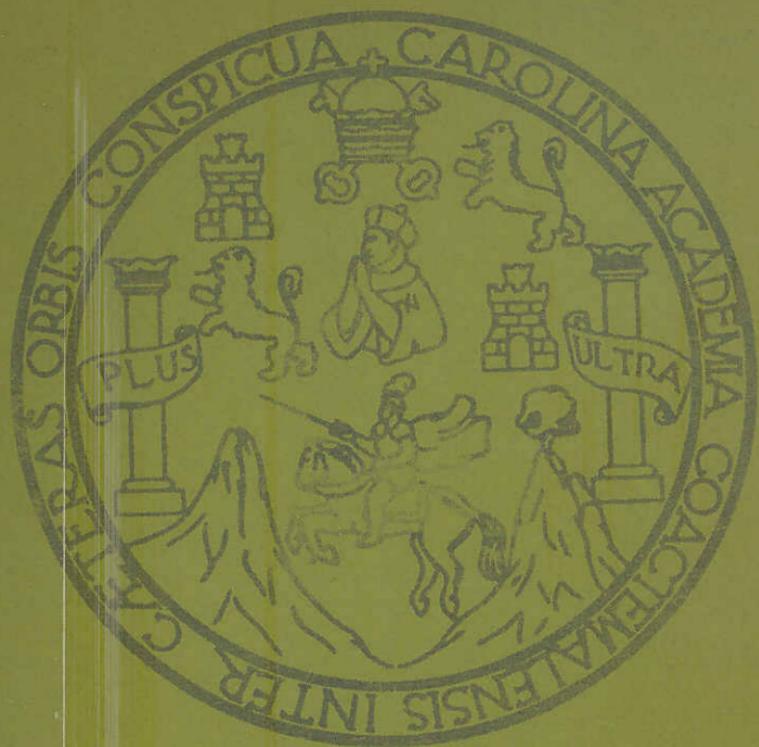


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



OPERACION DE HISTERECTOMIA EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, QUEZALTENANGO  
(Revisión del año 1973-75).

DAVID ESTUARDO RAMIREZ RUANO

## CONTENIDO

### I PARTE

- a) INTRODUCCION
- b) NOTAS HISTORICAS
- c) TIPOS DE HISTERECTOMIAS
- d) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- e) TECNICAS OPERATORIAS

### II PARTE

- a) OBJETIVOS
- b) MATERIAL Y METODOS
- c) CUADROS Y RESULTADOS
- d) CONCLUSIONES
- e) RECOMENDACIONES
- f) BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado en el Hospital General de Occidente, Quezaltenango, tomando en cuenta que es el departamento que sigue a la capital de Guatemala, en el sentido que goza con los tecnicismos adquiridos por los servicios de salud y que es demostrado, ya que la historia nos indica que esta operación se viene efectuando desde el Siglo pasado, y además siendo este Hospital en donde me inicié en el aprendizaje de el vasto conocimiento de las Ciencias Médicas. Se utilizó el departamento de Archivo y Estadística del mencionado centro, encontrando que solo se tenía archivado el trabajo desde el año de 1973, por lo que se toman 101 caso correspondientes a el período 1973-75. Se efectúa un análisis de los diferentes aspectos que conllevan este tipo de intervenciones, ya que a través de la historia nos damos cuenta del hecho que es esta operación una de las más vulnerables a la crítica ya que en un gran número de casos se efectúa sin una indicación necesaria según lo demuestra al comparar los resultados histopatológicos.

Se revisa en este trabajo las diferentes técnicas con las cuales se efectúa la operación, sin entrar a considerar las diferentes modificaciones por cada cirujano en particular.

## NOTAS HISTORICAS

Investigando en nuestros libros de Historia de la medicina en Guatemala, encontramos que la operación de Histerectomía -- fue efectuada en Quezaltenango por primera vez a finales del siglo XIX exactamente en el año de 1894 el 17 de Mayo por -- el Dr. Don Juan Ignacio Toledo, a la señora María Antonieta -- Tax, originaria de Totonicapán, con el Dx. preoperatorio de Fi bromiomatosis Uterina, lo que causaba a la paciente retención urinaria aguda que fue su motivo de consulta. Estrenando en -- esa ocasión el equipo quirúrgico-ginecológico de la casa Co -- llin, traído de París. Se utilizó como anestésico el cloroformo, y la vía de abordaje fue la abdominal, obteniendo éxito en la operación y evolución postoperatoria.

En el correr de los tiempos se han venido añadiendo observaciones y modificaciones que logran mejoramiento de las técnicas -- quirúrgicas y por ende un mejor resultado y pronóstico en este -- tipo de operación. Langenbeck en el año de 1813, fue el pri -- mer cirujano que efectuó la Histerectomía por vía vaginal.

Recamier en el año de 1829, anotó la necesidad de controlar -- la hemorragia de los vasos uterinos.

En el año de 1850-85, estos tipos de operaciones eran practicadas exclusivamente por cirujanos muy hábiles, y sus indicaciones precisas eran las de carcinoma de el cérvix y prolapso uterino.

En los años de 1889 Stimson de New York, USA, dió seguridad a la Histerectomía, ligando las arterias ováricas y uterinas antes de movilizar el útero, siendo hasta esa fecha, el adelanto -- más valioso de dicho procedimiento.

En 1900 se popularizó la técnica, teniendo unos resultados de mortalidad excelentes (5%). En la década de 1960-70 en numerosas -- revisiones, internacionales citan índices de mortalidad de 0.1% y de 10 a 40% de morbilidad. Series de 10,000 Histerectomías con -- 16 muertes con mayor frecuencia en mujeres mayores de 45 años.

## TIPOS DE HISTERECTOMIA

Le llamamos Histerectomía total a la cual durante el acto operatorio se reseca el útero y el cuello del mismo, y le llamamos sub-total a la cual no se le reseca el cuello y una variable - - cantidad de el cervix supravaginal.

En la variedad sub-total, a pesar de que implica menos riesgos y más fácil de efectuar, el hecho de que no se puede infectar - la cavidad pélvica por una vagina séptica el menor peligro de lesionar los uréteres, recto, vejiga. En el pasado fue apoyada - por los cirujanos, en lugar de la variedad total.

Pero las recopilaciones estadísticas se inclinan a favor de la variedad total obteniendo con seguridad menos trastornos post - - operatorios.

Citamos algunas desventajas de la variedad sub-total tales como no permitir un adecuado drenaje de la cavidad permitiendo la colección de hematomas, el riesgo del carcinoma del muñón el cual es más frecuente y maligno en los casos en que con anterioridad se ha efectuado Histerectomía sub-total.

En la actualidad es raramente practicada con excepción en los casos que sea requerida como en el caso de que el cirujano se encuentre con adherencias densas y obliterantes en el fondo de la cavidad pélvica.

## HISTERECTOMIA VAGINAL

Es casi siempre total y se pueden extirpar las trompas y los ovarios, si está indicado; si se encuentra un útero de un tamaño menor o un embarazo de menos de 11 semanas es generalmente sencilla para el experto.

La ventaja sobre la vía abdominal radica en que es más segura - y lleva índice de mortalidad muy bajo, sin embargo, no es una - diferencia considerada significativa y de menos riesgos de complicaciones intrapélvicas posteriores.

Se considera que está en desventaja cuando se encuentran adherencias pélvicas causadas por endometriosis, inflamación pélvica, cirugía previa.

Algunos autores consideran la vía vaginal preferiblemente que - la abdominal mientras no existan razones como las mencionadas - anteriormente.

## HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Este tipo abarca los dos casos, total o sub-total.

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La operación es relativamente fácil de efectuar bajo manos expertas y es más fácil cuando es menos necesaria. Es bien sabido que a considerable número de mujeres se les hace creer que todos sus problemas se originan en estos órganos pélvicos y que se curarán al "extirparles todo", pero no es esta una posición aceptable.

Aún a una mujer que no desea tener más hijos, el útero no es un órgano que pueda desecharse a la ligera.

La indicación para esta operación en cualquier caso, debe por consiguiente estar claramente definida y solo para aquellos casos para los cuales no es probable que un tratamiento conservador sea eficaz.

### Indicaciones:

Metrorragias  
Carcinoma del cuello  
Tumores uterinos  
Prolapso Uterino  
Pólipos

En la variedad vaginal no existen principios sino que son decisivas las peculiaridades anatómicas, funcionales e individuales en cada caso, y se pueden establecer normas que dependen de lo expuesto.

Ante el deseo de conservar la fertilidad es preferible no operar.

En prolapsos totales es muy raro que se quiera seguir procreando.

Cuando se renuncia a tener más hijos o bien en mujeres estériles.

En una renuncia explícita a la capacidad para cohabitar se dan las mejores condiciones previas toda vez que con la plastia que sigue a la extirpación del útero vaginal hay que estrechar mucho la vagina o eliminarla.

## TECNICAS OPERATORIAS

### Histerectomía total abdominal:

La incisión utilizada varía de acuerdo al criterio de cada cirujano, pudiéndose utilizar una incisión paramediana que es la que describimos a continuación, mediana inferior, transversa - de Pfannestiel.

Utilizando una incisión paramediana izquierda y en ella las incisiones superficiales perpendiculares que facilitarán su cierre. Los vasos cortados en la capa del músculo recto se ocluyen con puntos de seda 000.

Se prefiere esta técnica al empleo de pinzas y ligaduras porque es menor traumática y aprovecha los caracteres hemostáticos propios del tejido muscular.

Se toman con 2 pinzas los vasos epigástricos profundos, se cortan y ligan con seda delgada 000. Se corta con bisturí el peritoneo parietal anterior, tomado con pinzas.

Los bordes del peritoneo se toman con pinzas, y se coloca en la cavidad peritoneal una compresa protectora de gasa húmeda. Se extiende el orificio del peritoneo hacia abajo con tijeras y hacia arriba con bisturí. Esta maniobra facilita el descubrimiento de la cavidad abdominal con cambios mínimos en la posición del cirujano que se encuentra en el lado izquierdo de la mesa de operaciones.

Se coloca a la paciente en posición de trendelenburg, y después de empujar hacia arriba el intestino delgado con la palma de la mano izquierda se le cubre con compresas húmedas. Se aplican pinzas de Kocher a los ángulos tubáricos de la matriz y se mantiene tracción ascendente para hacer tensión de los ligamentos redondos. Se liga el ligamento redondo derecho

con seda 000, se aplica una pinza en sentido proximal y se corta el ligamento redondo con tijeras entre la pinza y la ligadura, se hace lo mismo con el lado opuesto. Se agrandan los orificios laterales entre las hojas del ligamento ancho hacia la vejiga con disección con tijeras antes de elevar el pliegue peritoneal de la vejiga con disección digital. En esta maniobra es mejor emplear los dedos, tiempo inicial de importancia en la operación. El pliegue peritoneal de la vejiga despegado se corta con tijeras y con disección roma con un apósito de gasa montado en pinzas se despega la vejiga del cuello uterino. Se identifica y se despega el ligamento infundibulopélvico en primer término con disección digital y roma y se toma con tres pinzas. Se corta el ligamento entre las dos pinzas distales y se ocluye el muñón proximal con ligadura y punto por transfixión de seda 00 y 000 respectivamente. Si se piensa conservar las trompas y los ovarios se hace un orificio en el ligamento ancho por abajo de la trompa y el ligamento utero-ovárico, por disección combinada, roma (digital) y cortante con (Bisturí). Se toman con tres pinzas y se cortan el ligamento útero-ovárico y las trompas y se ligan en la misma forma descrita para el ligamento infundibulopélvico. Se disecciona el ligamento ancho por el borde uterino posterior de cada lado hasta los ligamentos uterosacros, se disecan las arterias uterinas y se ligan con puntos de transfixión siguiendo las reglas básicas de cirugía vascular en relación con la ligadura de vasos sanguíneos. No aconsejan el método ciego, aunque éste sea más rápido pues es más fácil que ocurra deslizamiento de la ligadura hemostática. Ligándola con seda 00. De nuevo se lleva el útero hacia adelante y se liga cada ligamento uterosacro con seda 00 para cortarlo cerca de la ligadura. Después se corta el peritoneo que cubre la cúpula vaginal en sentido posterior. Se lleva el útero a la derecha ya despegado y puede verse la arteria vaginal izquierda despegada y su relación con el muñón de la arteria uterina izquierda, ligando sus muñones. Se colocan puntos de tracción de seda 000 a cada lado de la cúpula vaginal y se abre la vagina con una herida de transfixión con bisturí y se prolonga la incisión

con tijeras y después de tomar el cuello con pinzas tenáculo, se corta con tijeras la pared vaginal en sentido posterior. Se procede a colocar un punto angular que fija el muñón distal del ligamento redondo y la pared vaginal, de cada lado, luego se juntan los bordes de las paredes anterior y posterior de la vagina con una sutura continua entrelazada de catgut crómico 0 ó de seda 00. Se unen los bordes del peritoneo parietal posterior con sutura continua de catgut 00 (crómico). La sutura se inicia a la derecha hacia arriba del muñón del ligamento infundibulopélvico y termina a la izquierda de la línea media por delante.

En la unión por delante, se colocan tres puntos en el repliegue del peritoneo de la vejiga por cada punto que se coloque en el peritoneo de la vejiga por cada punto que se coloque en el peritoneo por atrás para replegar el tejido sobrante. En el lado izquierdo se inicia la segunda sutura peritoneal con catgut crómico 00 junto al muñón de el ligamento infundibulopélvico izquierdo y se continúa hacia abajo hasta encontrar a la sutura opuesta por delante en la línea media, en donde se anudarán. En seguida se retirarán y se contarán instrumentos y paños. Se procede a efectuar el cierre de la cavidad abdominal por planos.

#### Histerectomía por vía vaginal:

La operación cursa como sigue: Se efectúa una incisión en la pared vaginal anterior, disección de los colgajos vaginales, disección de la vejiga del cuello uterino. Circuncisión del hocico de Tenca, abertura del fondo de saco de Douglas, comprobación de su extensión y profundidad (con la maniobra indicada por Ward), introduciendo el índice en el fondo de saco de Douglas para mostrar el punto más profundo. Ligadura de los ligamentos sacrouterinos y del parametrio, así como de los vasos uterinos con una ligadura de Deschamps para cada paquete y sección de los mismos, se emplean pinzas curvas y

se dejan los hilos largos, Catgut crómico 0. Las arterias uterinas se ligan por 2a. vez en su segmento proximal y se cortan inmediatamente las ligaduras de seguridad. Apertura de los repliegues vesicouterinos, inversión del fondo uterino. Se cogen los anexos con pinzas ováricas y se practica ligadura doble de los ligamentos suspensorios del ovario por medio de la aguja de Deschamps. Se secciona la ligadura proximal, la distal sirve de fiador. En las mujeres jóvenes se conserva un ovario en las ancianas se extirpan los anexos.

Unión del peritoneo con la pared vaginal en la región de los ligamentos uterosacros y del paquete vascular uterino cuyas ligaduras se seccionan. La tracción de los cabos de sutura que se han dejado largos facilitan la peritonización alta, comienza con la sutura del ángulo izquierdo, incisión del peritoneo vesical, presión de los ligamentos redondos del útero, de los ligamentos suspensores del ovario y del peritoneo de Douglas tan alto como sea necesario; anudar la media sutura en bolsa de tabaco. Repetición del mismo acto en el lado derecho en sucesión inversa. Ulterior cierre de la cavidad abdominal mediante sutura de vejiga y recto o del sigma por medio de puntos aislados a la correspondiente altura. Sección de un colgajo triangular o rectangular de la bóveda vaginal posterior, con la base dirigida hacia la herida de circuncisión según la anchura del fondo de saco de Douglas y relajación del fórnix. Una resección del peritoneo de Douglas, que algunos practican, no se realiza y con ello se evita una herida innecesaria. Hemostasia y sutura media del defecto.

En este estado se tienen que disecar ampliamente hacia los lados los colgajos vaginales en el extremo proximal de la incisión media anterior llegando a la superficie lateral de las pilas vesicales que irradian hacia los ligamentos cardinales y que se unen entre sí por medio de unos puntos de aproximación amplios con lo cual prosigue la operación su curso. El extremo vaginal permanece abierto. Esta operación señala tres peculiaridades:

La peritonización alta, el fruncimiento de la bóveda posterior y la unión de las porciones de los pilares vesicales que irradian hacia los ligamentos cardinales.

## OBJETIVOS

- 1.- Determinar la relación existente entre la indicación de histerectomía y los resultados histopatológicos.
- 2.- Determinar las causas que determinaron clínicamente - la indicación de Histerectomía.
- 3.- Señalar las entidades clínicas más frecuentes.
- 4.- Determinar cuál fue el tipo de histerectomía utilizado con mayor frecuencia.
- 5.- Promedio de edad encontrada en el estudio.
- 6.- Determinar el grupo etario de las pacientes.
- 7.- Determinar las complicaciones postoperatorias y causas de mortalidad postoperatoria.
- 8.- Días de hospitalización como promedio.
- 9.- Obtener los promedios de morbimortalidad del estudio.
- 10.- Frecuencia de multiparidad en las pacientes.
- 11.- Estado Civil.
- 12.- Clase de anestésico utilizado en los casos.
- 13.- Estudiar la calidad del manejo de las papeletas del paciente durante el tiempo estudiado.

## MATERIAL Y METODOS

### Recursos Humanos:

Dr. Marco Antonio Chávez G.  
Dr. Heberto Rocael De León Ochoa  
Dr. Alvarado Lima.  
Br. David Estuardo Ramírez Ruano  
Personal del Departamento de Estadística del Hospital General de Occidente de Quezaltenango.

### Recursos Materiales:

Departamento de Estadística del Hospital General de Occidente de Quezaltenango.

Las papeletas de los 101 casos estudiados comprendidos entre el año 1973-75.

Sala de Ginecología del mencionado Hospital General.

Sala de Operaciones y equipo quirúrgico ginecológico de la misma.

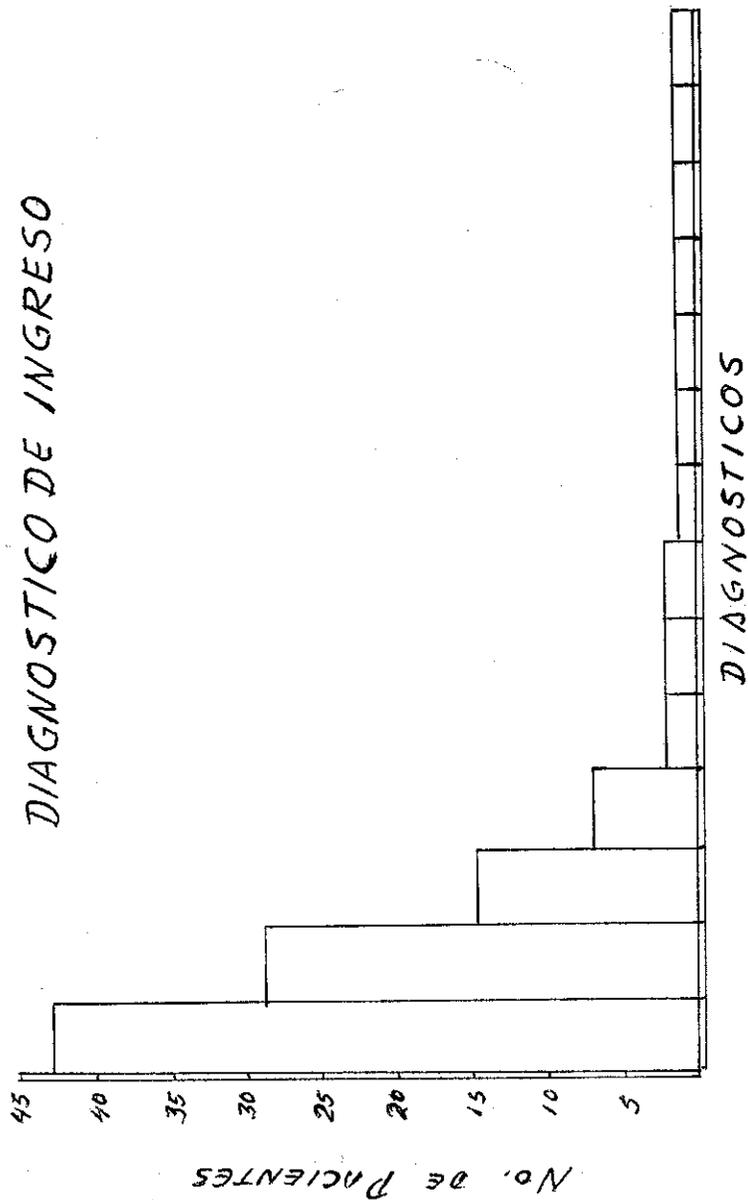
Cuadros de tabulación inicial, cuadros finales y demás material de escritorio.

Bibliotecas de los siguientes Centros a mencionar:

Hospital General del IGSS  
Hospital General de Occidente de Quezaltenango  
Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.  
Biblioteca de las oficinas centrales del IGSS

### CUADRO No. 1

Diagnóstico de Ingreso	Pacientes	
	No.	%
Prolapso Genital	42	42
Fibromatosis Uterina	27	27
Metropatía Hemorrágica	13	12
Pólipo Endocervical	6	6
Cervicitis Crónica	2	2
Quiste retorcido del ovario	2	2
Ruptura Uterina (1)	2	1
Aborto Incompleto (2)	1	1
Leucorrea	1	1
Cáncer Uterino	1	1
Desproporción cefalopélvica con sufrimiento fetal (3)	1	1
Hiperplasia Endometrial	1	1
Embarazo a término en transversa y prociencia de miembro (4)	1	1
Displasia severa del cuello uterino (5)	1	1
TOTAL	101	100

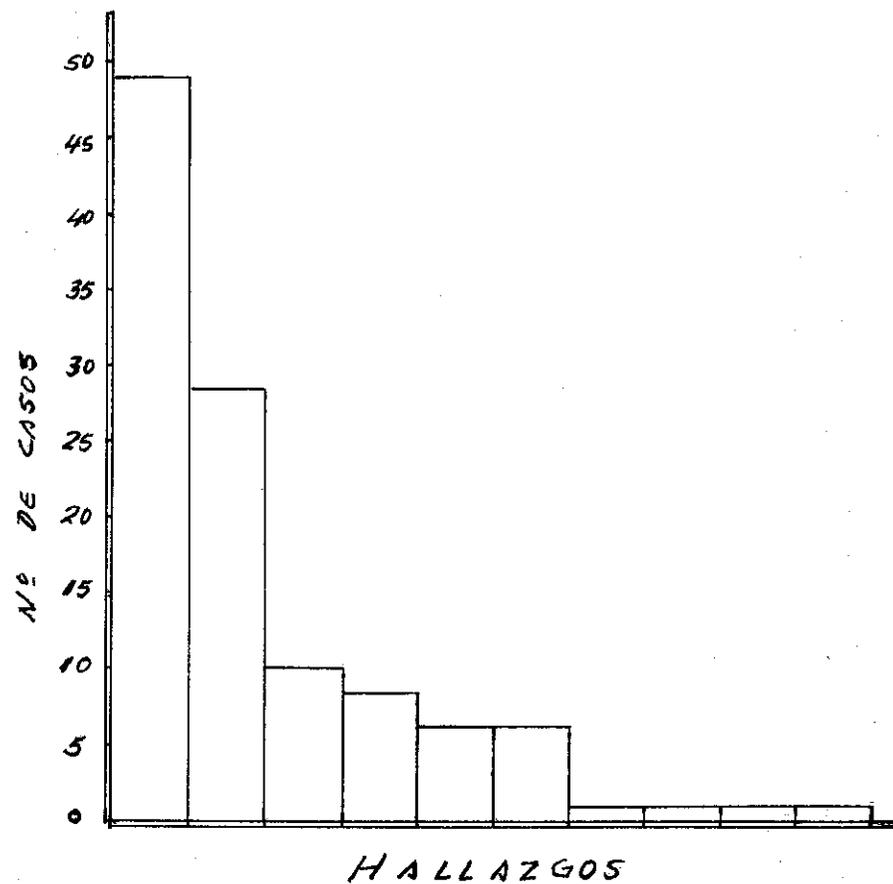


- (1) Ruptura uterina (Rasgadura longitudinal en la cara anterior del útero).
- (2) Pólipo endocervical, que el informe histológico reportó un aborto frustrado, placenta protrulle por el cervix, hidrosalpinx, salpingitis aguda, fenómeno de Arias-Stella.
- (3) Multiparidad, parto distósico simple.
- (4) Ruptura uterina secundaria a gran versión y extracción, con procidencia de miembro con situación transversa.
- (5) Displasia Epitelial (papanicolau).-

CUADRO No. 2

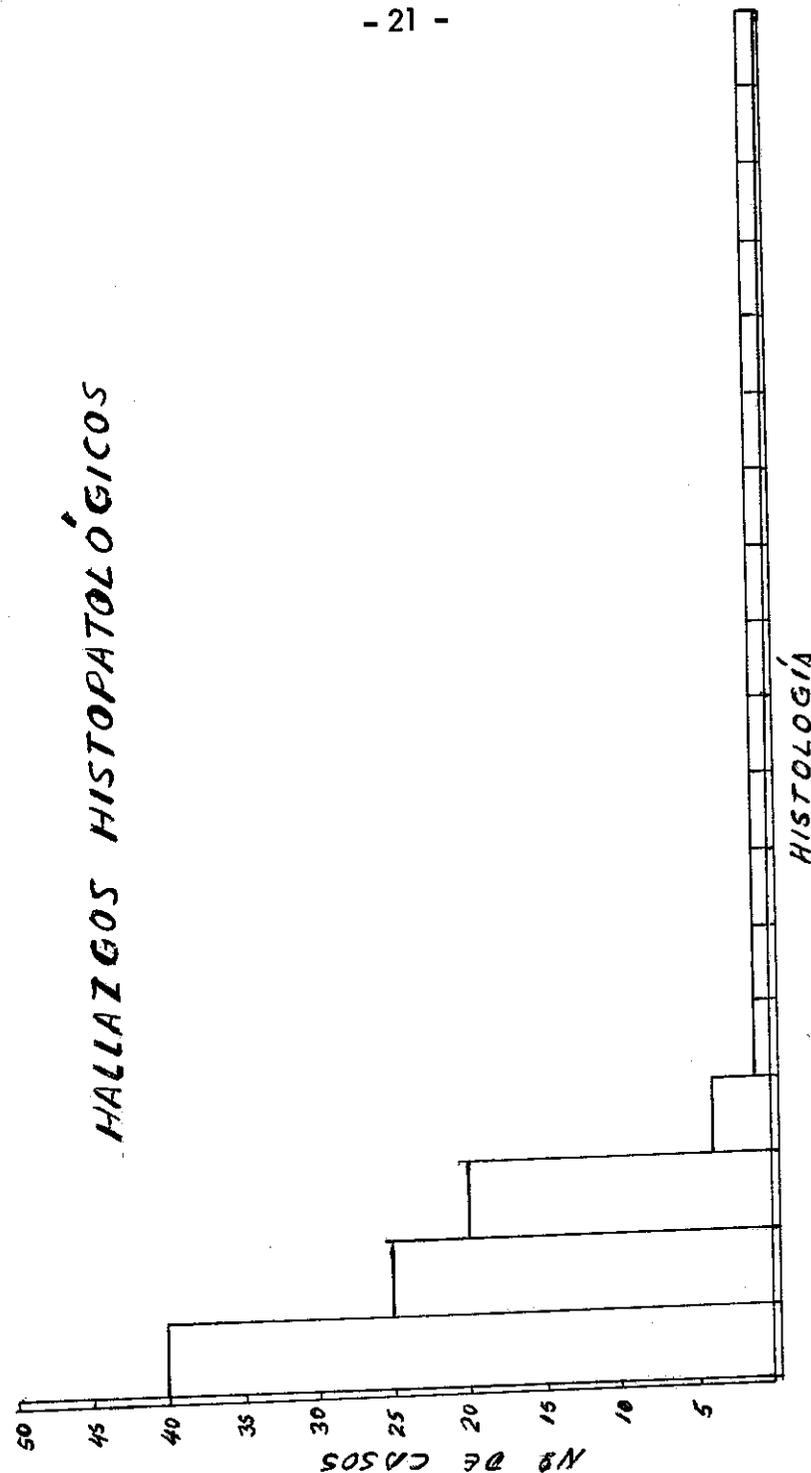
Hallazgos Operatorios	Pacientes	
	No.	%
Desconocidos	47	47
Miomas uterinos	27	27
Prolapso Genital	10	9
Utero y ovarios normales	6	6
Perforación Uterina	3	3
Quistes del ovario	3	3
Pólipo Endocervical	2	2
Miomatosis uterina más quiste del ovario	1	1
Quiste ovárico y tumor cervical	1	1
Cervicitis Crónica	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

HALLAZGOS OPERATORIOS



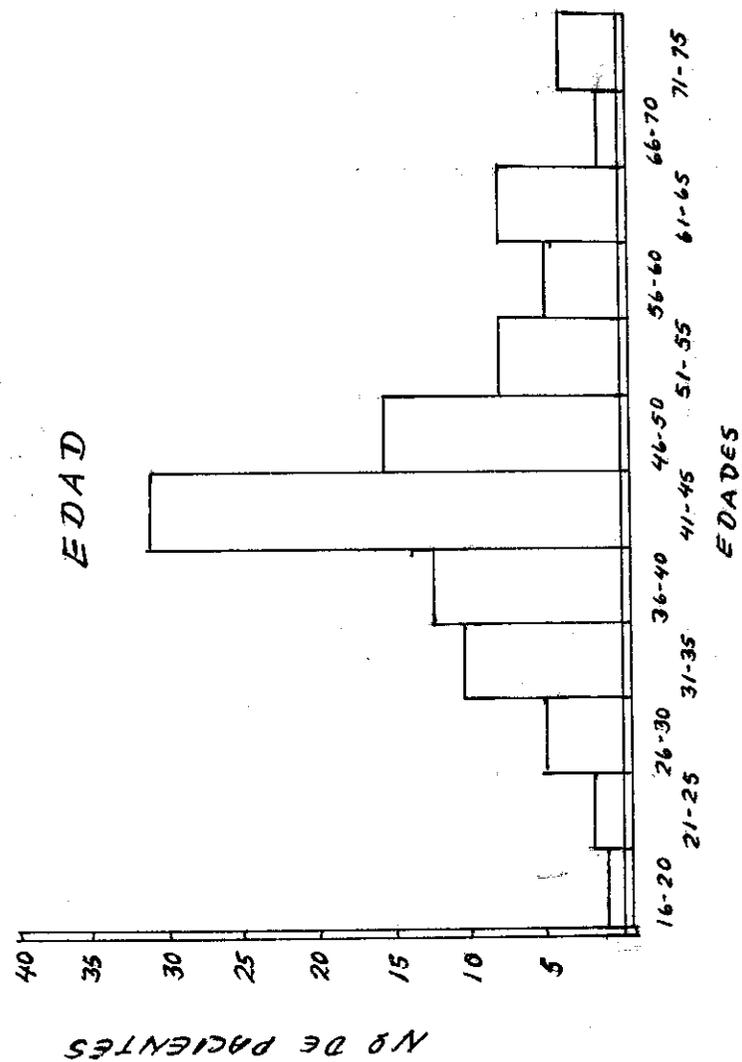
CUADRO No. 3

Hallazgos Histológicos	Pacientes	
	No.	%
Desconocidos	40	40
Lehiomiomas uterinos	24	24
Sin patología reconocible	20	20
Cervicitis crónica, quiste de Naboth	3	3
Cervicitis crónica con neoplasia escamosa del endocervix.	1	1
Cáncer sólido del ovario	1	1
Adenocarcinoma del endometrio	1	1
Quiste del ovario	1	1
Cistoadenoma del ovario	1	1
Hiperqueratosis del cuello uterino	1	1
Epidermización del endocervix	1	1
Retención de placenta, cervicitis crónica	1	1
Adenomiosis	1	1
Pólipos endocervicales	1	1
Quistes de Naboth	1	1
Hematometría	1	1
Cuerpo amarillo del ovario	1	1
Aborto Frustrado	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>



CUADRO No. 4

Edad en años	Pacientes	
	No.	%
16 - 20	1	1
21 - 25	2	2
26 - 30	5	5
31 - 35	10	10
36 - 40	12	12
41 - 45	31	30
46 - 50	15	15
51 - 55	8	8
56 - 60	5	5
61 - 65	8	8
66 - 70	1	1
71 - 75	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>



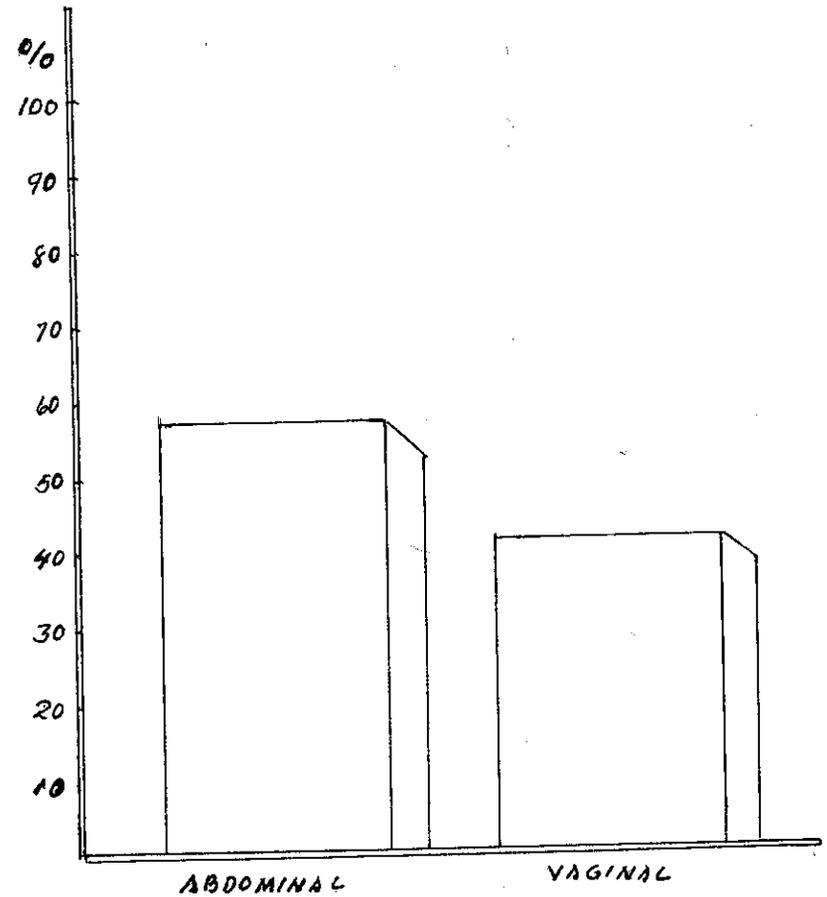
CUADRO No. 5

Tipo de Histerctomia	Pacientes	
	No.	%
Abdominal total	59	58
Vaginal	42	42
TOTAL	101	100

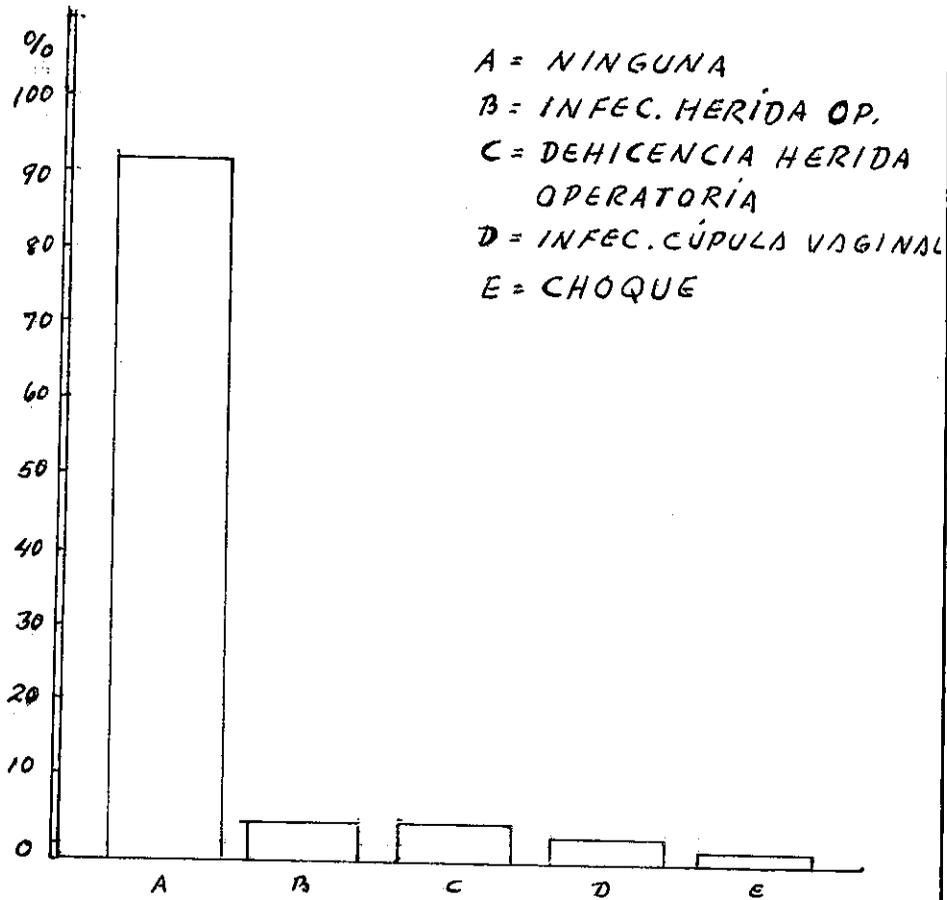
CUADRO No. 6

Complicaciones	Pacientes	
	No.	%
Ninguna	92	91
Infección de herida operatoria	3	3
Dehiscencia de herida operatoria	3	3
Infección de cúpula vaginal	2	2
Choque Séptico	1	1
TOTAL	101	100

TIPO DE HISTERECTOMÍA



### COMPLICACIONES



### CUADRO No. 7

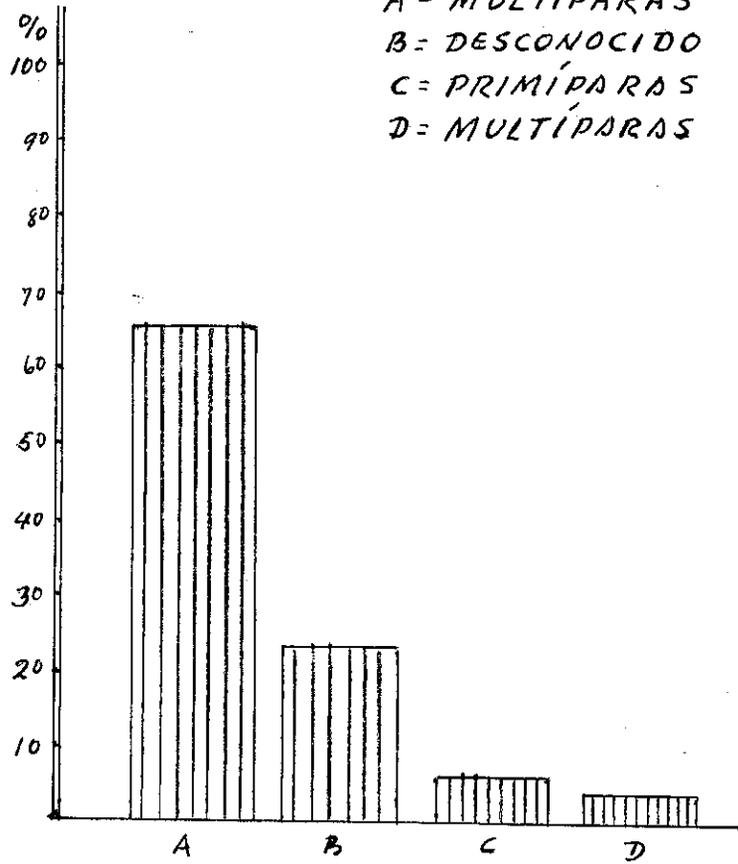
Gravidez	Pacientes	
	No.	%
Multíparas	68	67
Primigestas	6	6
Nulíparas	4	4
Desconocen	23	23
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

### CUADRO No. 8

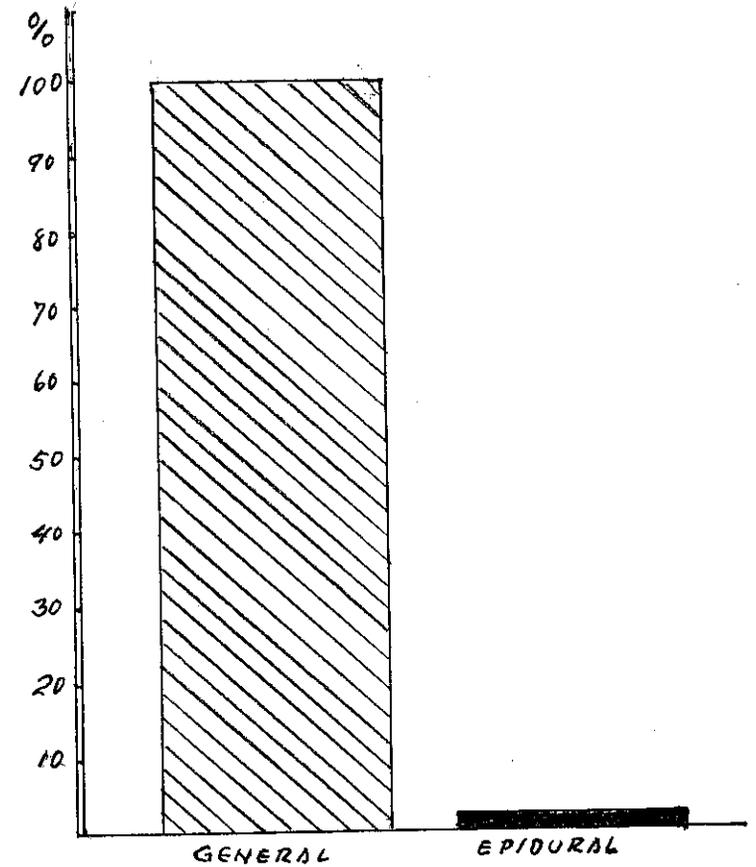
Tipo de Anestesia	Pacientes	
	No.	%
General	100	99
Epidural	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

# GRAVIDEZ

A = MULTIPARAS  
B = DESCONOCIDO  
C = PRIMIPARAS  
D = MULTÍPARAS



# ANESTESIA



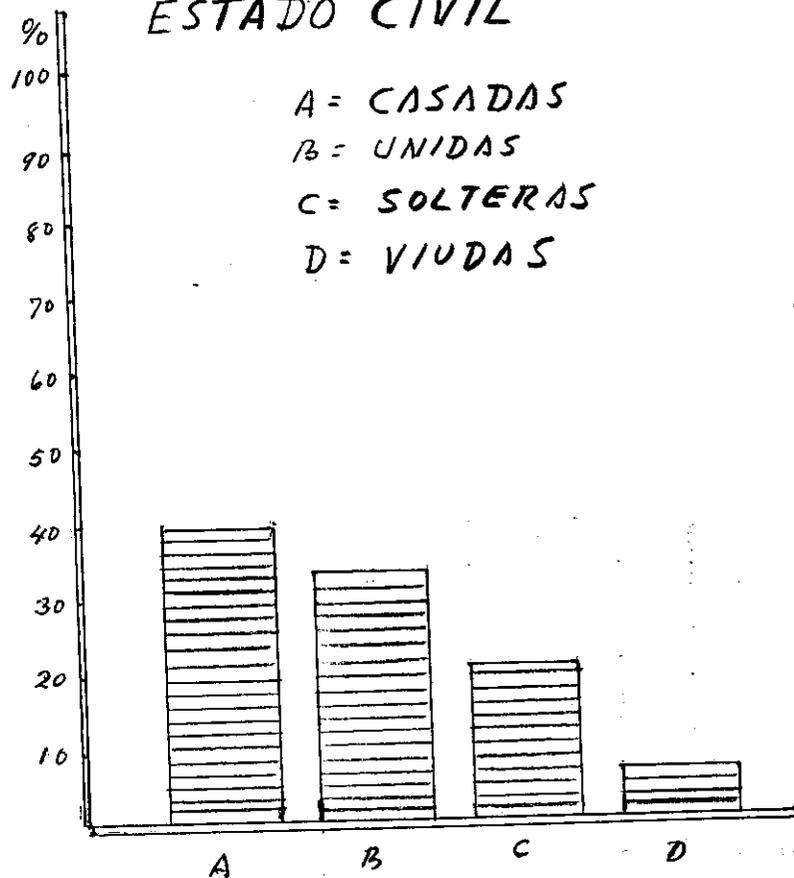
CUADRO No. 9

Estado Civil	Pacientes	
	No.	%
Casadas	39	39
Unidas	34	34
Solteras	21	21
Viudas	7	6
TOTAL	101	100

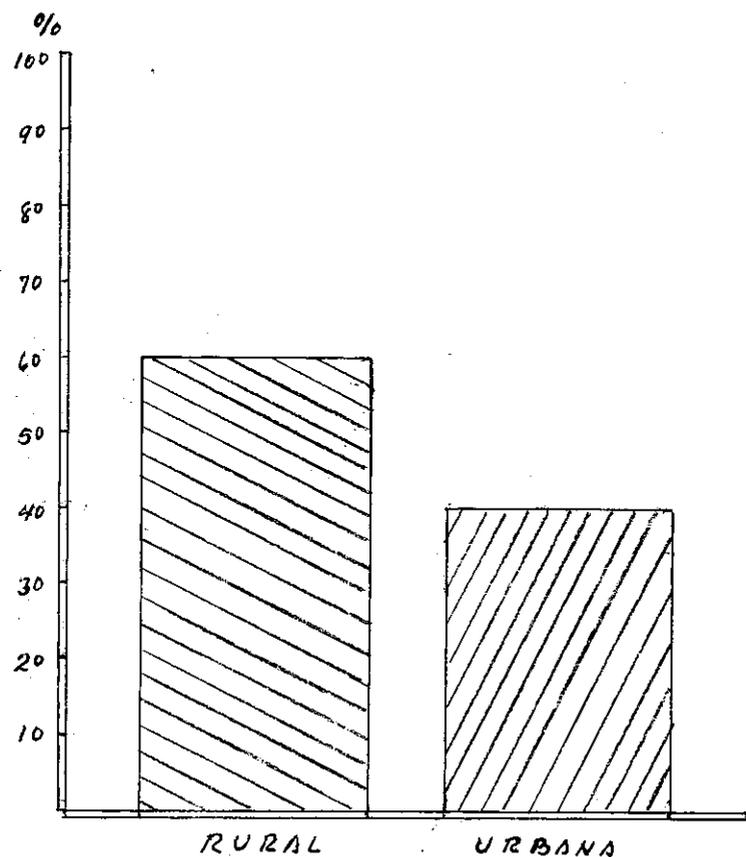
CUADRO No. 10

Procedencia (area)	Pacientes	
	No.	%
Rural	61	60
Urbana	40	40
TOTAL	101	100

### ESTADO CIVIL



## PROCEDENCIA



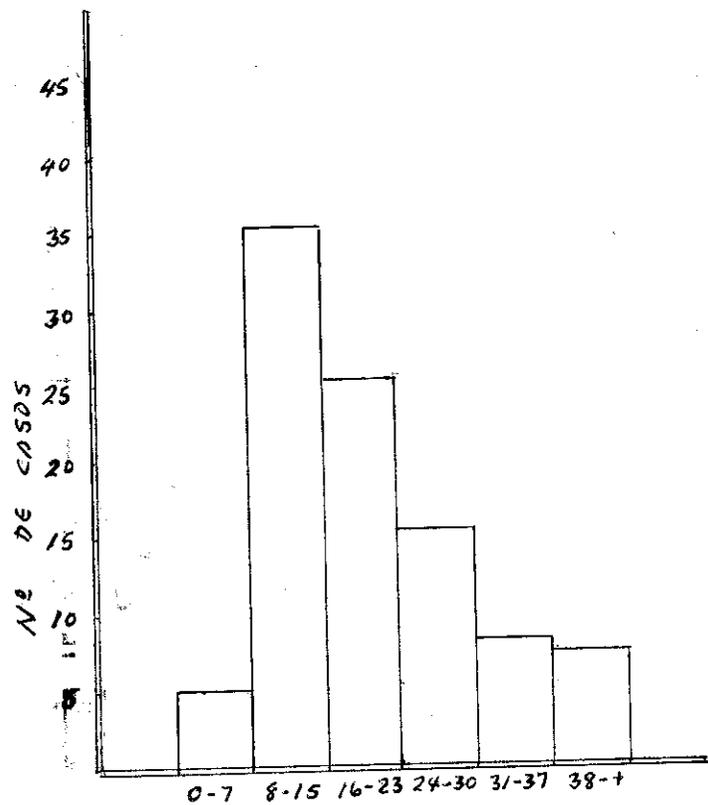
CUADRO No. 11

Días de Hospitalización	Pacientes	
	No.	%
0 - 7	6	6
8 - 15	37	37
16-23	25	24
24-30	15	15
31-37	10	10
38-	8	8
TOTAL	101	100

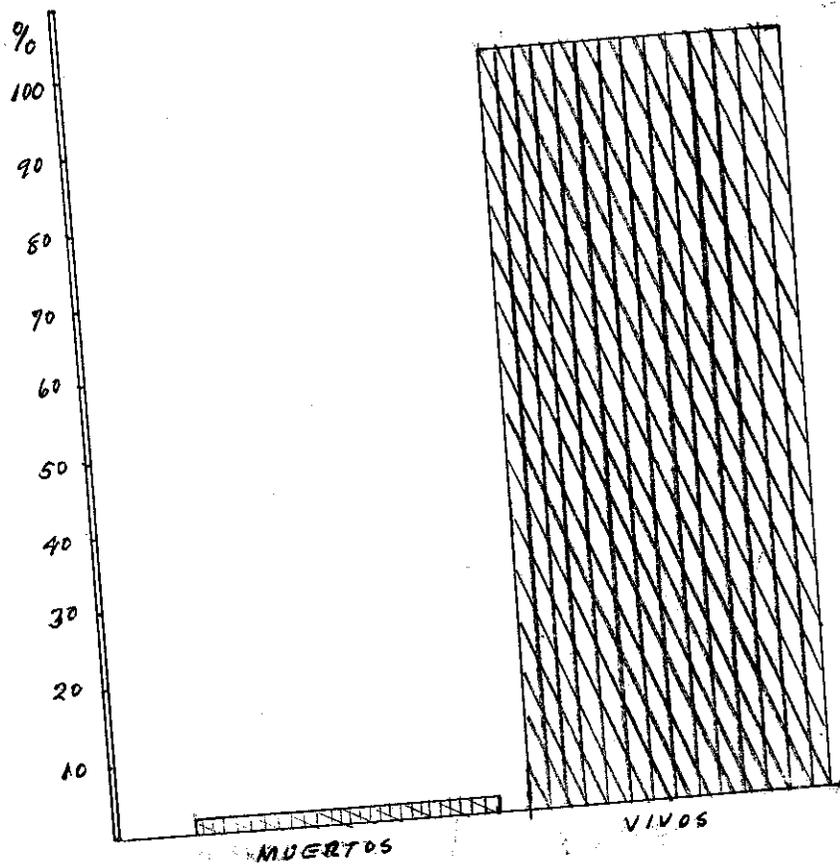
CUADRO No. 12

Mortalidad	Pacientes	
	No.	%
Vivos	100	99
Muertos	1	1
TOTAL	101	100

### DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN



### MORTALIDAD



Cuadro No. 11:

Como puede apreciarse en el cuadro, unos grupos de las pacientes tuvieron una diferencia considerable en los días de hospitalización y notamos que la mayoría casi absoluta de las pacientes ingresaron al servicio sin estudios preoperatorios completos, exigidos por el servicio de anestesiología.

Otro grupo menor debido a las complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

- 1.- El número de Histerectomías realizadas durante el período estudiado fue de 101 en total.
- 2.- Se utiliza la vía abdominal en 58 pacientes y 42 en la vía vaginal.
- 3.- El diagnóstico más frecuente fue el de Prolapso Genital en un 42% de los casos, seguido de Fibromatosis Uterina en 27%, Metropatía 12%, Pólipo endocervical 6%, Cervicitis crónica 2%, Quiste retorcido del ovario 2%, Ruptura uterina 2% y 1% para cada una de las entidades siguientes: Aborto incompleto, leucorrea, cáncer uterino, desproporción cefalopélvica más sufrimiento fetal, hiperplasia endometrial, embarazo a término en transversa con procidencia de miembro, Displasia severa del cuello uterino.
- 4.- En un 40% de los casos no se obtuvo información de los hallazgos Histopatológicos.
- 5.- La edad más frecuente estuvo comprendida entre los 41 a 45 años.
- 6.- El 60% de las pacientes fue proveniente del área rural.
- 7.- El estado civil fue de un porcentaje de 39%, casadas, un 34%, unidas un 21% de solteras y un 7% de viudas.
- 8.- El 67% de las pacientes eran multíparas, el 23% se desconoce, un 6% de primigestas y un 4% de nulíparas.
- 9.- El hallazgo operatorio se desconoce en un 47% de los casos, 27% de fibromatosis Uterina, 10% Prolapso genital, 6% Utero y ovarios normales, 3% caso de perforación uterina, 2% Miomatosis uterina más quiste del ova

rio y 1% de quiste ovárico con tumor cervical y uno de cervicitis crónica.

10. Los hallazgos Histopatológicos siguientes se encontraron en 1% c/u: Aborto frustrado, Cuerpo amarillo del ovario, Hematometría, Quistes de Naboth, Pólipos endocervicales, adenomiosis, retención de placenta y cervicitis crónica, epidemización del endocervix, Hiperqueratosis del cuello uterino, Cistoadenoma del ovario, Quiste del ovario, adenocarcinoma del endometrio, cáncer sólido del ovario, cervicitis crónica con neoplasia escamosa del endocervix. 3% de cervicitis crónica y quistes de Naboth. 20% simpatología reconocible. 24% de Lehiomomas uterinas y un 40% de papeletas sin informe histopatológico.
11. Las complicaciones fueron de un 3% infección de herida operatoria, dehiscencia de herida operatoria, 2% con infección de cúpula vaginal y 1% con Choque Séptico.
12. La mortalidad fue de 1%.
13. El tipo de anestesia más utilizado fue el general en 99% de casos y 1% tipo Epidural.

## CONCLUSIONES

- 1.- El número de histerectomías efectuadas durante los años de 1973-75 en el Hospital General de Occidente, Quetzaltenango fue de 101 casos.
- 2.- La vía de abordaje, o sea el tipo de Histerectomía más utilizada fue la abdominal en un 8%.
- 3.- Fue encontrado que en un 40% no se encontró en las papeletas los resultados histopatológicos.
- 4.- En los cuadros de Hallazgos operatorios se demuestra que en la papelería de las pacientes no se describen los mencionados en un 47%.
- 5.- En las complicaciones encontradas en la serie solamente hubo necesidad de reintervenir a tres pacientes por presentar dehiscencia de herida operatoria, no encontramos fistulizaciones a otros órganos de la cavidad pélvica.
- 6.- Las comparaciones de mortalidad con la literatura mundial, demuestra que es satisfactoria.
- 7.- No se efectuó en ningún caso la variedad sub-total de Histerectomía.
- 8.- Debido a la falta de información acerca de los resultados histopatológicos, se puede someter a crítica si en realidad estuvo la indicación realmente necesaria para efectuar el procedimiento.
- 9.- La mayor parte de pacientes, correspondían al área rural, en un 60%.

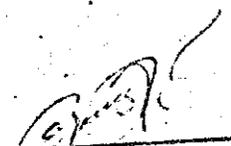
- 10.- El Diagnóstico preoperatorio más frecuentemente encontrado fue en primer lugar Prolapso Genital, en segundo lugar Fibromatosis uterina y en tercer lugar Metropatía hemorrágica.
- 11.- La edad más frecuente correspondió al grupo entre los 41-45 años seguida por el grupo entre los 46-50 y en tercer lugar entre los 36-40.
- 12.- La mayor parte de pacientes fueron multíparas, (6/10 - parte)
- 13.- La complicación más frecuente fue de Infección de la herida operatoria en un total de 3%.

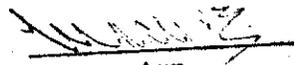
## RECOMENDACIONES

- 1.- Inculcar el buen manejo de las papeletas en los diferentes servicios del departamento.
- 2.- Promover el interés porque sea necesario obtener resultados histopatológicos en cada caso en particular antes de dar egreso a los pacientes del Hospital.
- 3.- Evaluar los récords operatorios después de las intervenciones quirúrgicas.
- 4.- Obtener evaluaciones periódicas y retrospectivas para mejorar y corregir faltas de tipo práctico en el llevado de la papelería.

BIBLIOGRAFIA

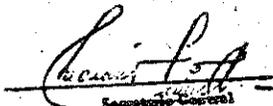
- 1.- Elliot C. Cutler, Robert M. Zollinger, Atlas de Operaciones Quirúrgicas, 2a. Ed. Editorial Hispanoamericana, México. 1957.
- 2.- Madden Jhon, Atlas de Técnicas en Cirugía, 2a. Ed. - Editorial Interamericana, México 1967.
- 3.- Edmund Novak, Dra. Segar, Tratado de Ginecología - 8a. Ed. Editorial Interamericana, México 1971.
- 4.- Kistner RN, Tratado de Ginecología, 1a. Ed. Editorial Toray Barcelona España, 1974.
- 5.- Ricardo Schwartz, Tratado de Obstetricia, 3a. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1970.
- 6.- Taylor Stewart, Essentials of Gynecology, Lea y Febiger U.S.A. 1958.
- 7.- Calatrón Ruiz, Terapéutica Gynecológica 8a. Ed. El Ateneo Argentina. 1970.
- 8.- Greenhill J.P. The Year Book of Obst. and Gynecology U.S.A. 1973-74.
- 9.- Louis M. Hellman, Jack 4. Pritchard, Ralph M Wynn - Obstetricia 1a. Ed. Salvat SA México 1973.
- 10.- Francisco Asturias, Historia de la Medicina en Guatemala, Editorial Universitaria Guatemala, 1959.

  
Dr. David Estuardo Ramirez Ruano  
Carnet estudiantil N° 27010

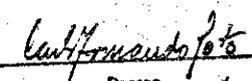
  
Asesor.  
Dr. Marco Antonio Chavez G.  
Médico Cirujano

  
Revisor.  
Dr. Héctor Vidal de León Ochoa  
Médico y Cirujano

  
Director de Fono Ed.

  
Secretario General

Vo. Bo.

  
Decano