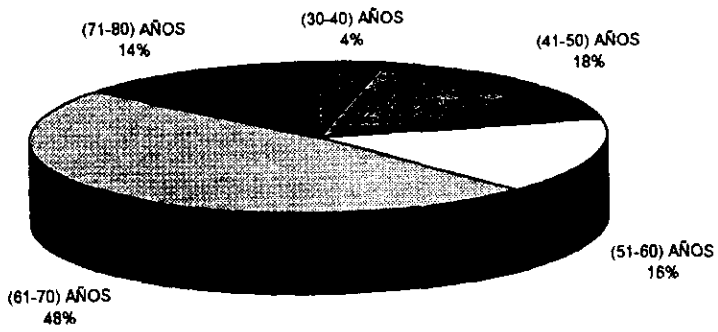
CANTIDAD	No. DE CASOS	%
100-200 cc	19	38
250-350 cc	29	58
400-500 cc	2	4

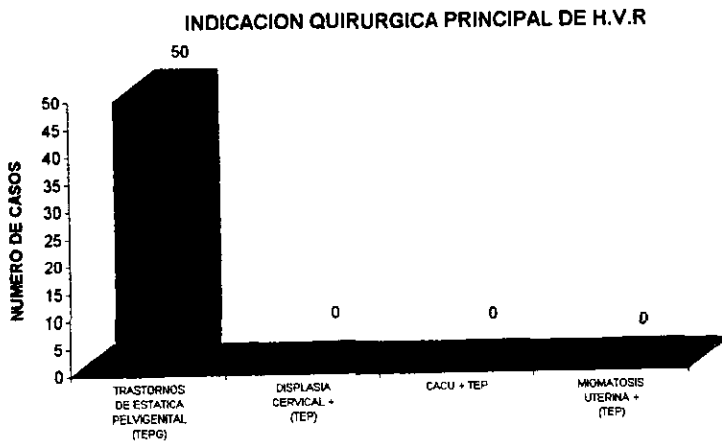
INCIDENCIA GLOBAL DE MORBILIDAD DE HVR





PORCENTAJES DE EDADES EN PACIENTES DE H.V.R





PORCENTAJE DE INDICACION QUIRURGICA DE H.V.R

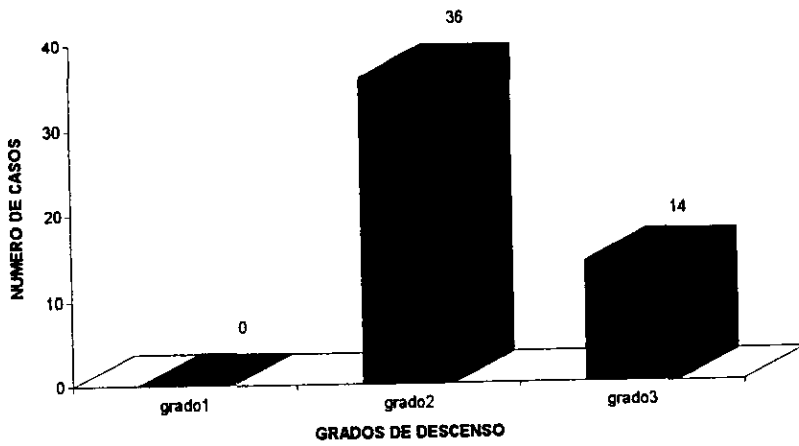
GRAFICA 5

(50 CASOS) DE TRASTORNOS DE ESTATICA PELVIGENITAL

100%



GRADO DE DESCENSO UTERINO EN PACIENTES LLEVADAS A H.V.R

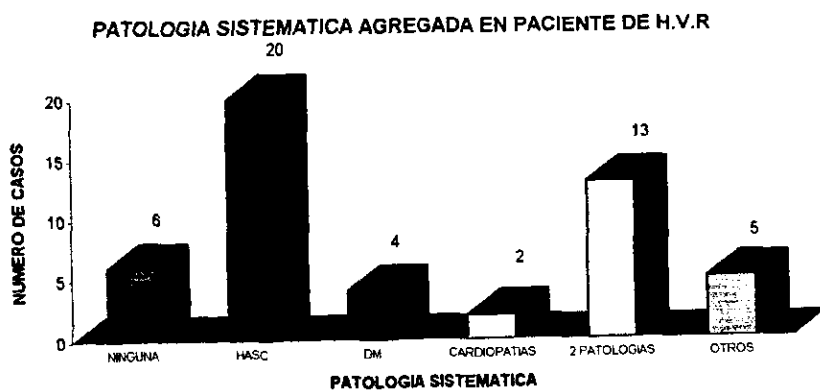


PORCENTAJE DEL GRADO DE DESCENSO UTERINO EN PACIENTES LLEVADAS A H.V.R

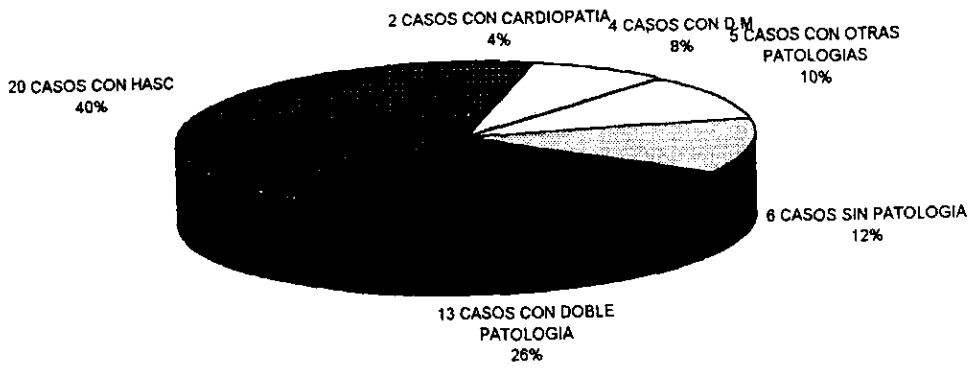
GRADO 3 (14 CASOS)
28%

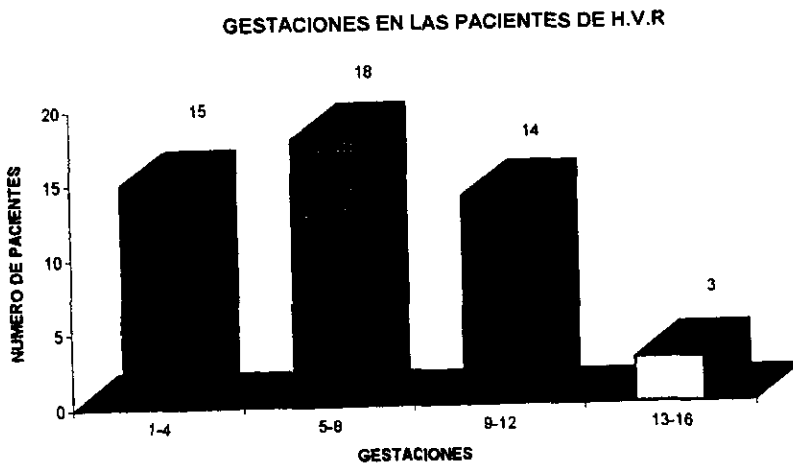


GRADO 2 (36 CASOS)
72%

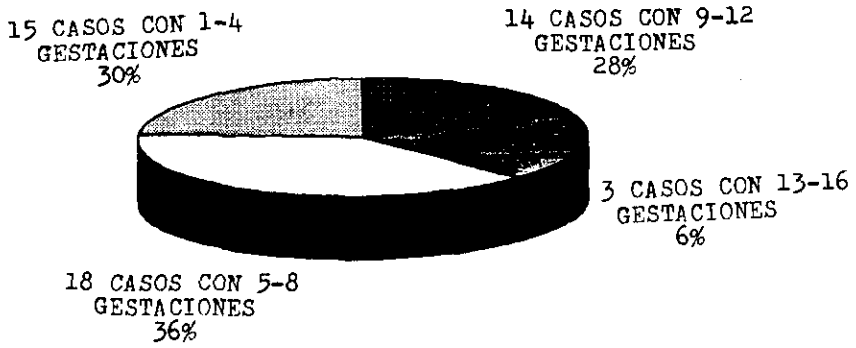


PORCENTAJE DE PATOLOGIA SISTEMATICA AGREGADA EN PACIENTES LLEVADAS A H.V.R

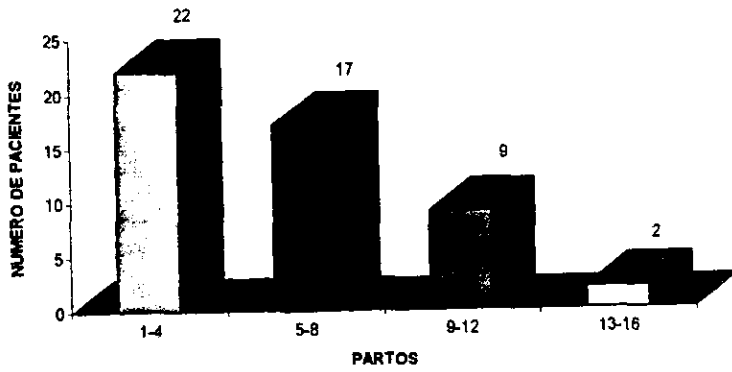




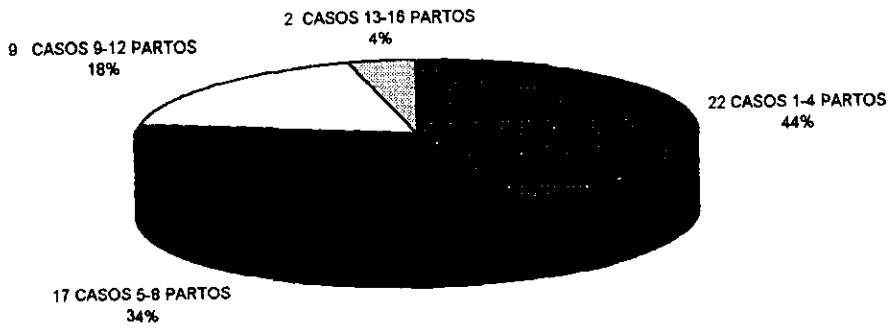
PORCENTAJE DE LAS GESTACIONES EN LAS PACIENTES DE H.V.R



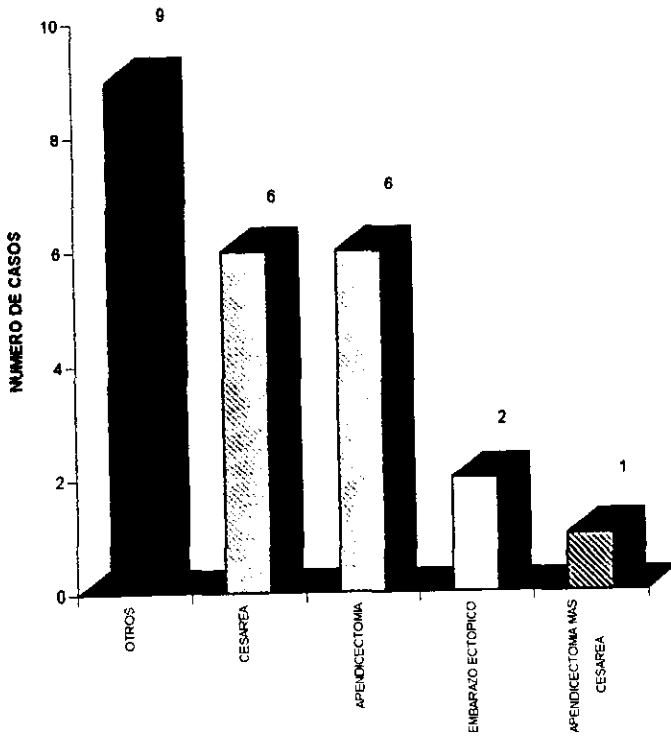
PARIDAD EN LAS PACIENTES DE H.V.R



PORCENTAJE DE LA PARIDAD EN LAS PACIENTES DE H.V.R

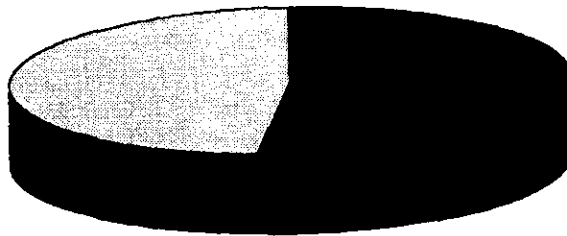


ANTECEDENTES QUIRURGICOS ABDOMINOPELVICO POSITIVO EN LA H.V.R



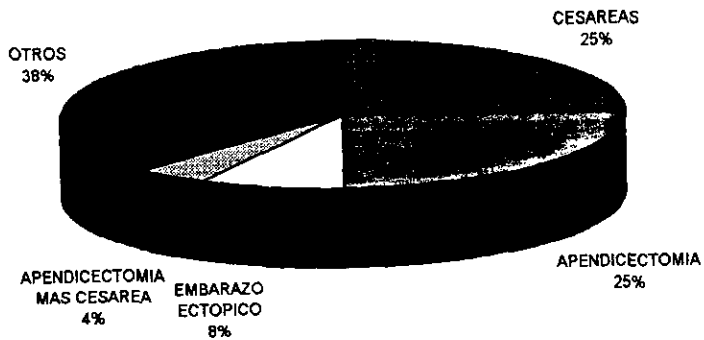
**PORCENTAJES DE ANTECEDENTES QUIRURGICOS EN LAS PACIENTES
LLEVADAS A H.V.R**

24 CASOS
ANTECEDENTES
QUIRURGICOS
POSITIVOS
48%

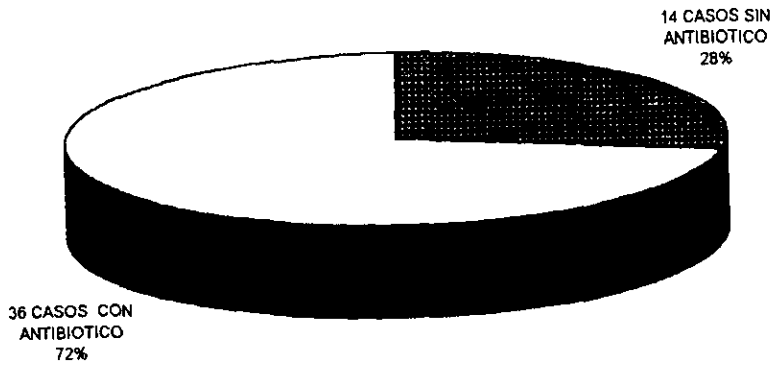


28 CASOS
ANTECEDENTES
QUIRURGICOS
NEGATIVOS
52%

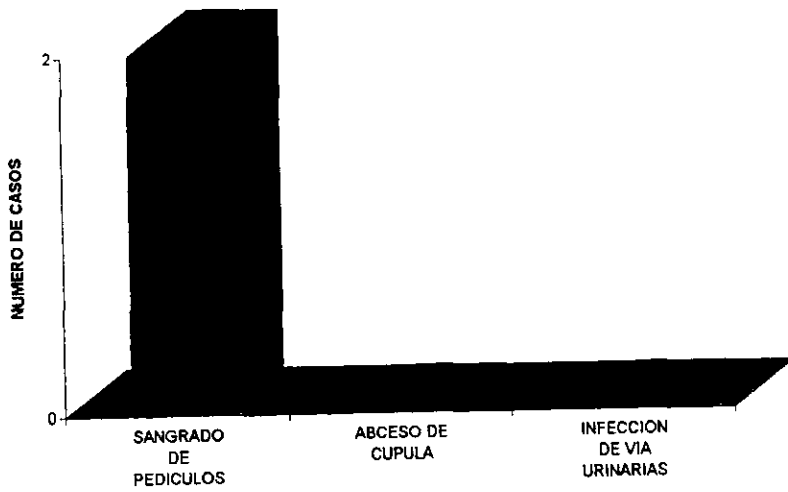
PORCENTAJE DE ANTECEDENTES QUIRURGICOS POSITIVOS (24 CASOS)



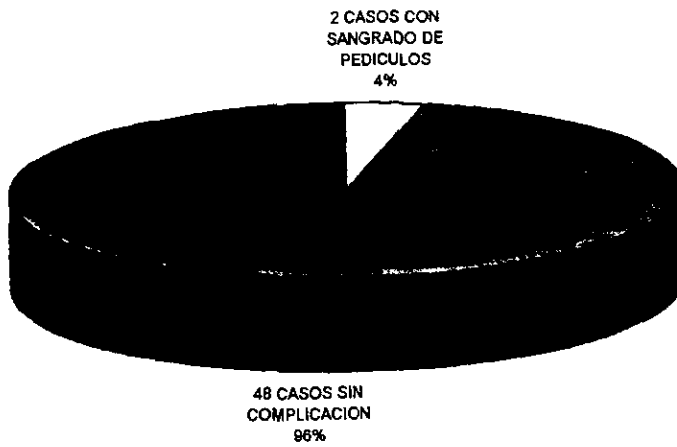
PORCENTAJE DEL USO O NO DE ANTIBIOTICOS EN PACIENTES DE H.VR

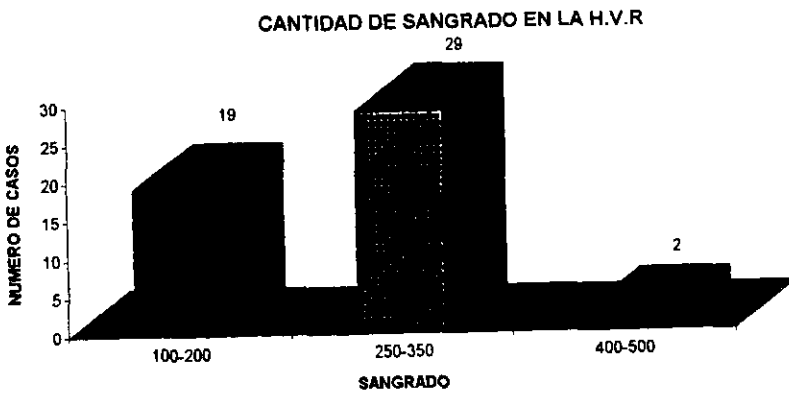


TIPOS DE COMPLICACIONES EN LAS PACIENTES DE H.V.R

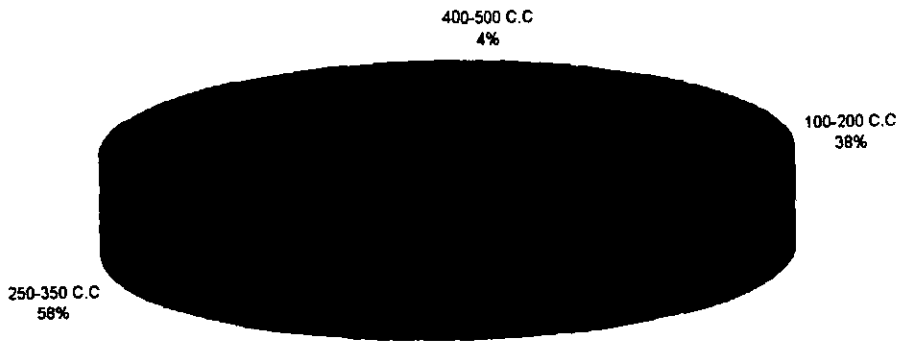


PORCENTAJE DE TIPO DE COMPLICACIONES EN LAS PACIENTES DE H.V.R





PORCENTAJE DEL SANGRADO EN LA H.V.R



VI.- COMENTARIOS Y CONCLUSIONES :

Estudio retrospectivo de 50 pacientes con estadística descriptiva.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: La edad mínima fué de 37 y la máxima de 78, el mayor número de casos correspondió entre 60-70 años: 24 casos (48%). La indicación quirúrgica fué el descenso uterino grado II 36 casos (72%) y el descenso uterino grado III 14 (28%). En nuestros casos el mínimo de gestas fué de 2 y el máximo 14, entre 4-8 gestas fueron el mayor número con 18 (36%). En paridad la mínima fué 1 y la máxima 14, siendo de 1-4 22 casos (44%), siguiendole de 5-8 17-casos (34%), con cesárea previa manejamos 6 casos (25%), apendicectomía 6 (25%), embarazo ectópico 2 (8%), apendicectomía más cesárea 1 (4%) y otros 9 (38%). Patología sistémica: HASC - 20 casos (40%), diabetes 4 (8%), HASC más diabetes 13 casos (26%) y el resto 6 casos sin factores de riesgo (12%).

En nuestra serie se administró a 36 casos (72%) antibiocioterapia profiláctica. Sangrado: el mínimo fué de 100 ml y el máximo de 500 ml, con promedio de 300 ml 29 casos (58%).

Morbilidad: En esta serie reportada solo se presentó en 2-casos (4%) con sangrado de pedículos altos y que corresponden a los 500 ml, los cuáles se resolvieron con abordaje abdominal.

No se presentó morbilidad infecciosa.

Conclusiones : Nuestra incidencia baja en morbilidad trans y postoperatoria se debe a un mejor criterio de selección e indicación de esta cirugía y quizá a una mayor experiencia que hemos adquirido en esta técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arana Arana y Roman Ayata. Histerectomía Vaginal con Técnica de Heaney. *Gin Obst Méx* 1987 ; 55 : 145-8.
- 2.- Dicker R.C. MD y Col. Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy among Women of Reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1982 ; 144 : 841-8.
- 3.- Farghaly S.A. y Cols. Post-Hysterectomy Urethral Disfunción. *Br J of Urology* 1986 ; 58 : 299-302.
- 4.- Gitsch G. y Cols. Trends in Thirty years of Vaginal Hysterectomy. *Surgery Ginecol Obstet* 1991 ; 172 : 207-10.
- 5.- Gitsch E. y Cols. Various effects of abdominal and Vaginal Hysterectomy in benign Diseases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990 ; 36 : 259-63.
- 6.- Krebs H.B. MD. Intestinal Injury in Gynecologic Surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1986 ; 155 : 509-14.
- 7.- Krursh E.D. MD y Cols. Prevention of the Development of a Vesico-Vaginal Fistula. *Surgery Gynecol Obstet* 1988 ; 166 : 409
- 8.- Loft A. y Cols. Early Postoperative Mortality Following Hysterectomy. *Br J Obstet Gynecol* 1991 ; 98 : 147-54.
- 9.- Steven C.W. MD y Cols. Comparasion of Hysterectomies Vaginal and Abdominal. *Obstet and Gynecol* 1971 ; 37 : 530-37.
- 10.- Wingo P.A. MD y Cols. The Mortality Risk Associated with Hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1985 ; 152 : 803-8
- 11.- Tiffany J.W. Histerectomía Vaginal, Complicaciones; en Mattingly R.F. MD Thompson J.D. MD *Ginecología Operatoria " EL ATENEO "* 1987 ; 488-9.