



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

11217

120

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3,
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE**

**MORBILIDAD TEMPRANA EN
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

DR. ARTEMIO PEREZ MOLINA



**FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Serv. Escolares**

ASESOR:

DR. MANUEL MATUTE GONZALEZ

NOV. 21 2000

COLABORADOR:

**Unidad de Servicios Escolares
(Posgrado)**

DR. OSCAR A. MARTINEZ RODRIGUEZ

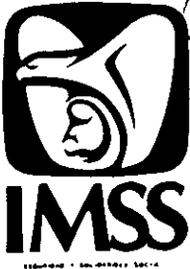
[Firma manuscrita]

23-118

MEXICO D. F.

FEBRERO DE **[REDACTED]**

2000





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A MI DIOS:

Porque sin el no soy nadie.

A MI PADRE:

REYES JAVIER, Por su invaluable apoyo, moral y económico en los momentos buenos y en los difíciles

Gracias.

A MIS MAESTROS:

En especial **DR MANUEL MATUTE GONZALEZ**

DR OSCAR A. MARTINEZ RODRIGUEZ

Por su apoyo durante la especialidad y su invaluable ayuda para la realización de este trabajo, gracias.

AGRADECIMIENTOS

A todos nuestros pacientes, por permitirnos aprender.

A todo el personal del Hospital Gineco-Obstetricia No.3
C.M N La Raza en especial a mis maestros.

INDICE

| | Pag. |
|----------------------------|------|
| Dedicatorias | 2 |
| Agradecimientos | 3 |
| Indice | 4 |
| Título | 5 |
| Introducción | 6 |
| Objetivos | 8 |
| Planteamiento del problema | 10 |
| Justificación | 11 |
| Hipótesis | 12 |
| Sujetos Material y Métodos | 14 |
| Definición de variables | 16 |
| Variable de confusión | 19 |
| Análisis de datos | 20 |
| Resultados | 21 |
| Tablas | 23 |
| Gráficas | 24 |
| Conclusiones | 26 |
| Bibliografía | 28 |

**MORBILIDAD TEMPRANA
EN HISTERECTOMIA
TOTAL ABDOMINAL**

INTRODUCCION

La histerectomía es la cirugía ginecológica realizada con mayor frecuencia a nivel mundial, en los Estados Unidos de Norteamérica se estima que se realizan 800,000 histerectomías cada año (1). Ocupando el cuarto lugar de toda la cirugía realizada (2). En México la histerectomía total abdominal fue causa de egreso hospitalario en 22,619 en el año 1990 (3), entre los derechohabientes usuarios al Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el servicio de Ginecología del Hospital de Gineco-Obstetricia No.3, Centro Médico La Raza, se realizan en promedio 1,400 cirugías ginecológicas anualmente la histerectomía total abdominal representa 53% de este total (4).

Las indicaciones de histerectomía total abdominal se pueden clasificar en absolutas y relativas. Algunos ejemplos de las indicaciones absolutas son: El carcinoma cervico uterino microinvasor, la hiperplasia endometrial compleja con atipias, la miomatosis uterina sintomática, entre otras (5, 6, 7, 8, 9, 10).

Dentro de las indicaciones relativas se encuentra la miomatosis uterina, la hipertrofia del miometrio, la hiperplasia del endometrio, la Neoplasia Intraepitelial Cervical, etc.(5, 6, 7, 8, 9, 10).

*El American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) publicó un boletín técnico donde recomienda realizar histerectomía total abdominal a las pacientes con miomatosis uterina asintomática, cuando el tamaño del útero sea igual o mayor a lo que corresponde a un útero gestante de 12 semanas (1).

El riesgo relativo de toda paciente que será sometida a histerectomía total abdominal de acuerdo a lo reportado por la Dra. Loft es de hasta un 6.38 (1).

La morbilidad también se vio aumentada por la edad, tipo de cirugía, el diagnóstico, la habilidad del cirujano, la urgencia del procedimiento, así como las dimensiones y el peso del cuerpo uterino (8, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

En el servicio de Ginecología del Centro Médico Nacional La Raza, es reportada anualmente la morbilidad pero hasta el momento no se han estudiado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones tempranas de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal con úteros iguales o mayores a 280 gramos de peso.

OBJETIVO ESPECIFICO

- ☛ Comparar el sangrado transoperatorio de la histerectomía total abdominal entre las pacientes con el útero mayor de 280 gramos de peso, con los de menor peso.

- ☛ Comparar el tiempo quirúrgico de la histerectomía total abdominal entre las pacientes con el utero igual o mayor de 280 gramos de peso, con los de menor peso.

- ☛ Comparar la morbilidad de la histerectomía total abdominal entre las pacientes con el útero igual o mayor de 280 gramos de peso, con los de menor peso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es necesario conocer los factores de riesgo que incrementen la morbilidad temprana en las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran las dimensiones y peso del cuerpo uterino.

¿Las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal con útero igual o mayor a 12 semanas de gestación o peso de 280 gramos incrementan su riesgo de morbilidad temprana?

JUSTIFICACION

La morbilidad temprana en las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal se encuentra aumentada por factores de riesgo como son la edad, el tipo de cirugía el diagnóstico por el cual se realiza el procedimiento quirúrgico, la habilidad del cirujano, la urgencia del procedimiento y en la actualidad se ha tomado en cuenta las dimensiones y el peso del cuerpo uterino de acuerdo a lo reportado por el American College of Obstetricians and Gynecologist en la miomatosis uterina.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No.3 del Centro Médico Nacional La Raza del I.M.S.S., la morbilidad general de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en el servicio de Ginecología es del 2.33% para el año de 1997, pero se desconoce su relación con las características uterinas como factor de riesgo.

HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Las complicaciones de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal es menor cuando el útero pesa menos de 280 gramos.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

El sangrado transoperatorio en la histerectomía total abdominal es menor cuando el útero pesa menos de 280 gramos.

El tiempo quirúrgico en la histerectomía total abdominal es menor cuando el útero pesa menos de 280 gramos.

La morbilidad de la histerectomía total abdominal es menor cuando el útero pesa menos de 280 gramos.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.

Servicio de Ginecología del Hospital de Gineco-Obstetricia No.3 del Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es un Hospital de tercer nivel de atención con área de influencia en las Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Estado de Hidalgo, Estado de México, Delegación No.1, Noreste y 2 Noroeste del Distrito Federal.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, retrospectivo, transversal y comparativo.

GRUPOS DE ESTUDIO

Características de los casos:

Pacientes sometidas a histerectomía total abdominal, operadas por el servicio de Ginecología del Hospital Gineco-Obstetricia No.3, Centro Médico Nacional La Raza y con peso en el reporte de patología de útero igual o menor de 280 gramos.

Características de los testigos: Pacientes sometidas a histerectomía total abdominal, operadas por el servicio de Ginecología del Hospital Gineco-Obstetricia No.3 C.M.N. La Raza y con peso en el reporte de patología de útero mayor de 280 gramos.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes programadas para histerectomía total abdominal.
2. Cirugía realizada en el servicio de Ginecología del H.G.O. No.3 C. M. N. La Raza.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Información incompleta en los expedientes.
2. Cirugías no realizadas por el servicio de Ginecología.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Reporte histopatológico con resultado de cáncer cervico uterino invasor, cáncer de ovario y cáncer de endometrio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

140 Pacientes tomadas al azar.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

PESO UTERINO

Definición conceptual:

Peso del útero en gramos.

Definición operacional:

Se tomará el peso anotado en el Reporte de histopatología, en la sección de descripción macroscópica.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición:

Nominal

Categoría: Presente o ausente

VARIABLE DEPENDIENTE

TIEMPO QUIRURGICO

Definición conceptual:

Tiempo en minutos desde el inicio de la cirugía hasta el final de la misma.

Definición operacional:

Se tomara el tiempo de la hoja de anestesiología contando los minutos

transcurridos desde el momento que el anesthesiólogo toma como inicio de la cirugía hasta el momento que registre el final de la misma.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición:

Intervalo.

Unidad de medición:

Minutos.

SANGRADO TRANSOPERATORIO

Definición conceptual:

Pérdida sanguínea durante la cirugía.

Definición operacional:

Perdida sanguínea durante la cirugía cuantificada por el anesthesiólogo y reportada en su nota transoperatoria.

Tipo de variable:

Cuantitativa.

Escala de medición:

De intervalo.

Categoría:

Milímetros.

MORBILIDAD

Definición conceptual:

Complicaciones posteriores a la
cirugía

Definición operacional:

Se registra cualquier complicación
Posoperatoria como morbilidad
asociada a la cirugía.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición:

Nominal

Categoría: Presente o ausente.

VARIABLE DE CONFUSION

INDICE DE MASA CORPORAL

Definición conceptual:

(Indice de Quetelet) relación peso entre talla al cuadrado.

Definición operacional:

Se tomara el peso y la talla de la historia clínica o de la nota de anestesiología, dividiéndose el peso entre la talla al cuadrado.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición:

Numérica continua.

Categoría: Kg/m².

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se analizaran las hojas de programación de cirugía semanal del servicio de Ginecología del H.G.O. No.3, se realiza la lista de pacientes programadas a histerectomía total abdominal.

Se solicitara el expediente al archivo clínico y se obtendrá la información anotada en el anexo No.1.

ANALISIS DE DATOS

1. Captura de datos en el programa Dbase III plus.

Análisis estadístico en el programa SPSS, utilizando Chi cuadrada para variables cualitativas y T de Student en las variables cuantitativas.

RESULTADOS

☛ Población, se incluyeron 140 pacientes en el estudio de las cuales se excluyeron 9 por tener información incompleta.

☛ No encontramos diferencia significativa en relación con edad, índice de Quetelet, talla, peso, gestaciones partos y cesáreas.(Tabla No. 1) .

☛ En las pacientes con peso uterino ≥ 280 gms. n(34) el sangrado fue de 420.5 ml. \pm 242.186 ml. en comparación con aquellas cuyo peso uterino < 280 gms. n(97) el sangrado fue de 241.9588 ml \pm 169.955 ml (P= < 0.001).

☛ El tiempo quirúrgico en las pacientes con peso uterino ≥ 280 gms. n(34) fue de 112.35 min. \pm 34.28 min. en comparación con aquellas con peso uterino < 280 gms. n(97) que fue de 99.89 min. \pm 23.229 min. (P= 0. 020).

☞ Complicaciones: De 97 pacientes con peso uterino < 280 gms., 7.7% presentaron complicaciones. n(7). en comparación con las pacientes con peso uterino \geq 280 gms. 21.4% presentaron complicaciones. n(6). La diferencia no es estadísticamente significativa. CHI X^2 (P=0.08) (Tabla No. 2).

☞ El índice de Quetelet no influyo en el tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio y complicaciones.

☞ Se hizo análisis de correlación entre el peso uterino y sangrado obteniéndose, R de Pearson de 0.42706 y una correlación de Spearman de 0.38977. (Ver gráfica No.1).

☞ Se hizo análisis de correlación entre el tiempo quirúrgico y el peso uterino obteniéndose, R de Pearson de 0. 19155 y una correlación de Spearman de 0.26417 (Ver gráfica No. 2).

TABLA No.1

Comparación de variables demográficas entre pacientes con peso uterino < 280 gms. Y ≥ 280 gms.

| VARIABLES DEMOGRÁFICAS | Peso uterino <280 gms. | Peso uterino ≥280 gms. | (Valor de P) |
|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
| | X | X | T Student |
| EDAD | 43.09 ± 10.5 | 43.83 ± 6.13 | 0.7 |
| INDICE DE QUETELET | 28.08 ± 05.2 | 29.03 ± 5.50 | 0.38 |
| TALLA | 153.71 ± 06.3 | 153.94 ± 6.69 | 0.82 |
| PESO | 66.35 ± 12.74 | 68.61 ± 12.39 | 0.36 |
| | Moda (Rango) | Moda (Rango) | CHI X ² |
| GESTACIONES | 4 (0-21) | 3 (0-6) | 0.35 |
| PARTOS | 3 (0-12) | 3 (0-6) | 0.52 |
| CESAREAS | 1 (0- 5) | 1 (0-3) | 0.7 |

TABLA No.2

Comparación de las complicaciones entre pacientes con peso uterino < 280 gms. Y ≥ 280 gms.

| COMPLICACIONES | Peso uterino <280 gms. n(97) | Peso uterino ≥280 gms. n(34) |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Compromiso nervio obturador | 0 | 1 |
| Infección de herida quirúrgica | 3 | 0 |
| Síndrome Anémico | 1 | 0 |
| Infección de vías urinarias | 0 | 1 |
| Fiebre | 2 | 3 |
| Lesión de intestino grueso | 1 | 0 |
| Absceso de cúpula | 0 | 1 |
| TOTAL | 7 | 6 |

CONCLUSIONES

☛ Las pacientes con peso uterino ≥ 280 gms. presentan mayor sangrado en comparación con las de peso uterino < 280 gms. secundariamente a que el mayor tamaño uterino comprime otras estructuras ocasionando congestión pélvica con aumento en la vascularidad de la zona, agregándose además la dificultad técnica y el mayor tiempo quirúrgico.

☛ Las pacientes con peso uterino ≥ 280 gramos presentan mayor tiempo quirúrgico en comparación con las de peso uterino < 280 gramos, esto puede atribuirse a una mayor dificultad técnica por el mismo crecimiento uterino, distorsionando la anatomía, el aumento de la vascularidad, se ha visto además la presencia de procesos adherenciales y otro factor que debemos tomar en cuenta es la habilidad quirúrgica del cirujano.

☞ Las complicaciones se observaron en mayor porcentaje en las pacientes con peso uterino \geq 280 gramos entre las que se observaron con mayor frecuencia fiebre e infección de herida quirúrgica, al analizar el grupo de complicaciones se puede deducir que aunque fueron bajas, pero definitivamente pudieran ser imputables a una falla en la técnica quirúrgica, además otro origen que se ha visto es una indicación errónea o manejo inadecuado en el posoperatorio, aunque estadísticamente no fue significativa.

☞ Recomendamos la histerectomía si el tamaño uterino corresponde o equivale a 12 semanas de gestación, que clínicamente se puede palpar fácilmente, ya que existe correlación con tueros de un peso aproximado de 280 a 320 gramos de acuerdo a la ACOG incrementándose el riesgo de morbilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Sahagún Quevedo y col. Análisis de 1000 hysterectomías. Simplificaciones Técnicas y reflexiones. Hospitales del ISSSTE. Ginec Obst Mex 1994;62:35-38.
2. Editorial. Hysterectomy in women age 15-44, United States 1970-1978. Morbid mortal wkly. Rep 1981;30:173.
3. Anuario estadístico servicios médicos IMSS. 1990;63:63,116,146,148.
4. Diagnóstico situacional, servicio de ginecología Hospital Gineco-Obstetricia CM la Raza 1997.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

5. Coronel B y col. La histerectomía abdominal en el Hospital de Especialidades Dr. Miguel Dorantes Mesa, S. S. Informe de 140 casos. Ginec Obst Mex 1994;62:296-299.

6. A. Clarke et al. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for Benign disease: a prospective cohort study. Br. J Obstet Gynecol 1995;102:611-620.

7. Amirikia and Evans. Ten-year review of hysterectomies: Trends, indications, and risk. AM. J. Obstet Gynecol 1979-134:431-437.

8. Inverson et al. Relative morbidity of abdominal hysterectomy and myomectomy for management of uterine leiomyomas. Obstet Gynecol 1996;88:415-419.

9. Dicker et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. AM. J. Obstet Gynecol 1982;144:841-848.

10. Vessey et al. The epidemiology of hysterectomy: Findings in a large cohort study. Br J. Obstet and Gynecol 1992;99:402-407.

11. Loft et al. Early postoperative mortality following hysterectomy a Danish population based study, 1977-1981. Br. J. Obstet Gynecol 1991;98:147-154.

12. Phyllis et al. The mortality risk associated with hysterectomy. AM. J. Obstet Gynecol 1985;152:803-808.

13. Andrew et al. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas?. *AM. J. Obstet Gynecol* 1993;168:751-755.

14. Hillis et al. Uterine size and risk of complications among women undergoing abdominal hysterectomy for leiomyomas. *Obstet Gynecol* 1996;87:539-543.

15. Chan et al. Abdominal hysterectomy: indications and complications. *Singapore Med J.* 1993;34:337-340.

16. Hill-DJ. Complications of hysterectomy. *Baillieres clin Obstet Gynecol* 1997;11: 181-197.

17. Ahued et al. Morbilidad en histerectomía abdominal informe de 500 casos. *Ginec Obstet Méx* 1984;52:175-178.