



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO**

**Instituto Nacional de Perinatología
“Isidro Espinosa De Los Reyes”
Subdirección de Ginecología y Obstetricia**

**“Morbilidad de la histerectomía obstétrica:
¿Técnica total o subtotal?”**

T E S I S

**Que para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

DRA. JANA ANGELINA LÓPEZ FÉLIX

**DR RUBEN TLAPANCO BARBA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**

**DR. FRANCISCO DE J. CABRAL CASTAÑEDA
DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. ALINNE COLÍN VALENZUELA
ASESORA METODOLÓGICA**



MÉXICO, D. F.

2010



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“Morbilidad de la histerectomía obstétrica:
¿Técnica total o subtotal?”**

**DR CARLOS RAMIREZ ISARRARAZ
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA**

**DR. RUBEN TLAPANCO BARBA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DR. FRANCISCO DE J. CABRAL CASTAÑEDA
DIRECTOR DE TESIS**

**DRA ALINNE COLIN VALENZUELA
ASESORA METODOLÓGICA**

INDICE

1) Dedicatoria	5
2) Agradecimientos	6
3) Resúmen	7
4) CAPITULO 1	
4.1 Introducción	8
4.2 Planteamiento del problema y justificación	9
4.3 Marco teórico	10
5) CAPITULO 2	
5.1 Objetivos	26
5.2 Hipótesis	27
5.3 Material y métodos	27
5.4 Análisis estadístico	29
5.5 Lugar y duración	29
5.6 Universo	29
5.7 Unidades de observación	29
5.8 Criterios de inclusión	29
5.9 Criterios de exclusión	29
5.10 Variables en estudio	30
5.11 Definición de variables	31
5.12 Tipo de muestreo	33
5.13 Tamaño de la muestra	34
5.14 Aspectos éticos	34
6) CAPITULO 3	
6.1 Resultados	35
7) Capítulo No. 4	
7.1 Discusión	50
8) CAPITULO 5	
8.1 Conclusiones	55

9) CAPITULO 6	
9.1 Anexos	57
10)CAPITULO 7	
10.1 Currículum Vital del tesista	59
11)CAPITULO 8	
11.1 Referencias bibliográficas	61

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor incondicional desde que existo. Me maravillo al darme cuenta de cuán afortunada soy al tenerlos. Son el motor de mi vida... Mi fuerza... Mi inspiración.

A mis hermanos... Mis amiguitos y compañeros de siempre... Mis cómplices...Mi sangre.

¡Saben cuánto los amo doraditos!

AGRADECIMIENTOS

A tí mi Dios... A quien en cada guardia pedía que *abrieras mis ojos, cuidaras mi boca y guiaras mis manos.*

A mi tío Raúl Félix Camacho, médico proctólogo, ex presidente de la sociedad mexicana de cirujanos de colon y recto. El mejor médico y persona que haya conocido hasta hoy. Sé que desde el cielo me sigues guiando.

Al INPer, institución que me brindó la oportunidad de formarme como gineco-obstetra y de conocer a tantas personas que hoy considero mi segunda familia (Oskar, Landy, Arely, Diana, Olga, Ramón, Lalo, Hugo, Marco, Karla, Vane, Brenda).

A todos mis maestros, pero especialmente al Dr. Osvaldo Miranda, Dr. Francisco Cabral, Dr. Armando Serrano, Dr. Jorge Ibarra Puig, Dra. Asyadette Barrera, Dr. Carlos Neri, Dr. Ariel Estrada, personas de excelente calidad humana. Mil gracias por su dedicación, sus enseñanzas y su amistad.

MORBILIDAD DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA. ¿TOTAL O SUBTOTAL?

RESÚMEN:

ANTECEDENTES:

La histerectomía obstétrica representa una de las cirugías mayores dentro de la obstetricia moderna. Actualmente varios cirujanos realizan la técnica total exclusiva o casi exclusivamente tomando en cuenta que al extirpar el cérvix se elimina una fuente de infección, sangrado y una localización de carcinoma; sin embargo, no se ha justificado el abandono de la técnica subtotal ya que tiene la ventaja de lograr un control más rápido de la hemorragia y de excluir el paso quirúrgico durante el cual existen más posibilidades de que ocurran lesiones en vejiga, uréter y recto entre otras complicaciones, sobre todo en la mujer embarazada, en la que se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que incrementan la probabilidad de que ocurran.

OBJETIVO:

Comparar la morbilidad de la histerectomía obstétrica subtotal con la de la histerectomía obstétrica total en el INPerIER en el periodo de 2001 al 2009.

TIPO DE ESTUDIO:

Cohorte retrospectiva

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de 58 casos de pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica subtotal y de 121 casos de pacientes a las que se les practicó histerectomía obstétrica total comparando la morbilidad entre ambas técnicas.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambas técnicas de histerectomía; sin embargo, se encontró tendencia clínica a presentar menores complicaciones transquirúrgicas con la técnica subtotal.

CONCLUSIONES

La elección de la técnica quirúrgica de la histerectomía obstétrica debe individualizarse de acuerdo a los antecedentes de la paciente, su estado hemodinámico y la situación de urgencia, así mismo, de la habilidad quirúrgica del profesional que vaya a realizar el procedimiento. En los casos en que no exista contraindicación especial debemos considerar la histerectomía supracervical como una técnica adecuada sobre todo en casos de hemorragia incoercible.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica representa uno de los procedimientos más polémicos de la obstetricia actual. El aumento en las tasas de cesárea y de la población con cicatrices uterinas ha incrementado indirectamente su incidencia y complicaciones. En la mayoría de los procedimientos programados se realiza histerectomía total; sin embargo, la subtotal podría preferirse en los casos en los que se realiza una cirugía de urgencia para tratar hemorragias que ponen en peligro la vida y en la cual la disección del cérvix resulta difícil sobre todo por los importantes cambios anatómicos que se presentan en el embarazo. La histerectomía subtotal es un procedimiento más rápido, y por lo mismo, su realización se ha sugerido más en pacientes inestables en comparación con la histerectomía total sin embargo existen muy pocos artículos en la literatura que comparen sus desenlaces y que demuestren diferencias en cuanto a morbilidad o tiempo quirúrgico.^{1,2}

Esta tesis se llevó a cabo para evaluar la hipótesis de que, comparada con la histerectomía total, la subtotal podría resultar en menores complicaciones como son: lesión del tracto urinario, menor infección de herida quirúrgica al evitar la entrada a la vagina, sobre todo de pacientes que podrían haber estado varias horas en trabajo de parto y con múltiples tactos; así mismo, menor tiempo quirúrgico que podría reflejarse también en menores tasas de infección y en menos casos de choque hipovolémico al lograr un control más rápido de la hemorragia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La histerectomía obstétrica se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Aunque ha sido modificada su frecuencia por las medidas de prevención (por ejemplo el realizar un seguimiento exhaustivo de los casos de riesgo) las crecientes tasas de pacientes con incisiones uterinas la hacen aún objeto de atención prioritaria por su repercusión sobre la morbilidad y mortalidad materna, la salud reproductiva de la mujer y su calidad de vida por lo que es importante continuar el estudio tanto de los factores que pueden condicionar su realización como del perfeccionamiento y/o alternativas de la técnica.³

Con la aparición de la cirugía laparoscópica y de las técnicas para realizar la histerectomía subtotal por esta vía, se ha vuelto a abrir el debate sobre si es necesario extirpar el cérvix cuando la indicación de la histerectomía es patología benigna del cuerpo uterino por lo que han aparecido trabajos comparando la ventajas, inconvenientes y complicaciones de los diferentes tipos de histerectomías totales y subtotales con el fin de reducir la morbilidad y mejorar el pronóstico⁴; sin embargo, éstos se han realizado sobre todo en cirugías ginecológicas programadas en las cuales se les da a firmar un consentimiento informado a las pacientes explicándoles las ventajas de realizar una histerectomía subtotal aunado al seguimiento que deben llevar. Es por esto que se ha planteado la hipótesis de este trabajo tomando en cuenta que si el debate se ha abierto de nuevo para cirugías programadas, también podría abrirse para cirugías de urgencia en las cuales podría estar mucho más justificada la realización de una técnica subtotal pensando en el control rápido de la hemorragia y en lesionar menos sobre todo cuando el abordaje cervical es más difícil por los cambios fisiológicos y anatómicos de la paciente obstétrica donde también la experiencia del cirujano para cada técnica juega un papel sumamente importante.

MARCO TEÓRICO

- Antecedentes

La histerectomía obstétrica se desarrolló a fines del siglo XVIII para posibilitar la supervivencia de las mujeres después del nacimiento por cesárea, el cual era un procedimiento siempre fatal a fines del siglo XIX. Hasta ese momento, la hemorragia y las infecciones eran complicaciones intratables. No existían líquidos por vía intravenosa, antibióticos ni transfusiones de sangre.

Hasta comienzos del siglo XX las deformidades pelvianas eran frecuentes, debido a deficiencias nutricionales o enfermedades infecciosas. Las mujeres con pelvis muy pequeñas o distorsionadas sufrían con frecuencia un trabajo de parto hasta el agotamiento y morían junto con sus hijos. Algunas de las personas que atendían los partos utilizaban operaciones que destruían al feto en un intento por salvar a la madre, que, si sobrevivía, con frecuencia presentaba lesiones extensas en los tejidos blandos de la pelvis.⁵

Joseph Cavallini, de Florencia, desarrolló los conceptos que permitieron la creación de la histerectomía obstétrica a fines del siglo XVIII. En 1768 empleó experimentos en animales para descartar la idea prevalente de que el útero era un órgano esencial para la vida, y lo extrajo de animales gestantes y no gestantes con buen resultado.⁶

En 1868, Horatio Robinson Storer, de Boston, efectuó la histerectomía periparto en seres humanos documentada en forma más temprana.

Storer fue el primer especialista en enfermedades de mujeres de América y trató a una mujer cuyo trabajo de parto se obstruyó debido a un gran tumor uterino. El bebé ya estaba muerto, pero el tumor impedía cualquier procedimiento de destrucción fetal. Storer efectuó una cesárea y, debido a una hemorragia que ponía en peligro la vida, resecó el útero con su tumor fibroquístico “del tamaño de la cabeza de un bebé”. Las ligaduras alrededor del cérvix y del pedículo del tumor controlaron el sangrado. El muñón cervical se quemó con un hierro caliente y se

retornó a la pelvis; después la herida abdominal se cerró con alambre de plata. La paciente se recuperó de la anestesia con cloroformo pero murió 3 días después.

Eduardo Porro (1876) publicó el primer informe de un caso para describir una paciente que sobrevivió a una histerectomía postcesárea.

Poco tiempo después, E. Richardson informó sobre la primera supervivencia materna posterior a una cirugía de Porro en los Estados Unidos.

En 1938 el Charity Hospital de Nueva Orleans comenzó a experimentar en forma extensa con histerectomías postcesárea y Barclay (1970), así como Mickal (1969) lo informaron posteriormente.

La mayoría de los obstetras reservaban la histerectomía periparto a las emergencias que ponían en peligro la vida. Sin embargo, Davis (1951), de Chicago, impulsó la histerectomía postcesárea programada y en una serie de 736 cesáreas comunicó un 20% de incidencia de histerectomías.

Brenner (1970) llegó a la conclusión de que las complicaciones eran superiores a los beneficios si se efectuaba la histerectomía para esterilización y que la ligadura tubarica después del parto o transcesárea era más segura.

En la actualidad algunos programas enseñan la histerectomía obstétrica cuando las indicaciones de cesárea coexisten con indicaciones ginecológicas de histerectomía; sin embargo, la mayoría reserva la histerectomía periparto para las emergencias obstétricas mayores.⁵

CLASIFICACIÓN

Una clasificación meticulosa considera el momento, la indicación, la extensión y las circunstancias asociadas en cada caso. Entre las histerectomías periparto se incluyen aquellas que se efectúan después de una cesárea (Histerectomía postcesárea) y las que se efectúan después de un parto (Histerectomía postparto). Cualquiera de ellas

puede ser subtotal, total o radical, con extracción de uno o ambos anexos o sin ellos.⁷

Cada cirugía se puede identificar como un caso de emergencia, un caso no urgente indicado o un caso electivo. Sólo cuando se consideran todos estos factores se pueden obtener conclusiones válidas sobre los riesgos y las evoluciones en forma comparativa.^{8,9}

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA OBSTÉTRICA

Las indicaciones de emergencia son menos comunes que en el pasado, ya que existen tratamientos alternativos menos invasivos realizándose en la actualidad como un esfuerzo final para detener una hemorragia incoercible.

La atonía uterina según la literatura disponible, es la indicación más frecuente de una histerectomía obstétrica de urgencia seguida por la ruptura uterina, dehiscencias mayores de cicatriz uterina, trastornos placentarios y sepsis^{10 11 12 13 14 15}; sin embargo, es de tomarse en cuenta que diferentes experiencias publicadas demuestran que las indicaciones están cambiando y que el acretismo placentario se está presentando cada vez con mayor frecuencia por lo que se necesita cada vez más de nuevos enfoques y conductas terapéuticas²⁹

La histerectomía periparto es más controversial cuando se efectúa por causas diferentes de las emergencias obstétricas. Estos procedimientos indicados, aunque no urgentes, se efectúan cuando una mujer requiere de la cesárea y, además, presenta un trastorno ginecológico que se suele manejar con histerectomía. Estos procedimientos se denominan de diversas maneras, como histerectomías postcesárea no urgentes, programadas o anticipadas. El fundamento del procedimiento es efectuar la cesárea y la histerectomía en un solo paso y con una sola anestesia. Los leiomiomas uterinos y la neoplasia intraepitelial cervical suelen ser las indicaciones más frecuentes.⁵

La mayoría de los investigadores no apoyan las histerectomías obstétricas electivas.

CONSIDERACIONES DE LA TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA EN EL EMBARAZO:

En la mujer embarazada se produce una gran cantidad de cambios anatómicos y fisiológicos que incrementan la probabilidad de problemas transoperatorios. El útero crece en forma notoria y los vasos sanguíneos pélvicos son grandes y tortuosos. Así mismo, los tejidos pélvicos están edematizados y más friables que en las no embarazadas. Es esencial controlar la irrigación vascular del útero con rapidez. Se necesitan pinzas adicionales para evitar la pérdida retrógrada de sangre a partir de los vasos sanguíneos seccionados los cuales se deben manipular lo menos posible. Se deben examinar los pedículos varias veces para comprobar la hemostasia antes de completar la cirugía.

El útero voluminoso es difícil de manipular y no se puede manejar en forma segura a través de pinzas en las estructuras anexas friables.

La pared de la vejiga se vuelve edematosa y friable durante el trabajo de parto, y con la disección roma se puede lesionar.

Con frecuencia aparecen adherencias densas entre la vejiga y el segmento uterino inferior, en mujeres con cicatrices de cesáreas anteriores.

Las lesiones vesicales a veces son difíciles de detectar. Un método consiste en llenar la vejiga con solución coloreada estéril o solución opaca y luego buscar perforaciones pequeñas u ocultas en la pared posterior de la vejiga.

Las perforaciones en la vejiga se reparan con urgencia a través del cierre en 2 planos con material de sutura absorbible. Las lesiones no detectadas ni reparadas pueden generar fístulas.

En el embarazo el uréter está dilatado y sus movimientos enlentecidos. El uréter y la vejiga se pueden lesionar o desplazar debido a traumatismos, hematomas o tumores pelvianos. La proximidad del uréter se observa en todas las fases de la cirugía y se recomienda disecar su

trayectoria si hay dudas sobre su seguridad. Si es necesario, se debe abrir la cúpula vesical e insertar catéteres ureterales retrógrados. Toda lesión ureteral identificada se debe reparar y reforzar con métodos tradicionales, junto con el asesoramiento de expertos durante la cirugía.

En el embarazo la pared vaginal es friable y edematosa, sobre todo en la mujer en trabajo de parto. La tracción firme sobre las pinzas colocadas en la vagina puede lacerar los tejidos. El sangrado postquirúrgico se puede evitar si se incorporan todas las capas vaginales en el cierre del manguito.

Los pedículos se pueden desgarrar por los materiales de sutura ya que se encuentran friables y se encogen cuando el edema disminuye. Los puntos circunferenciales únicos pueden permitir que los vasos escapen al control. Los puntos transfixivos mejoran el control de la hemostasia cuando disminuye el edema. Pueden producirse hematomas si solo se utilizan puntos transfixivos sin ligaduras circunferenciales proximales.

Durante la sutura se deben sostener las pinzas, sin manipularlas.

La técnica hemostática y aséptica meticulosa reduce las complicaciones infecciosas. La hemostasia cuidadosa en el manguito vaginal evita el sangrado posquirúrgico y los hematomas del manguito. Si estos últimos se infectan pueden supurar hasta formar abscesos del manguito. Se recomienda la profilaxis antibiótica sobre todo en las mujeres que estuvieron en trabajo de parto. En los casos con infección evidente, la piel y los tejidos subcutáneos pueden quedar abiertos debajo de los vendajes quirúrgicos. El cierre tardío después del tratamiento antibiótico reduce el riesgo de supuración y dehiscencia de la herida. ¹⁶

HISTERECTOMÍA SUBTOTAL vs TOTAL:

- La histerectomía subtotal tuvo un papel muy relevante en la historia de la histerectomía abdominal, ya que dos de las primeras histerectomías que encontramos referenciadas en la literatura fueron subtotales y no fue hasta 1929 en que se practica la primera histerectomía abdominal total. Aun así, hasta el final de los años 40 el 95% de todas las histerectomías

que se realizaban eran subtotales y no fue hasta después de la segunda guerra mundial que se comienza a expandir el uso de la técnica total.⁴ Contribuyeron a esto, una serie de descubrimientos, entre los que se cuentan los antibióticos como la penicilina en 1943; el avance en el campo de la anestesia con la administración de agentes inhaladores; el desarrollo de los bancos de sangre y técnicas de transfusión. Todos estos factores posibilitaban una cirugía de mayor tiempo operatorio y de mayor extensión.⁵

Por otro lado, un rol especialmente relevante tuvo el aumento de la mortalidad por cáncer cérvicouterino. Lo que aparentemente justificaba realizar una histerectomía total, evitando dejar un cuello uterino que más tarde podría desarrollar esta neoplasia maligna. Entonces surge la pregunta ¿La histerectomía total reduce realmente la mortalidad derivada del CaCu?

Para responder debemos analizar los siguientes datos:

- a) Entre 1943 y 1958 la mortalidad por cáncer cérvicouterino se mantuvo prácticamente estable, a pesar del incremento de la utilización de la técnica de la histerectomía abdominal total relegando a la subtotal.
- b) A partir de 1958 y como resultado de la introducción de la técnica de citología de Papanicolaou, se observa un continuo descenso de la mortalidad por CaCu.

Por lo tanto, no contamos con evidencia científica que soporte la aseveración que la histerectomía total reduce la mortalidad derivada de CaCu.

En cambio, sí se cuenta con evidencia sustancial que apoya la aseveración de que “la introducción de la citología de Papanicolaou permitió una disminución continua de la mortalidad provocada por este cáncer”.¹⁷

Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar cáncer de la cúpula vaginal después de una histerectomía total es de un 0.13%, que es prácticamente el mismo de desarrollar cáncer cérvicouterino del muñón cervical post histerectomía supracervical, que es del 0.11%.^{17,1} Además, es posible prevenir en estas pacientes con histerectomía subtotal la aparición de CaCu futuro, con el mismo método del resto de las mujeres, la aplicación masiva de citología de Papanicolaou. Es decir, se debe mantener los controles con Papanicolaou, igual que en aquella paciente con útero. Y no debemos olvidar que en general el desarrollo de un CaCu suele ser lento (tardando años e incluso décadas), sin olvidar que además, el hallazgo de lesiones precursoras o premalignas como las neoplasias intraepiteliales permiten entregar una oportunidad de tratamiento simple, como es la crioterapia, como leep y terapia láser, disminuyendo la posibilidad de un CaCu futuro.¹⁷

- Encontramos dentro de la historia de la histerectomía subtotal 2 puntos de inflexión que actuaron en sentido contrario. Uno de ellos es la controversia que tuvo lugar en 1950, sobre cual era la técnica de elección de la histerectomía, que acabó relegando a la histerectomía subtotal sólo a los casos donde existía una dificultad para extirpar el cuello quedando la histerectomía total como la de elección. El otro punto de inflexión es la aparición de la cirugía laparoscópica y la aparición de técnicas para realizar una histerectomía subtotal por esta vía. La aparición de estas técnicas ha vuelto a abrir el debate sobre si es necesario extirpar el cérvix cuando la indicación de la histerectomía es por patología benigna del cuerpo uterino.⁴
- Al revisar el interés de los médicos por la histerectomía supracervical laparoscópica, un estudio publicado por Esdaile y cols¹⁸ en que preguntaba a ginecólogos oncólogos, demostró que frente a patología benigna uterina un 88% de los especialistas británicos encuestados preferían la supracervical vs el 55% de los estadounidenses. Lo que demuestra el creciente interés en esta técnica. Al interrogar a las mujeres que trabajaban en estos hospitales, el 72% respondió que preferiría para sí misma la histerectomía supracervical laparoscópica.

Ellos concluyen que pacientes y ginecólogos apoyan la idea que la histerectomía supracervical debe reemplazar a la total en patología benigna del útero.¹⁷

Para indicarla se requiere como condición que:

- El suelo pélvico se encuentre indemne
- Ausencia de prolapso genital
- Ausencia de dolor pélvico y/o dispareunia
- Citología de Papanicolaou normal
- Relativa seguridad de control y seguimiento a futuro
- Sin patología maligna en cuerpo uterino y/o anexos.

Entre las ventajas comparativas de la histerectomía supracervical con la total podemos acotar las siguientes:

- Es de menor invasión
- Ha demostrado ser una técnica más simple y segura
- Menor posibilidad de complicaciones (Uréter, vejiga y recto), sobre todo en pacientes con múltiples cicatrices de cesárea
- No afecta a los ligamentos uterosacros, ni cardinales, pilares fundamentales en el sostén y función del suelo pélvico y órganos pelvianos (vejiga, cérvix, vagina superior y recto).
- Menor tiempo operatorio
- No queda cicatriz vaginal
- Sin complicaciones de cúpula vaginal
- No produce dispareunia
- Previene la incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso de cúpula vaginal y el enterocele.

Las desventajas de la histerectomía supracervical son:

- Riesgo de futuras lesiones cervicales
 - Eventual sangrado vaginal cíclico
 - Posibles costos adicionales al procedimiento quirúrgico
- Si analizamos a la luz de los conocimientos actuales, ¿Qué condiciones debiéramos exigirle a una nueva técnica de histerectomía?, estas son:
- Eliminar la patología que motivó la histerectomía
 - Ser una técnica simple de realizar
 - Tener buena relación costo/efectividad.¹⁷

El simple análisis de la histerectomía total abdominal versus la supracervical por esta misma vía en pacientes ginecológicas, nos muestra que ésta última tiene menos pérdida sanguínea, es más segura, rápida y conveniente. Por lo tanto resultan evidentes los mayores beneficios si además la realizamos por alguna indicación obstétrica de urgencia.¹

Otro punto de continua controversia respecto a la histerectomía supracervical, además del CaCu ya analizado, es el de la sexualidad. Al respecto, Kilku y cols¹⁹ en 1983 concluyen que al no quedar cicatriz ni acortar la vagina, no hay probabilidad de desarrollar dispareunia posterior a diferencia de las otras técnicas que remueven el cuello. Por otro lado, frecuentemente escuchamos a quienes sostienen que el cérvix puede constituir una zona de estimulación erógena, señalando un posible deterioro al retirarlo en la histerectomía. Un estudio publicado por Kuppermann y cols²⁰ durante 2005 no logró encontrar diferencias en la función sexual entre un grupo de pacientes sometidas a histerectomía supracervical laparoscópica al compararla con otras sometidas a HTA. El cuello no parece constituir una zona de estimulación erógena para la mujer, por lo que su permanencia no entrega beneficios desde el punto de vista sexual al permanecer in situ^{21 22}: sin embargo, en aquellas

mujeres que desean evitar su remoción, ésta técnica quirúrgica será una buena opción. Por otro lado el reinicio de la actividad sexual es mucho más precoz en la histerectomía supracervical si la comparamos con las otras técnicas al preservar la indemnidad de la vagina.²³

La permanencia de un posible sangrado cíclico después de la histerectomía supracervical, aunque en baja frecuencia, continua siendo uno de los efectos no deseados después de ésta cirugía.^{24, 25, 26} lo que puede evitarse logrando un buen nivel de corte en la inserción de los ligamentos útero-sacros, es decir, dejando realmente solo el cuello, de esta forma se evita que persista endometrio funcional. Se puede seccionar éste con tijera, con energía monopolar, bipolar o asa loop. Por lo general, no es necesario descender la vejiga en su unión con el útero, incluso en casos con antecedente de cesáreas. En un estudio de 86 casos realizados del 2001 al 2005^{27, 28} de histerectomías supracervicales laparoscópicas solamente 4 presentaron sangrado después de la cirugía, 2 casos cíclico, y 2 no cíclico tratándose de episodios en los que no fue necesario realizar otro procedimiento agregado para dar solución a esta complicación, ya que fueron autolimitados. En el caso de los no cíclicos, uno duró 30 días y el otro 45, escasos en cantidad. En los 2 cíclicos, uno fue por 6 meses y el otro por 4 meses.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA POR ATONÍA Y/O HEMORRAGIA:

La mayoría de las hemorragias postparto son controlables con uterotónicos y masaje o exploración uterina para descartar retención de productos de la concepción.

Sin embargo, si las medidas conservadoras para los casos en los que se cursa con atonía y/o hemorragia fallan, se debe realizar la cesárea histerectomía antes de que se agreguen secuelas como coagulopatía, choque hipovolémico y se ponga en riesgo la vida.²⁹

* En el caso de la hemorragia postparto la histerectomía supracervical es casi siempre el procedimiento de elección. Así como en la histerectomía

ginecológica, los ligamentos de sostén superiores del útero se separan procediendo con la ligadura de las arterias uterinas. Se amputa el fondo del útero del cérvix el cual se cierra con puntos en 8 con material reabsorbible. Este procedimiento mantiene también la integridad de los ligamentos útero sacros. ⁵

* Es difícil remover el cérvix, especialmente después de un parto vaginal ya que se encuentra dilatación completa. Sólo los cirujanos con habilidad suficiente pueden proceder a realizar dicho procedimiento. ³

* Actualmente muchos cirujanos realizan la histerectomía total exclusiva o casi exclusivamente tomando en cuenta que al extirpar el cérvix se elimina una fuente de infección, sangrado y una localización de carcinoma sin embargo no se ha justificado el abandono de la histerectomía subtotal por la total ya que la primera disminuye de 10-15 minutos el tiempo quirúrgico en comparación con la total, factor que es de suma importancia sobre todo cuando la indicación de la histerectomía es atonía y/o hemorragia. Además tiene la ventaja de excluir la parte quirúrgica durante la cual existen más posibilidades de que ocurran complicaciones como son lesiones en vejiga, uréter y recto entre otras, esto sobre todo en la mujer embarazada, en la cual se produce una cantidad de cambios anatómicos y fisiológicos que incrementan la probabilidad de problemas transoperatorios. ^{3,5,8}

Las normas del Instituto Nacional de Perinatología especifican que la histerectomía total está indicada cuando el cérvix está participando del problema (tumores cervicales, rupturas uterinas que involucran el cuello, procesos infecciosos, acretismo placentario en el segmento, etc) mientras que las subtotales se indican básicamente en pacientes graves y/o con limitaciones técnicas para practicar la histerectomía total. ³⁰

Por lo anterior impresionaría que existiera una tendencia a realizar la técnica subtotal, sobre todo en pacientes con hemorragia incoercible sin embargo de acuerdo a los datos proporcionados por el departamento de estadística INPerIER observamos que los cirujanos del instituto realizan la técnica total en la mayoría de los casos refiriendo que es la que más dominan y teniendo como

argumento principal el hecho de excluir un sitio de localización de carcinoma para la paciente.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS:

Las complicaciones de la histerectomía obstétrica se deben evaluar mediante la separación de las complicaciones quirúrgicas directas de las atribuibles a enfermedades o lesiones preexistentes.

Como es natural, la morbilidad y mortalidad son más elevadas y grandes si la histerectomía postcesárea se efectúa como emergencia debido a una hemorragia que pone en peligro la vida.

La población de pacientes, las condiciones ambientales, las enfermedades asociadas y la experiencia del equipo quirúrgico influyen sobre los riesgos clínicos de las histerectomías obstétricas.³

Las dos complicaciones transquirúrgicas más frecuentes son la hemorragia y las lesiones del tracto urinario.

HEMORRAGIA

El sangrado transquirúrgico excesivo, definido como la pérdida de sangre mayor de 1000 ml o la necesidad de transfusión sanguínea, es muy frecuente en las histerectomías obstétricas (Se reporta hasta en el 52% de las pacientes).

El control de la pérdida de sangre durante la histerectomía obstétrica depende de la técnica quirúrgica y del manejo cuidadoso de todos los pedículos vasculares uterinos o anexiales ya que una causa frecuente de hemorragia es la pérdida de control de alguno de estos.

En estudios comparativos de histerectomías ginecológicas totales contra subtotaes las diferencias en cuanto a la presentación de hemorragia excesiva no son muy amplias (3% frente a 2%)¹⁷; sin embargo, en las histerectomías obstétricas puede ser difícil llevar a cabo una cuantificación objetiva ya que la tendencia actual es realizar histerectomías totales de inicio y decidir la subtotal tras darse cuenta que la primera no resulta factible por lo que al cuantificar las pérdidas tras una subtotal pueden resultar iguales o mayores a las totales

entrando como sesgo el tiempo de la toma de decisión hacia la técnica subtotal.

LESIONES VESICALES:

El cérvix está íntimamente relacionado con la vejiga y por lo tanto es lógico que si no lo extirpamos se produzca una disminución de las lesiones vesicales producidas al intentar su disección sobre la porción anterior del cérvix.

La lesión quirúrgica de la vejiga se produce con mayor frecuencia mientras se disecciona de un segmento uterino inferior fibroso, con una o más incisiones de cesáreas previas. También si se incluye en una pinza o un punto del manguito vaginal. La pared vesical traumatizada se puede necrosar y desarrollarse entonces una fístula urinaria entre otras complicaciones postquirúrgicas graves secundarias a no reconocer estas lesiones en el transquirúrgico. ¹⁷

LESIONES URETERALES

El uréter se encuentra también íntimamente relacionado con el cuello uterino por lo cual es posible su lesión al extirpar el mismo.

Hay un riesgo particular para el uréter cuando hematomas, tumores y los cambios fisiológicos del embarazo distorsionan la anatomía de la pelvis.

La lesión puede producirse durante la disección de las estructuras anexiales, los vasos uterinos, los ligamentos anchos y cardinales.

Plauché (1992) informó una incidencia de lesión ureteral del 0.44% en una revisión de más de 5,000 casos publicados y se reporta hasta de 3% en otras publicaciones¹ siendo esta lesión la causa más frecuente de demandas después de una histerectomía abdominal total. ¹

LESIONES INTESTINALES:

Son muy raras en todo tipo de histerectomía. Solamente se encontraron reportes en cuando a incidencia de la histerectomía abdominal (0.7%) en pacientes ginecológicas¹⁷ sin encontrar existir diferencias a nivel funcional del intestino (constipación) dependiendo de si se conserva o no el cuello uterino.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

El sangrado y la infección son las complicaciones posquirúrgicas graves más frecuentes.

SANGRADO POSTQUIRÚRGICO:

El sangrado vaginal en el período postquirúrgico inmediato suele provenir de vasos sanguíneos en el manguito. Un vaso uterino que escapó de su ligadura también puede causar sangrado vaginal, pero, con mayor frecuencia, desarrolla un hematoma en el ligamento ancho. El sangrado vaginal postquirúrgico tardío se puede deber a traumatismos del manguito vaginal o al drenaje de un hematoma en el manguito.

El sangrado dentro del abdomen suele provenir de vasos uterinos o anexiales, que escaparon de sus ligaduras. Las pacientes inestables desde el punto de vista hemodinámico se deben evaluar con cuidado, en busca de sangrado intraabdominal.⁸

INFECCIONES:

Al igual que al revisar las complicaciones urinarias no encontramos estudios prospectivos y aleatorios que comparen la histerectomía total con la histerectomía subtotal. Sin embargo, parece razonable pensar que al no poner en contacto la cavidad vaginal con el abdomen, la incidencia de infecciones en la histerectomía subtotal tiene que ser necesariamente inferior al de la histerectomía total.¹⁷

Las infecciones se encuentran entre las complicaciones más frecuentes de las histerectomías obstétricas. Se comunica morbilidad febril en hasta el 50% de los estudios retrospectivos. La mayoría de los estudios describe una morbilidad febril que excede el 30% en los procedimientos de emergencia. En cambio, los casos efectuados antes del trabajo de parto sólo presentan un 10% de morbilidad febril.

Las infecciones más frecuentes son celulitis del manguito vaginal, de la incisión abdominal y de las vías urinarias.

Los hematomas del manguito se suelen infectar. Plauché (1986) informó una incidencia de hematomas o infecciones del manguito vaginal del 13%. Park y Duff (1980) informaron una incidencia de celulitis pelviana o del manguito del 9% y una incidencia de abscesos del manguito vaginal o pelviano del 5%.

La infección o la dehiscencia de la incisión abdominal se presenta en el 3 al 9% de las histerectomías obstétricas. (Plauché 1986; Stanco y col. 1993; Yancey y col., 1993). ⁷

COLABORACIÓN COCHRANE

En el 2006 esta organización internacional publica una revisión sistemática en la cual se realiza una evaluación y comparación entre la histerectomía subtotal versus la total en pacientes con enfermedades ginecológicas benignas incluyendo 2 ensayos con 733 participantes reportando no haber encontrado diferencias en las tasas de incontinencia, constipación o en las medidas de función sexual; sin embargo, la duración de la cirugía y la cantidad de sangre perdida durante la cirugía se redujeron significativamente con la histerectomía subtotal comparada con la histerectomía total, pero no hubo pruebas de una diferencia en los odds de transfusión.

Se observó una menor probabilidad de presentar morbilidad febril (OR 0,43; 0,25 a 0,75), y una mayor probabilidad de presentar hemorragia vaginal cíclica continua un año después de la cirugía (OR 11,3; 4,1 a 31,2), con la histerectomía subtotal que con la total. No hubo pruebas sobre diferencias en las tasas de otras complicaciones, la recuperación de la cirugía o las tasas de reingreso.

LA EVIDENCIA MÁS RECIENTE

En marzo de 2010 la ACOG realizó una revisión sistemática para describir los factores predisponentes y los resultados después de una histerectomía postparto para hemorragias que no se controlan con manejo médico. Se incluyeron 24 artículos en los que se describieron 981 histerectomías posparto de urgencia. Se reportó una tasa de morbilidad del 56%, necesidad de transfusión en el 44% y mortalidad

materna de 2.6%. Se realizó histerectomía total en el 52.2% y subtotal en 47.8% requiriendo cirugía adicional en el 10.5% de los casos. Se encontró mayor riesgo de histerectomía en aquellas multíparas, con cesárea previa o placentación anormal. Se realiza comparación de morbilidad entre ambas técnicas de acuerdo a 7 artículos^{31,32,33,34,35,36} reportándose sin diferencias significativamente estadísticas, sin embargo con tendencia a ser menor en la subtotal (16%) que en la total (30%). En particular, el daño al tracto urinario se reportó más frecuentemente cuando se realizó una histerectomía total. Esta diferencia fue clínica pero no estadísticamente relevante en el artículo de Knight³⁷ observándose en el 12.5% de las subtotales y en el 25% de las totales.

CAPÍTULO No. 2:

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:** Comparar la morbilidad de la histerectomía obstétrica subtotal y con la de la histerectomía obstétrica total en pacientes atendidas en la unidad de toco-cirugía en el periodo comprendido del 1º de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2009 en el INPer IER.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Describir las características demográficas de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica.
- Conocer el número de cirugías abdominales previas de las pacientes de cada uno de los grupos.
- Conocer el número de pacientes en las cuales se encontraron adherencias y pérdida de planos como dificultades técnicas.
- Conocer el número de pacientes que contaban con profilaxis previo a la histerectomía
- Describir la distribución de indicaciones para histerectomía obstétrica de urgencia en cada uno de los grupos.
- Describir los factores predisponentes para atonía que se presentaron.
- Comparar las complicaciones transquirúrgicas: 1) choque hipovolémico, 2) lesiones genitourinarias, 3) intestinales, y 4) anexiales, 5) cantidad de sangrado y/o necesidad de transfusión al realizar histerectomía total vs subtotal, 6) tiempo quirúrgico entre ambas técnicas de histerectomía, 7) reintervenciones quirúrgicas con las dos técnicas y 8) el número de días hospitalarios y/o de UCIA en las pacientes en las que se realizó una u otra técnica de histerectomía.
- Describir la distribución de complicaciones postquirúrgicas (Íleo, infección de herida quirúrgica, fiebre, sepsis, absceso o hematoma de cúpula, fístulas, síndrome dilucional, muerte) en cada uno de los grupos de histerectomía.

HIPÓTESIS

En las pacientes con indicación de histerectomía obstétrica de urgencia que se realiza técnica subtotal se encuentra una menor frecuencia de complicaciones médico quirúrgicas, en comparación con las pacientes a quienes se les realiza la técnica total.

HISTERECTOMIASUBTOTAL VS HISTERECTOMIA TOTAL

< complicaciones

> complicaciones.

A < B

HIPÓTESIS NULA

No existen diferencias significativas en las pacientes con indicación de histerectomía obstétrica a las que se les realiza histerectomía subtotal o total en cuanto a complicaciones médico-quirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

1.- Tipo de estudio:

A) Según temporalidad:

* Retrospectivo y transversal.

B) Según el tipo de resultado:

* Analítico: el objetivo del estudio es comparar si existen diferencias entre las dos técnicas.

* Observacional: el investigador no interviene.

METODOLOGÍA

Se identificaron a las pacientes a las que se realizó histerectomía por causa obstétrica, de cualquier edad y en cualquier momento de la gestación en el periodo del 1º de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2009 con el apoyo del

personal de estadística del INPer IER obteniendo a través de los registros de las hojas de morbilidad una lista de 350 casos.

Se elaboró la base de datos con las variables a revisar en una hoja para recolección de datos (Anexo 1) para cada una de las pacientes.

Una vez obtenidos los números de expedientes se buscaron tanto en archivo muerto como en activo lográndose disponer de 305 expedientes (45 no se encontraron en archivo muerto ni en el activo) de los cuales se excluyeron 8 más por tratarse de histerotomías y otros 2 por no ser histerectomías obstétricas quedando un total de 295 casos de histerectomía por revisar de las cuales se excluyeron aquellas histerectomías indicadas pero no urgentes como las realizadas por sepsis (en las que también habría más posibilidad de reportarse infección de herida quirúrgica) aquellas en las cuales no había lugar a histerectomía subtotal ya que era indicación absoluta el realizar la técnica total como en los casos de embarazos ectópicos y acretismo a nivel cervical. También se excluyeron aquellas histerectomías realizadas en otras instituciones como el Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán por no tener seguimiento postquirúrgico registrado en expediente INPer.

Se logró identificar en los 267 expedientes restantes un total de 60 histerectomías subtotales excluyendo 2 realizadas por sepsis de origen uterino quedando entonces 58 para las cuales se llenó la hoja de recolección de datos las cuales se parearon con 121 casos de histerectomía total con características clínicas similares a los casos de las subtotales.

Se realizó un estudio transversal retrospectivo identificando las características clínicas, indicaciones, factores predisponentes de atonía, evolución trans y postoperatoria, así como otros antecedentes de riesgo en las pacientes, que pudieran influir en la variable complicaciones para cada una de las técnicas de histerectomía obstétrica a comparar.

La recolección se realizó por el investigador en el periodo del 1 de marzo del 2010 al 1 de mayo del 2010

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (Versión 17), se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central para las variables cuantitativas; para la comparación de variables nominales se aplicó prueba de la Chi cuadrada y para las cuantitativas se aplicó prueba de la T para muestras independientes.

LUGAR Y DURACIÓN

Se realizó un estudio retrospectivo al identificar a las pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica tanto total como subtotal en el INPerIER durante el periodo comprendido del 1º de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2009.

UNIVERSO

Todas las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica por indicación de urgencia durante el periodo comprendido del 1º de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2009.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica por indicación de urgencia cuyos datos necesarios estuvieron disponibles para ser valorados y poder establecer sus características clínicas, evolución trans y postquirúrgica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente obstétrica
- Con indicación de histerectomía de urgencia
- Ingreso a UTQ entre el 1º de enero del 2001-31 de diciembre de 2009.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes cuya histerectomía y manejo no se haya realizado en el INPerIER
- Realizadas después de 48 horas post resolución del embarazo
- Realizadas de forma electiva por alguna condición ginecológica
- Sospecha de cáncer o citologías anormales

- Prolapso uterino sintomático
- Embarazos ectópicos cervicales
- Indicadas pero no urgentes
- Acretismo a nivel cervical
- Sépticas
- Pacientes con error en la codificación del expediente

VARIABLES EN ESTUDIO

Variable independiente

- Técnica de la histerectomía obstétrica

Variable dependiente

- Tiempo quirúrgico
- Hemorragia transquirúrgica.
- Necesidad de transfusión
- Días de estancia en UCIA y en hospitalización
- Complicaciones trans y postquirúrgicas
- Necesidad de reintervención
- Número y tipo de reintervenciones

Variables Demográficas

Antropométricos:

- Edad
- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal

Variables Clínicas:

- Antecedentes gineco-obstétricos
- Antecedentes quirúrgicos abdominales
- Motivo de ingreso al INPer
- Ingreso a la UTQ en trabajo de parto o como cesárea programada
- Diagnóstico pre y postquirúrgico
- Cirujano y ayudante en la cesárea - histerectomía
- Indicación de la histerectomía
- Diagnóstico pre y postquirúrgico
- Factor predisponente de atonía
- Presencia o no de adherencias y/o pérdida de planos anatómicos

- Profilaxis
- Obesidad
- Resultado de citología cervical INPer
- Seguimiento por obstetricia INPer

DEFINICION DE VARIABLES:

Variable independiente

- TÉCNICA DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA:

Definición conceptual:

Método que se sigue para la realización de la extracción quirúrgica del útero en una paciente obstétrica.

Definición operacional:

Método que aparece anotado en el expediente como que el que define el método que se utilizó para la realización de la extracción quirúrgica del útero en una paciente obstétrica.

Clasificación: Cualitativa categórica

Escala de medición: Total / Subtotal

Variables dependientes:

- TIEMPO QUIRÚRGICO:

Definición conceptual:

Espacio de tiempo en que se realiza un procedimiento quirúrgico.

Definición operacional:

Tiempo en que se realiza el procedimiento registrado en hoja de enfermería tomando como hora de inicio el momento en que se inicia propiamente la técnica de histerectomía y como hora final la del término de cierre de piel.

Clasificación: Cuantitativa discreta

Escala de medición: Minutos

- SANGRADO TRANSQUIRÚRGICO:

Definición conceptual:

Volumen sanguíneo que se pierde durante la realización de un evento quirúrgico.

Definición operacional:

Cantidad de hemorragia cuantificada aproximada descrita en hoja de anestesiología.

Clasificación:

Cuantitativa continua

Escala de medición: Mililitros

- TRANSFUSION SANGUINEA:

Definición conceptual:

Es la transferencia de sangre total o de componentes de la sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donador) a otro (receptor).

Definición operacional:

Número de paquetes de sangre total y/o componentes que requirió transfundirse en la paciente con histerectomía obstétrica, registrados en hojas de banco de sangre del expediente.

Clasificación:

Cuantitativa discreta

Escala de medición: 1,2,3,4,5

- DIAS DE HOSPITALIZACIÓN:

Definición conceptual:

Tiempo en el que la paciente permanece ingresada en un hospital u otra instancia sanitaria.

Definición operacional:

Tiempo que dura la estancia intrahospitalaria registrada en el expediente clínico posterior a la realización de la histerectomía obstétrica.

Clasificación: Cuantitativa discreta

Escala de medición: Días

- REINTERVENCIÓN POSTERIOR A LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA:

Definición conceptual:

El procedimiento que suele derivarse de un primer procedimiento quirúrgico no satisfactorio o bien, a que no pudo ser resuelto por las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente o por complicaciones postquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos.

Definición operacional:

El procedimiento quirúrgico realizado posterior a la histerectomía obstétrica secundario a alguna complicación asentado en el expediente.

Clasificación:

Cualitativa categórica

Escala de medición: LAPE, Empaquetamiento/Desempaquetamiento, Neoimplantación de uréter, Drenaje de absceso o hematoma, Resutura de herida quirúrgica.

COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA:

Definición conceptual:

Accidentes que sobrevienen en el curso transquirúrgico que dificultan su evolución y deterioran el resultado esperado.

Definición operacional:

Accidente que se presentó durante la realización de la histerectomía obstétrica y que aparece anotada en el expediente como una consecuencia del procedimiento.

Clasificación: Cualitativa categórica

Escala de medición: Choque hipovolémico grado I, Choque hipovolémico grado II, Choque hipovolémico grado III, choque hipovolémico grado IV, Lesión ureteral, lesión vesical, lesión intestinal, lesión de anexos.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA:

Definición conceptual:

Fenómeno que sobreviene en el curso postquirúrgico, distinto de las manifestaciones habituales de éste.

Definición operacional:

Problema médico que se presenta posterior y en relación a la histerectomía obstétrica.

Clasificación: Cualitativa categórica

Escala de medición: Ileo, infección de herida quirúrgica, fiebre, necesidad de transfusión y de reintervención, síndrome dilucional, hematoma, absceso, fístulas, sepsis, muerte.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, de casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No necesario para el grupo de pacientes con histerectomía subtotal. Se toma el doble de casos con histerectomía total.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se ajusta a las normas éticas internacionales, a la ley general de salud en materia de investigación en seres humanos y a la declaración de Helsinki.

- Carta de consentimiento informado no lo amerita y se tiene el consentimiento de la paciente y/o familiar por la firma de las hojas quirúrgicas que se realizan ante todo procedimiento institucional que realiza el personal médico del INPerIER

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

Se revisaron 350 casos de histerectomía del 2001 al 2009 encontrándose 60 casos de histerectomía subtotal entre las mismas excluyéndose 2 tomándose 121 casos de histerectomía total con características similares para parrear con las primeras.

Los años en los cuales se tuvo registro de realizar más histerectomías obstétricas fueron 2006 y 2008 con 52 histerectomías obstétricas para cada año realizándose 14 histerectomías subtotales en este último sin embargo fueron en el 2001 y 2004 los años en que se realizaron el mayor número de subtotales específicamente (31% de de las registradas). (Gráfico 1).

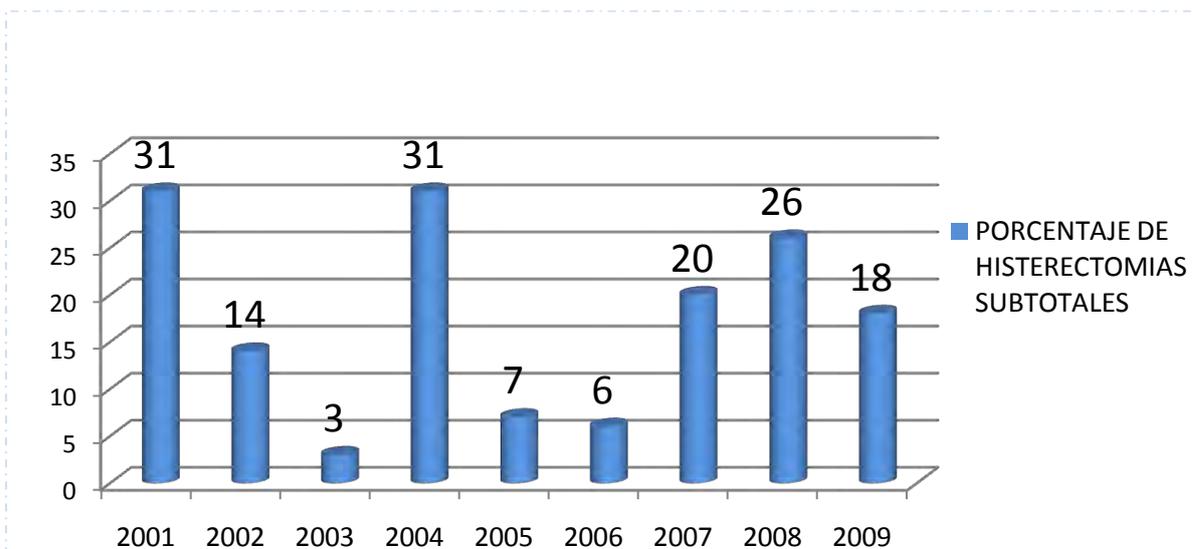


Gráfico 1. Porcentaje de histerectomías subtotales por año.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

La edad de las pacientes se encontró en el rango de 18 a 45 años con una media de 37.1 ± 2.7 y de 32.4 ± 5.2 años para las incluídas en histerectomía subtotal y total respectivamente sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0.73$).

Así mismo no se encontraron diferencias significativas en lo que respecta al peso, talla, índice de masa corporal, gestas ni en el número de cirugías abdominales previas. (Tabla 1)

Tabla 1

Características sociodemográficas de las pacientes incluidas en el estudio.

VARIABLE	TÉCNICA	MEDIA	D. E.
Edad (Años)	Subtotal	37.1	6.6
	Total	32.4	5.2
Peso (Kg)	Subtotal	67.2	6.3
	Total	70.5	7.4
Talla (Metros)	Subtotal	1.53	0.35
	Total	1.57	0.93
IMC (kg/m)	Subtotal	28.3	3.26
	Total	28.4	3.71
SDG	Subtotal	33.5	5.8
	Total	35.4	2.2
Qx abdominales previas	Subtotal	2.3	1.5
	Total	2.0	1.0
Gestaciones (#)	Subtotal	4.5	1.6
	Total	3.9	1.3
D.E.: Desviaciones Estándar; IMC: Índice de masa corporal; SDG: Semanas de gestación; Qx: Cirugías.			

- De las pacientes con histerectomía subtotal 27 fueron mayores de 35 años (46.5%) mientras que 63 de las 121 con histerectomía total (52%) tuvieron esta característica.

- Se encontró que el 43% de las pacientes en el grupo de histerectomía subtotal tenían algún grado de obesidad e igualmente el 53% del grupo de las histerectomías totales.
- El motivo de ingreso más frecuente en las pacientes con histerectomía subtotal fue el antecedente de 2 o más cesáreas y en las pacientes con histerectomía total lo fue la edad materna mayor de 35 años. El resto de los motivos de ingreso se mencionan en la tabla 2.

Tabla 2.

Motivos de ingreso al INPer de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica.

MOTIVO	TÉCNICA		Totales
	Subtotal (Número de Pacientes)	Total (Número de Pacientes)	
>35 años	8	26	34
Otros	18	34	52
2 o más cesáreas	14	24	38
Diabetes Mellitus.	2	1	3
HASC	1	4	5
Epilepsia	0	3	3
Cardiopatía	2	0	2
Placenta previa	10	21	31
Alto orden fetal	2	6	8
EHIE	1	1	2
Total	58	121	179

CARACTERÍSTICAS AL MOMENTO DE LA RESOLUCION DEL EMBARAZO:

- Las semanas de gestación promedio al momento de la resolución del embarazo fueron de 33.5 ± 5.8 para las pacientes sometidas a

histerectomía subtotal y de 35.4 ± 2.2 en el grupo de las histerectomías totales, sin encontrar diferencia significativa entre los grupos.

- El 43.1% y 51.7% de las pacientes en el grupo de las subtotales y totales respectivamente cursaron con trabajo de parto al momento de la resolución ingresando a la UTQ como cesárea programada el 48% de las subtotales y el 45% de las totales sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 3).

Tabla 3.

Características de las pacientes al momento de la resolución.

CARACTERÍSTICA	SUBTOTALES	TOTALES
SDG	33.5	35.4
En trabajo de parto	43.1%	51.7%
Cesárea programada	48%	45%

SDG: Semanas de gestación

- La resolución del embarazo se realizó en su mayoría a través de cesárea ocupando el 94% del grupo de subtotales y el 92% de las histerectomías totales. El resto de las vías de resolución se detallan en los gráficos 2 y 3.

RESOLUCION DE EMBARAZO H. SUBTOTALES

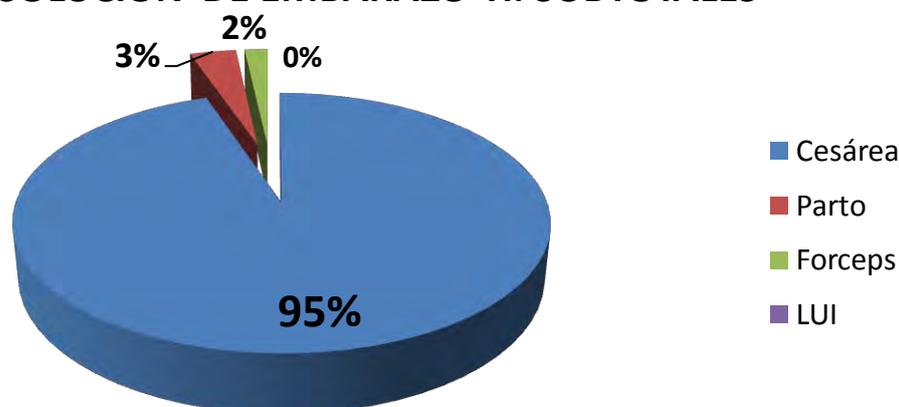


Gráfico 2. Vía de resolución del embarazo en pacientes con histerectomías subtotales.

RESOLUCIÓN DE EMBARAZO H. TOTALES

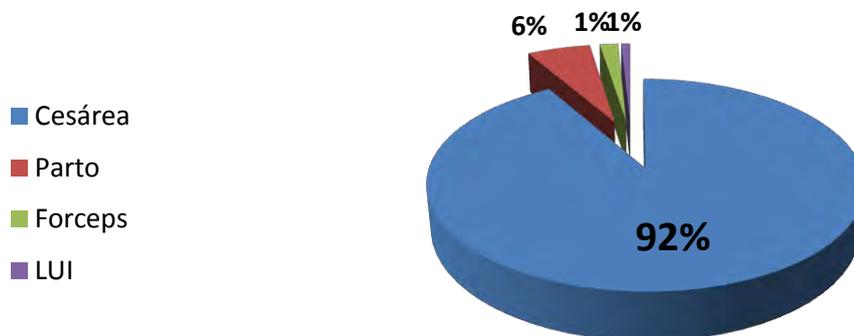
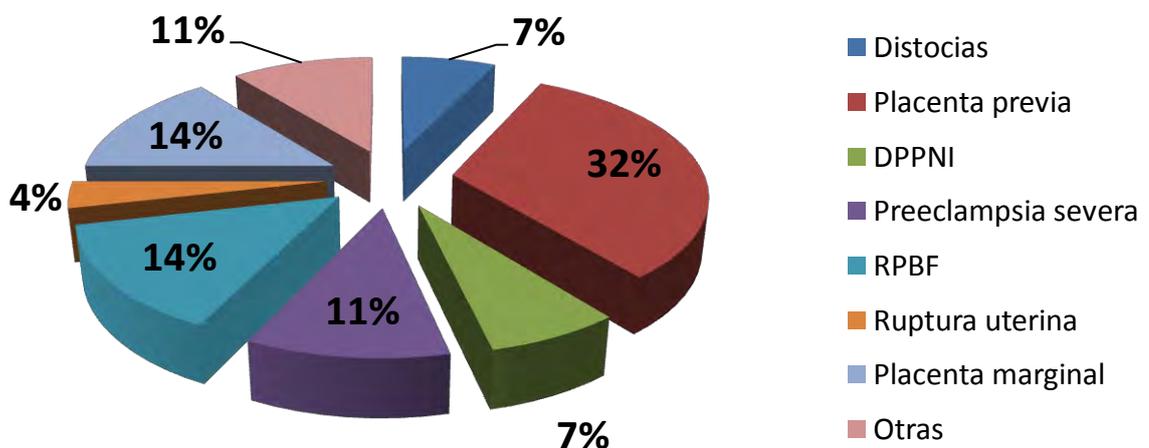


Gráfico 3. Vía de resolución del embarazo en pacientes con histerectomía total.

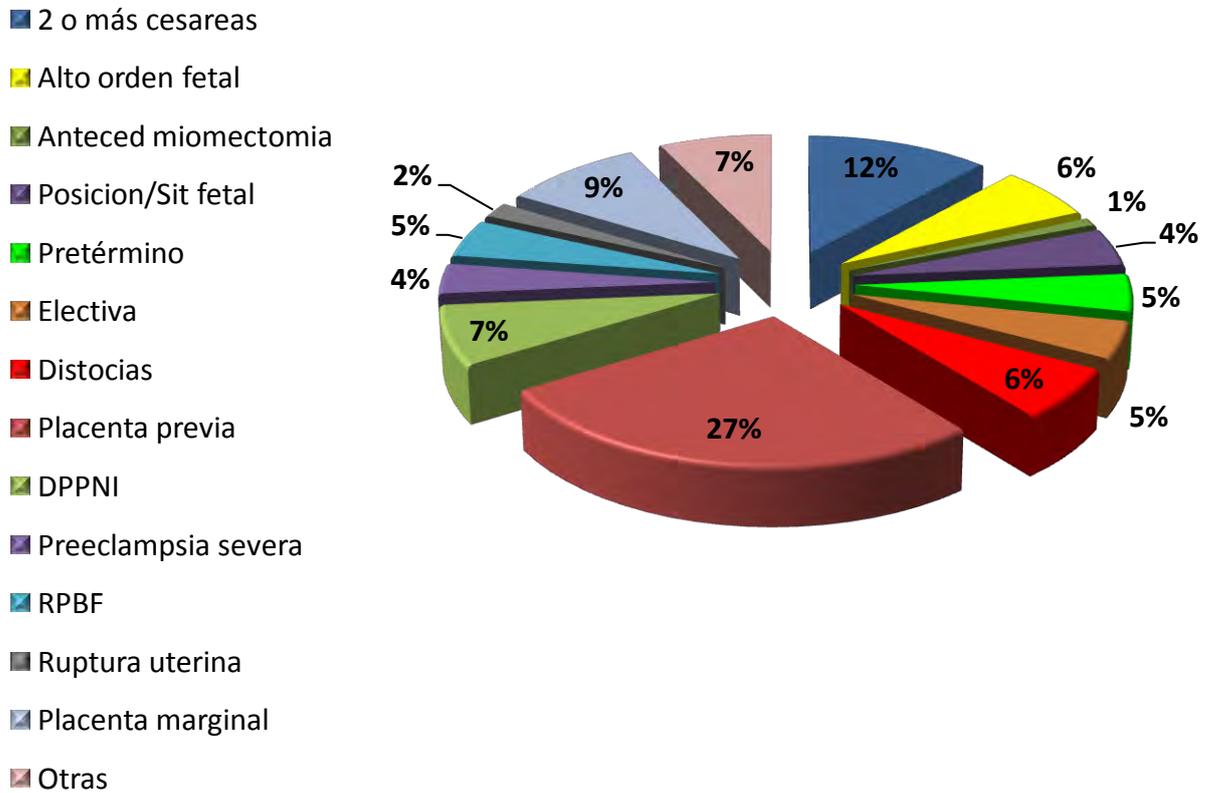
- La indicación de cesárea más frecuente fue el antecedente de 2 o más cesáreas en el grupo de las histerectomías subtotales mientras que en el de totales lo fue el tener placenta previa. El resto se mencionan en los gráficos 4 y 5.

Gráfico 4. Indicaciones de cesárea en las pacientes sometidas a histerectomía subtotal.



DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; RPB: Riesgo de pérdida del bienestar fetal.

Gráfico 5. Indicaciones de cesárea en pacientes sometidas a histerectomía obstétrica total.



PROFILAXIS: Se encontró que el 22% de las pacientes del grupo de histerectomías subtotales contaban con antibiótico previo a la cirugía así como el 16.5% del grupo de las histerectomías totales. (Gráfico 6).

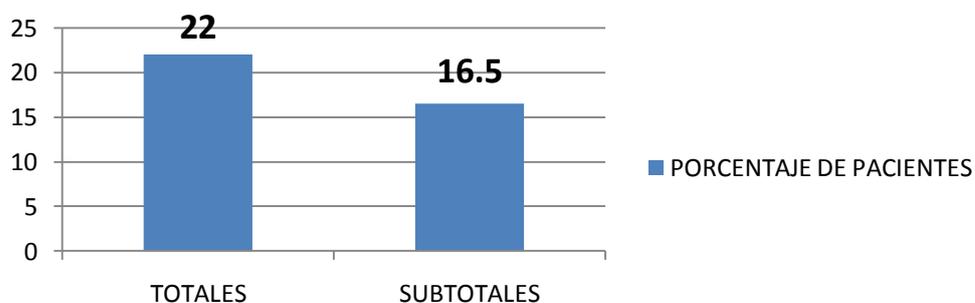


Gráfico 6. Porcentaje de pacientes que contaban con antibiótico previo a la histerectomía.

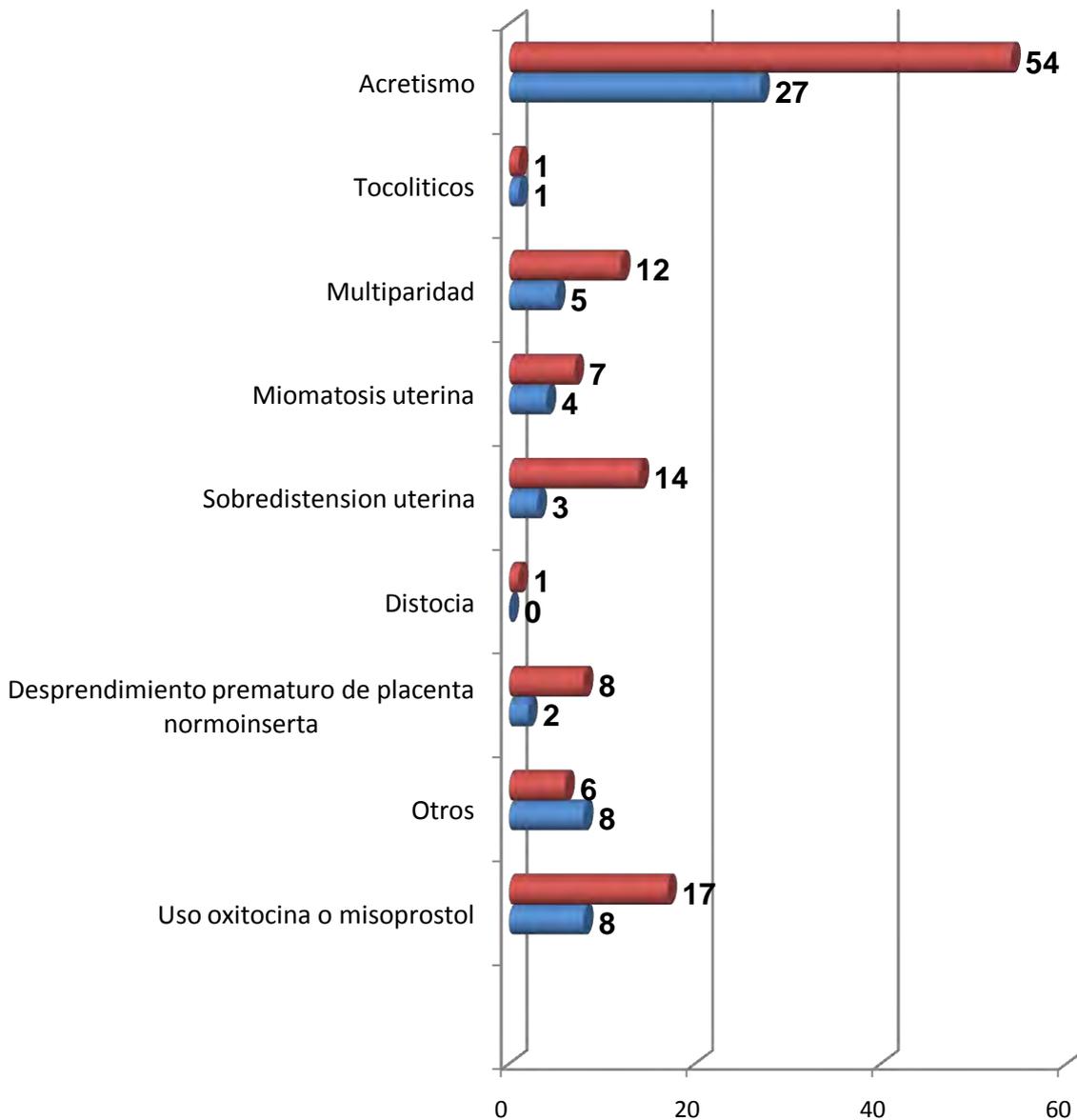


Gráfico 7. Factores predisponentes a la atonía uterina en ambos grupos de histerectomía obstétrica.

FACTOR PREDISPONENTE A LA ATONÍA UTERINA: El factor más frecuente al momento de la resolución de embarazo fue el acretismo placentario en ambos grupos ocupando el 47% en histerectomías subtotales y el 44% en las totales seguido por el uso de oxitocina o misoprostol en dosis altas y/o por tiempo prolongado ocupando el 14% de los factores predisponentes en ambos grupos. El resto de los factores se especifican en el gráfico 7.

CARACTERISTICAS EN EL TRANSQUIRURGICO

CIRUJANO DE LA CESAREA: En ambos grupos de comparación se encontró que las cesáreas fueron realizadas en su mayoría por residentes de 3er año (36% en histerectomías subtotaless y 33% totales) seguidos por el médico adscrito con un 22% y el R2 con un 21%. El resto se detalla el gráfico 8.

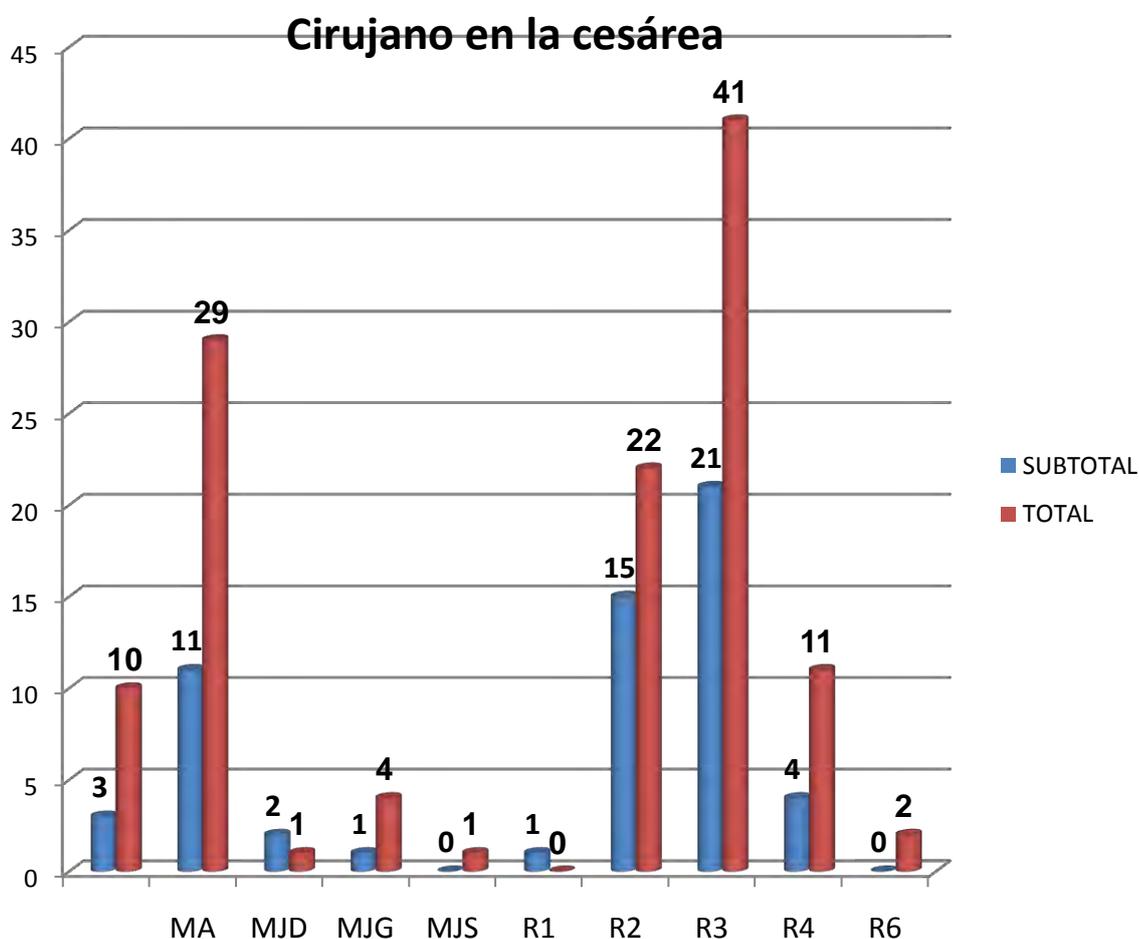


Gráfico 8. Cirujano por jerarquía quien realizó la cesárea previa a la histerectomía.

ADHERENCIAS Y/O PÉRDIDA DE PLANOS ANATÓMICOS: Se reportaron como dificultades técnicas en el 48% y 49% de las pacientes del grupo de histerectomía subtotal y total respectivamente.

INDICACION DE LA HISTERECTOMIA: La indicación reportada con mayor frecuencia fue atonía uterina en ambos grupos (52% de las subtotales y 51.2% de las totales) sin encontrar diferencia significativa para alguno de los grupos ($p>0.05$). El resto de indicaciones se mencionan en la tabla 4.

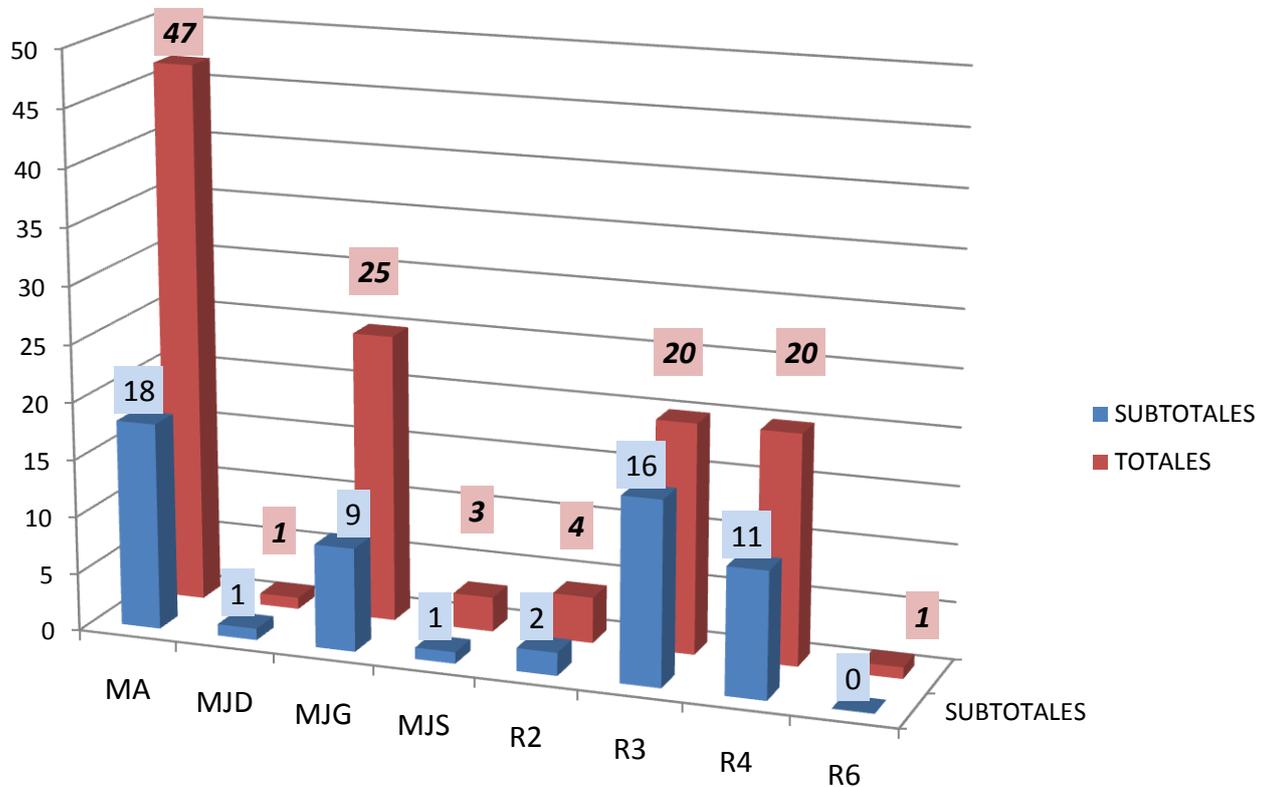
INDICACION DE LA HISTERECTOMIA	TÉCNICA QX		SUMA
	Subtotal	Total	
Atonía uterina	30	62	92
Acretismo placentario	25	53	78
Ruptura uterina	2	3	5
Otros	1	3	4
Total	58	121	179

Tabla 4. Indicaciones de las histerectomías obstétricas

CIRUJANO DE LA HISTERECTOMIA: Fueron realizadas en su mayoría por el médico adscrito (31% de las subtotales y 38% de las totales) siguiendo el R3 con un 28% para las subtotales y el MJG en segundo lugar de las totales con un 21%. En tercer lugar los R4 para ambas técnicas con un 19 y 17% para subtotales y totales respectivamente sin encontrar asociación significativa para alguna de las 2 técnicas con alguna jerarquía. El resto se detalla en el gráfico

9.

Gráfico 9. Cirujano quien realiza la histerectomía obstétrica por jerarquía



MA: Médico adscrito; MJD: Médico jefe de división; MJG: Médico jefe de guardia; MJS: Médico jefe de servicio; R2: Residente de segundo año; R3: Residente de tercer año, R4: Residente de cuarto año; R6: Residente de sexto año.

SANGRADO TRANSQUIRURGICO: La cantidad media de pérdidas hemáticas reportadas en el transquirúrgico fue de **5100 ml ± 1732 ml** para las subtotales y de **4170 ml ± 1820 ml** para el grupo de las totales con una $p=0.93$ por lo que carece de diferencias estadísticamente significativas.

- **COMPLICACIONES TRANSQUIRÚRGICAS:** Se reportaron en 40 de 58 pacientes en el grupo de las subtotales (70%) así como en 100 de 121 histerectomías totales (82.6%) obteniendo una $p<0.05$ (Estadísticamente significativa). El tipo de complicación más común en el grupo de las histerectomías subtotales y totales fue el choque

hipovolémico grado IV presentándose en el 24 y 38% respectivamente. El resto de complicaciones para cada grupo de estudio se mencionan en la tabla 5.

COMPLICACIÓN	TÉCNICA QUIRÚRGICA		PRUEBA EXACTA DE FISHER
	SUBTOTAL	TOTAL	
Choque hipovolémico grado I	4	5	NS
Choque hipovolémico grado II	11	21	NS
Choque hipovolémico grado III	12	25	NS
Choque hipovolémico grado IV	14	46	NS
Lesión ureteral	1	5	NS
Lesión vesical	2	4	NS
Lesión intestinal	0	1	NS
Lesión de anexos	0	2	NS
Tabla 5. Complicaciones transquirúrgicas			

NS: No estadísticamente significativo

- **TIEMPO QUIRÚRGICO:** Se encontró una media de 148 ± 39 minutos en los casos de histerectomías subtotaless y de 204 ± 78 minutos en las de histerectomía total (Diferencia de 56 minutos) sin embargo al realizar el análisis estadístico la comparación arrojó una $p= 0.43$ (Sin asociación estadísticamente significativa).
- **NECESIDAD DE PROCEDIMIENTOS ADICIONALES:** Se encontró necesidad de realizar ligadura de hipogástricas en 4 de las 121 histerectomías totales y en 1 de las 58 subtotaless, así mismo se realizó salpingooforectomía por sangrado persistente a partir de algún anexo en 1 de las histerectomías subtotaless y en 2 de las totales.

CARACTERISTICAS DEL POSTQUIRURGICO:

- **NECESIDAD DE TRANSFUSION:** Fue necesario transfundir a 48 de las 58 pacientes sometidas a histerectomía subtotal (83%) y a 94 de las 121 histerectomías totales (77%). Se encontró que las pacientes del primer grupo recibieron una media de 7.5 ± 3.2 concentrados eritrocitarios y 4.5 ± 3.08 plasmas. En el grupo de las histerectomías totales recibieron 6.8 ± 1.77 concentrados eritrocitarios y 4 ± 1.15 paquetes de plasma fresco congelado sin encontrar asociación significativa a excepción del grupo de plasmas con una $p = 0.04$ a favor de la hipótesis nula. (Tabla 6).

VARIABLE	TÉCNICA	MEDIA (Número de paquetes)	DESV. ESTÁNDAR	Pba exacta de Fisher
Concentrados eritrocitarios	Subtotal	7.50	3.271	0.08
	Total	6.85	1.772	(NS)
Plasmas	Subtotal	4.50	3.082	0.04
	Total	4.00	1.155	(NS)

Tabla 6. Número de paquetes transfundidos en las pacientes con histerectomía obstétrica.

NS: No significativo.

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS:

Se encontraron complicaciones postquirúrgicas en 13 de las 58 pacientes del grupo de histerectomía subtotal (22%) y en 37 de las 121 histerectomías totales (30%). Sin encontrarse significancia estadística para ninguno de los grupos con alguna complicación en especial. La principal en el grupo de las subtotales fue la presencia de fiebre mientras que en el grupo de las totales lo fue el íleo. El resto se detallan en los gráficos 10 y 11.

Complicaciones postquirúrgicas Histerectomías subtotales

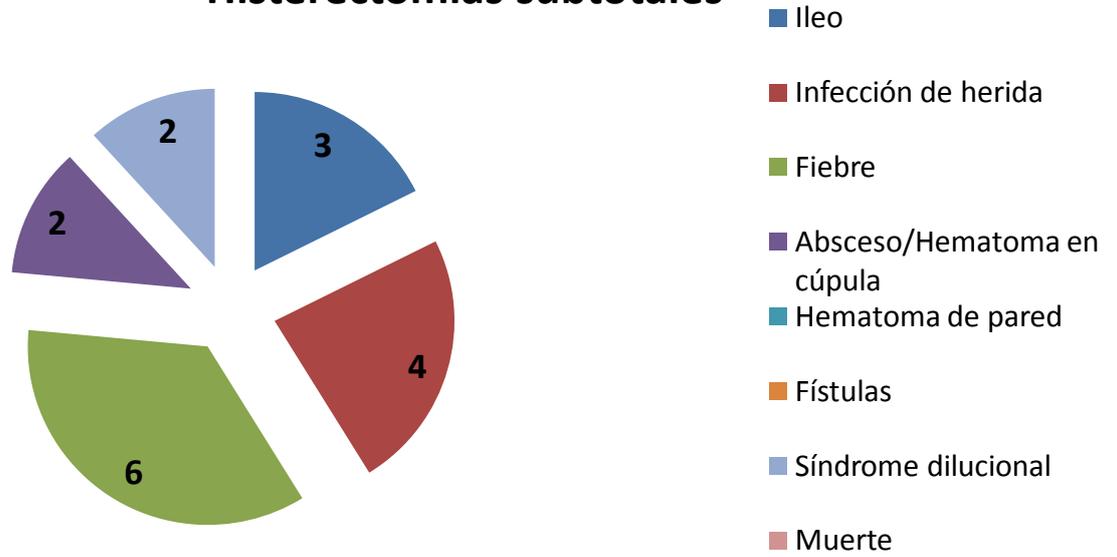


Gráfico 10. Número de casos con complicaciones postquirúrgicas en pacientes con histerectomías subtotales.

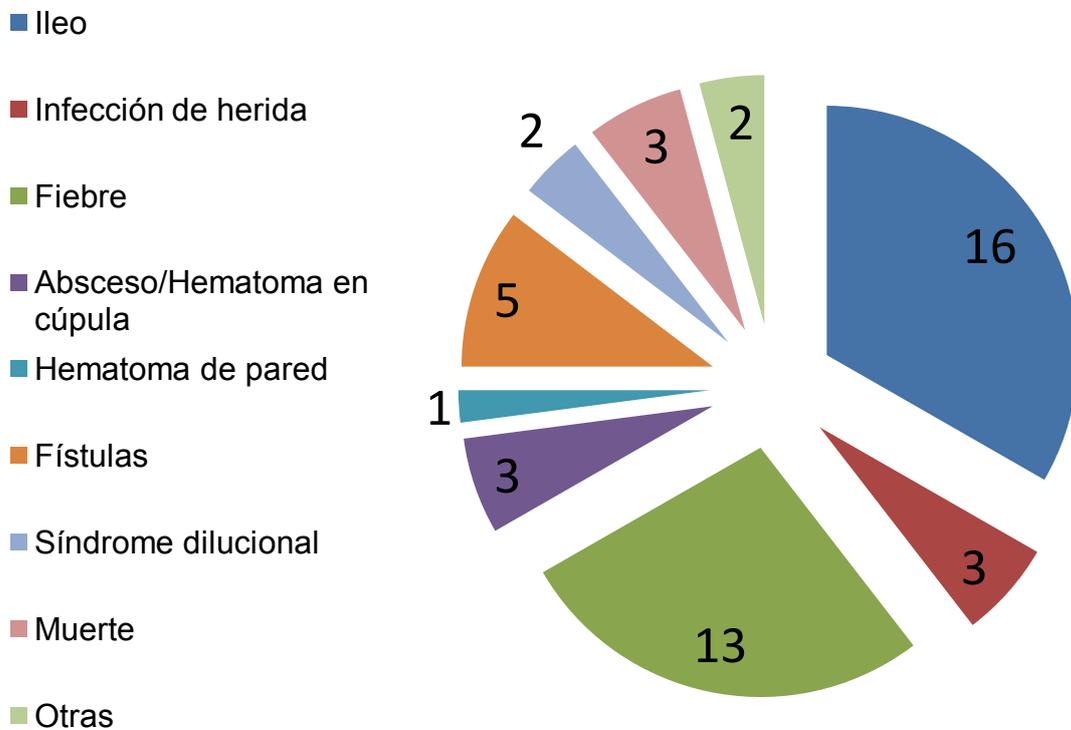


Gráfico 11. Número de casos con complicaciones postquirúrgicas en pacientes con histerectomías totales.

NECESIDAD DE REINTERVENCIÓN: Se sometió a reintervención al 13.7% de las hysterectomías subtotales y a 15.7% del grupo de las totales sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Se encontró que la laparotomía exploradora es la intervención quirúrgica más comúnmente realizada posthysterectomía encontrándose en el 8.6% de las hysterectomías subtotales y en el 9% de las totales.

Las principales cirugías que se realizaron se especifican por grupo en los gráficos 12 y 13.

REINTERVENCIONES EN HISTERECTOMIAS SUBTOTALES

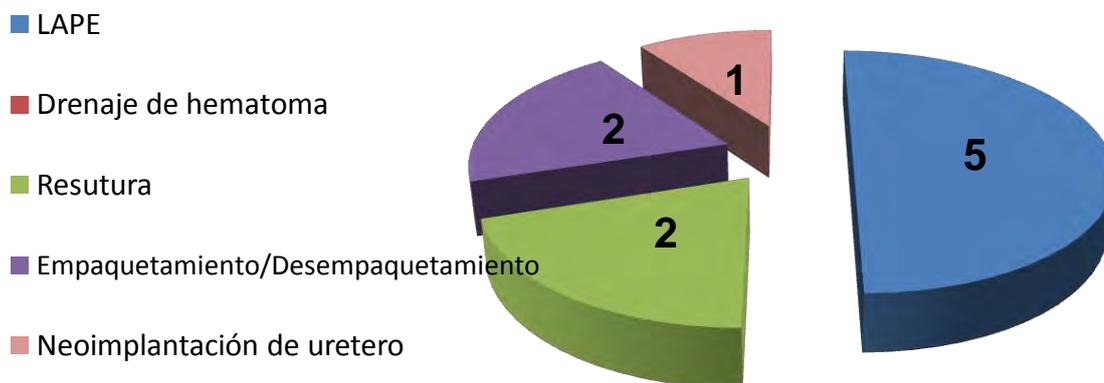


Gráfico 12. Número de casos de acuerdo al tipo de reintervención en las pacientes con hysterectomía subtotal.

REINTERVENCIONES EN H. TOTALES

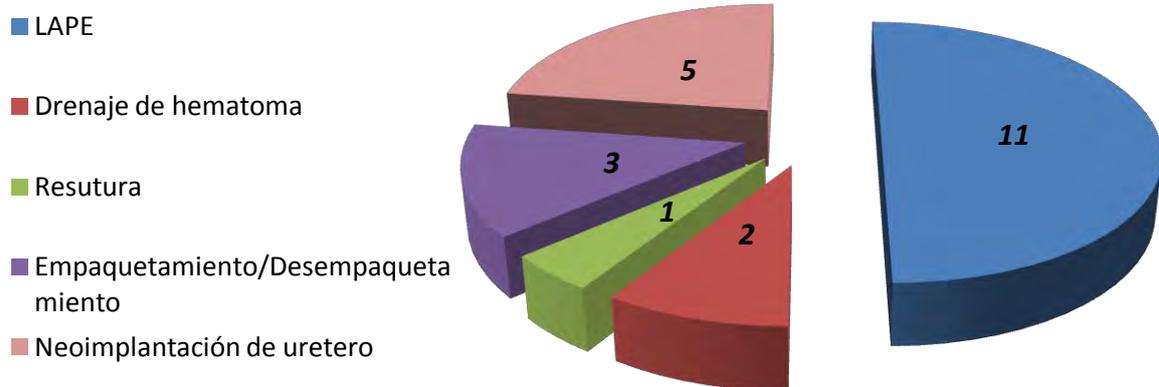


Gráfico 13. Número de casos de acuerdo al tipo de reintervención en las pacientes con histerectomía total.

DIAS DE ESTANCIA EN UCIA: La media de estancia para las pacientes de ambos grupos fue de 2.7 con desviaciones estándar de 3.9 días para el grupo de las subtotales y de 2.78 para el grupo de las totales.

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN: La media de estancia en hospitalización para las pacientes post histerectomía subtotal fue de 9.3 ± 11.2 días mientras que para el grupo de las totales fue de 9.8 ± 16.6 días.

SEGUIMIENTO POR OBSTETRICIA: Del grupo de histerectomías subtotales se encontró que solamente 6 de las 58 pacientes con histerectomía subtotal (10%) tuvieron alguna consulta de revisión postquirúrgica por obstetricia siendo bastante similar al grupo de las pacientes con histerectomía total (9%).

PAP: Se encontró que en el grupo de las histerectomías subtotales 44 pacientes tenían Papanicolaou normal, a 12 de ellas no se les tomó principalmente por ser pacientes que ingresaron por urgencias mientras que en 2 pacientes se reportó la presencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado siendo tratada una de ellas con vaporización con láser 2 meses posthisterectomía.

En el grupo de las histerectomías totales 106 tuvieron citologías normales, no se encontró ninguna anormal y 14 de ellas no tuvieron.

La histerectomía obstétrica es uno de los retos más importantes para el especialista en Ginecología y Obstetricia ya que es un procedimiento quirúrgico que continua impactando de forma significativa sobre la morbilidad y mortalidad materna lo que motiva la búsqueda continua de innovaciones para mejorar la técnica quirúrgica.

Para este estudio se revisaron 350 expedientes de los casos de histerectomía obstétrica registrados por el servicio de estadística INPer por hoja de morbilidad del 2001 al 2009 encontrándose finalmente 295 casos de histerectomías obstétricas entre las cuales se identificaron 60 casos de subtotaes excluyéndose 2 por sepsis de origen uterino. Los 58 casos restantes se parearon con 121 casos de histerectomía total las cuales se tomaron de forma intencionada de acuerdo a características clínicas para que fueran similares a las de los casos de subtotaes.

En la presente revisión se encontró que la mayoría de las pacientes fueron multíparas, con edad materna mayor de 35 años, con antecedente de 2 cirugías previas en promedio (especialmente cirugías uterinas) y con algún grado de obesidad lo cual es consistente con la mayoría de los estudios que reportan estos factores como de riesgo para atonía uterina que no responde a tratamiento médico ³.

Seguimos viendo las repercusiones del aumento en las tasas de cesárea reflejándose en un número más grande de casos con acretismo placentario el cual fue el principal factor predisponente de atonía uterina e indicación de histerectomía obstétrica encontrada en las pacientes de los 2 grupos de estudio por lo que el diagnóstico prenatal de invasión placentaria debe ser cada vez más intencionado sobre todo en las mujeres de alto riesgo y así mismo realizar las cesáreas en los casos realmente indicados ya que esta vía de resolución es la que se encontró en el 91 al 94% de las pacientes sometidas a histerectomía y que no varía mucho en comparación a la literatura mundial.

En este estudio la morbilidad en general de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica fue alta ya que el 83% de las pacientes sometidas a histerectomía total y el 70% de las subtotaes presentaron complicaciones transquirúrgicas. Este resultado, el cual responde a la pregunta principal del estudio resultó significativamente estadístico ($p=0.05$) a favor de las subtotaes.

Así mismo en cuanto a morbilidad el 22% de las subtotaes y el 30% de las totales presentaron complicaciones postquirúrgicas resultando no significativo por estadística pero sí clínicamente.

Como era de esperarse por las indicaciones de histerectomía incluidas el choque hipovolémico fue la principal complicación transquirúrgica llamando la atención que en su mayoría fue de clase IV.

Pese a lo que se pensó al inicio del estudio, en cuanto a complicaciones genitourinarias (Específicamente lesiones de vejiga y uréteres) e intestinales se encontró una incidencia muy baja de las mismas (1 lesión de uréter, 2 vesicales y 0 intestinales para las subtotaes) (5 lesiones de uréter, 4 vesicales y 1 de intestino para las totales) lo cual podría contribuir a que no se encontraran diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos de histerectomía. En esto entra un factor de sesgo muy importante a considerar en el estudio el cual es que de acuerdo a la tendencia actual, en la mayoría de las ocasiones se inicia la histerectomía pensando en realizarla con técnica total por lo que al intentar la disección cervical de inicio se pueden presentar el mismo tipo de lesiones y complicaciones que al realizar la técnica total. Esto mismo puede explicar la razón por la cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sangrado y tiempo quirúrgico ya que al intentar de inicio realizar la disección cervical se prolongan estos últimos por lo que a pesar de que en este estudio las diferencias no fueron estadísticamente significativas sí podría servir como base para un futuro estudio prospectivo en el cual al tener casos de atonía uterina se podría realizar desde un inicio una histerectomía subtotal pensando en tener un control más rápido de la hemorragia y en lesionar menos al tener mayores alteraciones en la anatomía al tratarse de una paciente embarazada y en

muchas ocasiones habiendo cursado con trabajo de parto, múltiples tactos y otros múltiples factores de riesgo para infección.

Este estudio intentó abarcar todas las histerectomías obstétricas realizadas en el instituto en los últimos 9 años sabiendo que para este tipo de estudios es necesario un tamaño de muestra grande ya que muchas de las complicaciones, como son las genitourinarias son infrecuentes. A pesar de esto el tamaño de muestra logrado en este periodo de tiempo resultó más pequeño de lo esperado.

Es de tomarse en cuenta que el punto de corte para considerar la histerectomía como una intervención para salvar la vida es aún subjetivo.

Existe una falta de guías estandarizadas para el uso de métodos conservadores antes de proceder con una histerectomía obstétrica lo cual hace que hayan existido pérdidas hemáticas mayores o menores así como complicaciones antes de proceder a una técnica u otra de histerectomía.

Así mismo, en la mayoría de los artículos revisados la habilidad y experiencia del cirujano no se especifican lo cual es un factor bastante importante que puede influir en los resultados.

Aunque la morbilidad materna no fue estadísticamente diferente como para demostrar la superioridad de la técnica subtotal sobre la total, los resultados adversos tendieron a ser menores con la técnica subtotal que con la total. Estas diferencias fueron clínicas pero no significativamente relevantes al igual que en el artículo de Knight³⁷ (2007) mientras que en el artículo del Lau (1997) sí se reportó haber encontrado complicaciones al doble con la técnica total vs la subtotal (25% vs 12.5%).³⁸

No se debe olvidar que aunque la histerectomía subtotal se ha asociado de acuerdo a la literatura con un riesgo menor de daño visceral, menos pérdidas sanguíneas, menor tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria, la técnica total es apropiada en los casos de sangrado excesivo del segmento más bajo o propiamente del cérvix y tiene indicaciones ineludibles en los cuales no sería adecuada la realización de la técnica de histerectomía subtotal la cual tiene las desventajas ya comentadas en el marco teórico.

Llamó la atención también en el estudio que solamente el 9 y 10% de las pacientes sometidas a histerectomía total y subtotal respectivamente tuvieron una consulta de revisión postquirúrgica por algún médico adscrito de obstetricia lo cual consideramos importante mencionar ya que 20% de las pacientes con histerectomía subtotal no contaban con Papanicolaou reciente al momento de la histerectomía y 2 de ellas tenían un resultado anormal por lo que conociendo el seguimiento que debe tener una paciente con este tipo de técnica y los sangrados cíclicos con los que puede cursar posteriormente consideramos sería apropiada una consulta postquirúrgica ya que a muchas pacientes no se les explica en el momento que el cérvix por la urgencia del procedimiento ha permanecido en su lugar, así mismo para toma de citología en las pacientes que no la tenían, aclarar dudas y orientar al respecto.

Otro estudio que no se ha realizado en nuestro instituto y que podría derivarse también de estas consultas postquirúrgicas serían las tasas de complicación del muñón cervical vs la cúpula de las histerectomías totales recopilando los resultados de citologías de estas pacientes y pudiendo así mismo aplicar cuestionarios estandarizados de calidad de vida en cuanto a función urinaria, intestinal y sexual a largo plazo como se ha estado realizando recientemente en estudios comparativos de histerectomías subtotales vs totales de pacientes ginecológicas¹ los cuales no han sido realizados en nuestro instituto y que a nivel mundial siguen en controversia.

En la actualidad muchos cirujanos afirman realizar exclusivamente la técnica de histerectomía total relegando la técnica subtotal argumentando que al realizar esta última la paciente continua con un factor de riesgo para cáncer cervicouterino sin embargo de acuerdo a la revisión de la literatura hemos encontrado que el riesgo para este es prácticamente el mismo que para cáncer de cúpula vaginal lo cual al comentar con muchos de los médicos del instituto arrojó un interesante al comentarnos que dicha incidencia era desconocida para ellos.

El presente estudio no demostró diferencias estadísticamente significativas para considerar superior la técnica subtotal sin embargo sí tuvo una tendencia clínica hacia presentar menores complicaciones transquirúrgicas tomando en

cuenta los factores de sesgo ya comentados en el estudio por lo que se considera que la elección de la técnica quirúrgica debe individualizarse de acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos y quirúrgicos de la paciente, su estado hemodinámico y la situación de urgencia, así mismo del profesional que vaya a realizar el procedimiento y de su habilidad quirúrgica.

La mayoría de los obstetras recomiendan extirpar el cérvix siempre que las condiciones hemodinámicas de la paciente lo permitan, debido a que de acuerdo a la literatura mundial este paso prolonga el tiempo quirúrgico de 10 a 15 minutos.³⁹

Podemos sostener entonces, con toda la información y evidencia que hoy tenemos acumulada, que la cirugía de menor invasión y más conservadora trae consigo menos problemas o complicaciones posteriores. Teniendo presente lo anterior, debemos considerar la histerectomía supracervical en pacientes obstétricas como una técnica adecuada en caso de no contar con alguna contraindicación especial.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

El principal objetivo de la histerectomía obstétrica es preservar la vida de la paciente por lo que a pesar de ser una cirugía técnicamente compleja, mutilante y privativa de la fertilidad, ante el esfuerzo de cohibir una hemorragia que pone en peligro la vida, será vista como un acto heroico siempre y cuando su realización sea bajo indicaciones precisas y no condicione un incremento en la morbilidad de la paciente, por lo que debemos continuar en la búsqueda del perfeccionamiento de la técnica.

Al igual que la mayoría de la literatura revisada, este estudio no demostró diferencias estadísticamente significativas para considerar superior la técnica subtotal; sin embargo, existió tendencia clínica hacia presentar menores complicaciones transquirúrgicas a pesar de factores de sesgo como son el intentar de inicio la disección cervical en la mayoría de las ocasiones de acuerdo a la tendencia actual de realizarlas totales por lo que se considera que la elección de la técnica quirúrgica debe individualizarse de acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos y quirúrgicos de la paciente, su estado hemodinámico y la situación de urgencia, así mismo del profesional que vaya a realizar el procedimiento y de su habilidad quirúrgica.

La mayoría de los cirujanos, tanto en el INPerIER como en otras instituciones desconocen la incidencia tan baja de complicaciones del muñón cervical e insisten en realizar la técnica total teniendo como argumento principal el hecho de dejar el cérvix como un factor de riesgo para CaCu.

Se encontró que la mayoría de las pacientes con histerectomía obstétrica no tienen ni siquiera una consulta postquirúrgica de seguimiento la cual se considera importante sobre todo en el caso de las subtotales ya que a muchas pacientes no se les explica en el momento que el cérvix por la urgencia del procedimiento ha permanecido en su lugar, por lo que se les debe orientar acerca del seguimiento, la posibilidad de sangrado cíclico durante el primer año y de preferencia tomar citología en aquellas que no contaban con la misma.

Al ser técnicamente más fácil, la histerectomía subtotal sobre todo en los casos de atonía uterina podría lograr un control más rápido de la hemorragia y resultar por lo tanto en menor morbimortalidad.

Además excluye la parte en la cual se tiene mayor probabilidad de lesionar el tracto urinario, sobre todo por los cambios gravídicos que se presentan en la anatomía pélvica por lo que en lugar de encasillar a quien la realiza como un cirujano poco hábil, ésta técnica se considera adecuada en caso de no contar con alguna contraindicación especial.

Sería interesante realizar estudios prospectivos para evaluar la morbilidad sobre todo en cuanto a sangrado, lesiones del tracto urinario, tiempo quirúrgico e incidencia de infecciones decidiendo de inicio realizar una técnica subtotal en pacientes con histerectomía obstétrica por atonía uterina.

CAPITULO 6: ANEXOS: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MORBILIDAD ASOCIADA A LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA. ¿TOTAL O SUBTOTAL?

NOMBRE		EXPED				
EDAD						
G	P	A	C	E	M	O
MOTIVO INGRESO INPer						
	EMR		OTRO			
	ITERAT					
	DIABET					
	HASC					
NUM QX PREVIAS						

PA UTQ						
	TDP		PROGRAM			
	DIAB GEST		EIHE			

PREDISP ATONIA						
	OXITOCINA	MISOPROST	DPPNI	MIOMATOSI	SOBREDIST	

CESAREA						
	INDICACION					
	CIRUJANO		ADHERENC			
	1ER AYUD					
	ADHERENC					
	PROFILAXIS					
	TIPO ANTIB		OTROS			

PARTO			
	DISTOCIA	SI	NO

FORCEPS			
	DISTOCIA	SI	NO

LUI			
	INDICACION	COMPLIC	
CERCLAJE	TIPO		

HISTERECT			
	TOTAL	SUBTOTAL	
	INDICACION		
	SANGRADO	CIRUJ	
		1ER AYUD	

COMPLIC TRANSQX

G. CHOQUE HIPOV		I	II	III	IV
LESION URETERAL					T. QX
VESICAL					PESO
INTESTINAL					TALLA
ANEXOS					DIAS UCIA
OTROS					HOSP

ANTIBIOT

--

TRANSFUS

GLOBULAR	
PFC	
OTRO	

NECESIDAD REINTERV

NUM	
TIPO	
HALLAZGOS	
COMPLIC	

POSTQX

ILEO	
INFECCHERIDA	
FIEBRE	
SEPSIS	
ASISTOLIA	
ABSC/HEMATOMA CUPULA	
OTRAS	

SEGUIM

	NO	SI	IMC	
TIPO			OBESIDAD	SI
NUM				NO

PAP	
	NORMAL

ANORMAL

CAPITULO 7

CURRICULUM VITAE DEL TESISISTA

DATOS PERSONALES

Nombre completo: Jana Angelina López Félix

Fecha de nacimiento: 16 de agosto de 1981

Lugar de nacimiento: Guamúchil, Salvador Alvarado, Sinaloa.

Email: janalopezfelix@hotmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA RELEVANTE

1999-2004 Licenciatura en Medicina – Universidad Autónoma de Sinaloa.

2004-2005 Internado de pregrado- HGR #1 IMSS (Culiacán Sinaloa)

2005-2006 Servicio Social- Consulta externa, medicina preventiva y urgencias.

Unidad de Medicina Familiar #10. Navolato, Sinaloa.

OTROS CURSOS Y EXPERIENCIA:

2003 Centro Universitario de Ciencias de la Salud (Guadalajara, Jal.)

Verano Científico- Cirrosis hepática y alcoholismo en jóvenes

2000- Instructora de Cubículo de Propedéutica (Facultad de Medicina UAS)

2004

(Profesora adjunta en el curso a alumnos de segundo año).

2000- Instructora de Laboratorio de Histo-Embriología (Facultad de

2004

Medicina UAS (Profesora adjunta al curso para alumnos de primer año de la carrera).

LENGUA EXTRANJERA:

- Nivel medio- alto. Título de la Escuela Oficial de INGLÉS Idiomas. Universidad autónoma de Sinaloa. 2002-2003

ACTUALMENTE:

- Se encuentra cursando el 4to año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” avalado por la UNAM.
- Profesora adjunta al curso de Obstetricia para los médicos residentes de primer año del INPerIER.
- Médico jefe de guardia del instituto.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Thakar R, Ayers S, Clarkson P, et al. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med*, 2002; 17:1318-1325.
- ² Gabbe S, 2003. *Obstetricia: Embarazo normal y complicado*. 1ª Ed, Marbán, p 521-536
- ³ Rossi C, Lee R, Chmait H. Emergency Postpartum Hysterectomy for Uncontrolled Postpartum Bleeding. *ACOG* 2010;3:637-644
- 4 Gonzalez B, Indicaciones actuales de la histerectomía subtotal. *Gin Obst Clin* 2004;5:82-86.
- 5 Rock JA, Jones HW. *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. Buenos Aires. Medica Panamericana. 9ª Ed. 2006. 865-67.
- 6 Briceño C, Briceño L, García S, et al. Histerectomía Obstétrica: Análisis de 15 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69:38-96.
- 7 Hirsch H.A, Kaser O, 2003. *Atlas de cirugía ginecológica*. 5ta ed. Marban, edit. pp 165-176.
- 8 Nichols DH: *Gynecology and Obstetric Surgery*, St. Louis, Mosby, 1993, 1:1130.
- 9 Reveles J, Villegas G, Hernández S, et al. Histerectomía obstétrica: Incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76:156-60.
- 10 Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG*. 2006;108:1486-92
- 11 Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:409-12.
- 12 Stanco M, Paul H, Mishell R. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;168:879-83
- 13 Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex*. 2002;70:289-94.
- 14 Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. *ACOG*. 2003;102:141-5.

-
- 15 Orestes R, Estrada V, Sotolongo A, et al. Rev Cub Obst Gin 2009;35: 135-147.
- 16 Gilstrap L, Cunningham G, VanDorsten P. 2004. Urgencias en sala de partos y obstetricia quirúrgica, 2da Ed. Panamericana, 275-291.
- 17 Solá D, Ricci P, Pardo J, et al. Histerectomía: Una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol 2006;71:364-372
- 18 Esdaile BA, Chalian RA, Del Priore G, Smith JR. The role of supracervical hysterectomy in benign disease of the uterus. J Obstet Gynaecol 2006;26:52-58.
- 19 Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:141-145.
- 20 Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. Obstet Gynecol 2005;105:1309-1318.
- 21 Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2005;19:403-418.
- 22 Flory N, Bissonnette F, Amsel RT. The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy:A randomized controlled trial. J Sex Med 2006;3:483-491.
- 23 Kilkku P, Gronroos M, Hirvonen T. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy. Effects on libido and orgasm. Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:147-152.
- 24 Parker WH. Total laparoscopic hysterectomy and laparoscopic supracervical hysterectomy. Obstet Gynecol Clin North Am 2004;31:523-537.
- 25 Richards SR, Simpkins S. Laparoscopic supracervical hysterectomy versus laparoscopic assisted vaginal hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995;2:431-435.
- 26 Schwartz RO. Complications of laparoscopic hysterectomy. Obstet Gynecol 1993;81:1022-1024.
- 27 Ou CS, Joki J, Wells K. Total laparoscopic hysterectomy using multifunction grasping, coagulating, and cutting forceps. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2004;14:67-71.

28 Ercoli A, Fagotti A, Malzoni M. Radiofrequency bipolar coagulation for radical hysterectomy: technique, feasibility and complications. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13:187-191.

²⁹ Caro J, Bustos L, Ríos A. Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:313-319.

³⁰ Normas y procedimientos de Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes 2003; 216-217.

31 Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2003;268:131-5

32 Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99:971-975.

33 Selo-Ojeme DO, Bhattacharjee P, Izuwa-Njoku NF, Kadir RA. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:154-159.

34 Ozden S, Yildirim G, Basaran T, Gurbuz B, Dayicioglu V. Analysis of 59 cases of emergent peripartum hysterectomies during a 13-year period. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271: 363-367.

35 Rahman J, Al-Ali M, Qutub HO, Al-Suleiman SS, Al-Jama FE, Rahman MS. Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25-year review. *J Obstet Gynaecol* 2008;28: 69-72

36 Stanco LM, Schrimmer DB, Paul RH, Mishell DR Jr. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:879-883.

37 Knight M. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. *BJOG* 2007;114:1380-1387.

38 Lau WC, Fung HY, Rogers MS. Ten years experience of caesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:133-137.

³⁹ Murta E, Cameiro J, De Freitas M. Total hysterectomy versus subtotal hysterectomy: Which procedure should be performed during the pregnant-puerperal period? *Rev Paul Med* 1993; 111:354-358.