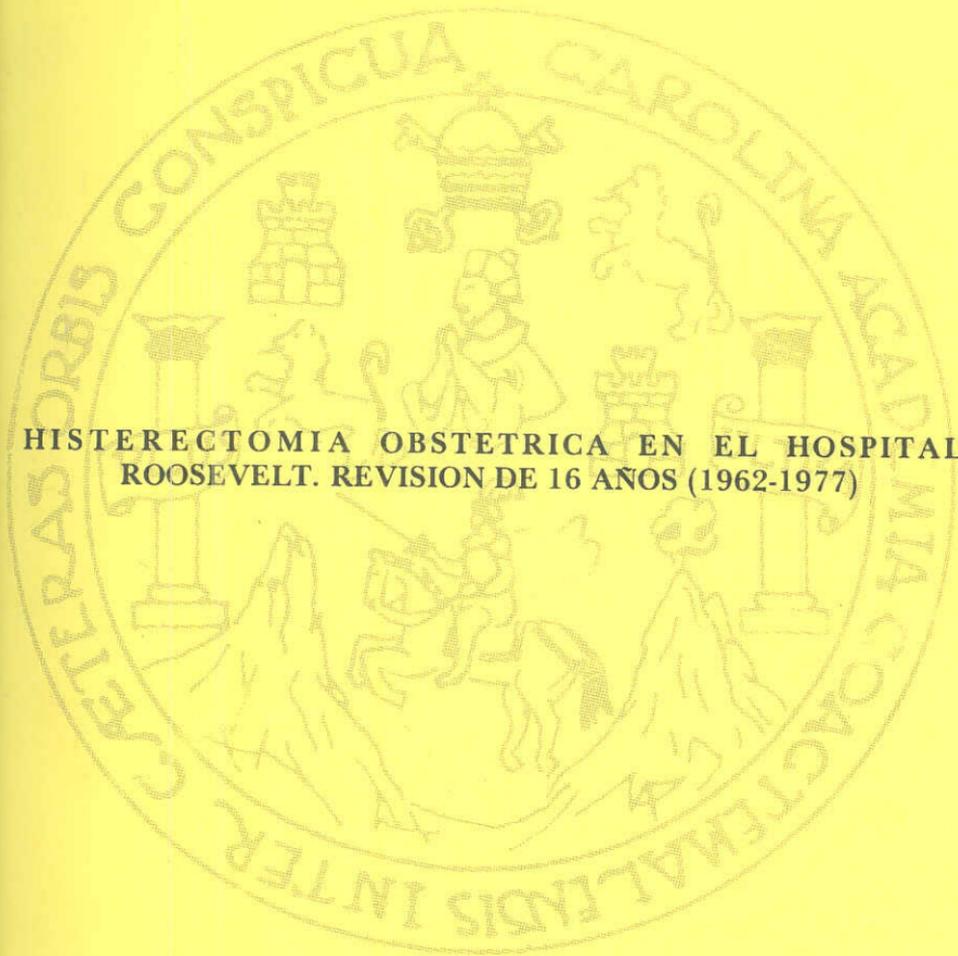


HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT. REVISION DE 16 AÑOS (1962-1977)



CONTENIDO

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

ANTECEDENTES

GENERALIDADES

ANALISIS Y RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Histerectomía practicada inmediatamente después de la Operación Cesárea, en el mismo acto quirúrgico o por otras causas Obstétricas nació como una necesidad en el afán de disminuir la morbi-mortalidad materna debida a Hemorragia y Sepsis. (4)

Siempre han habido controversias respecto a este tema y probablemente se iniciaron desde 1768 con Cavallini, quién decía meditando sobre el particular y después de varias reflexiones, que el Utero no era indispensable para la vida, pero que no debería extirparse del cuerpo humano con impunidad, ya que el beneficio de la Histerectomía solo podría ser precisado después de que se hubieran realizado múltiples investigaciones, muy probablemente por otras generaciones más afortunadas que él. (6)

Estas investigaciones se han realizado y actualmente se consideran como indicaciones de Histerectomía Obstétrica: 1) para extirpar un Utero previamente enfermo 2) Ruptura del Utero irreparable, 3) Placenta Acreta y 4) Atonía Uterina, irreversible. (1,4).

Es mi deseo que con el presente estudio se conozcan las indicaciones, evolución y posteriores complicaciones de lo que ha sido la Histerectomía Obstétrica en el Hospital Roosevelt en los últimos 16 años; queriendo de esta forma contribuir a la creación de estadísticas propias de nuestros hospitales, además de que, conociendo estos datos en un futuro la Morbi-mortalidad tanto Materna como Fetal disminuyan.

JUSTIFICACION

La elección de este trabajo se llevó a cabo teniendo como razones importantes los hechos de que en el Hospital Roosevelt no existen estudios documentados de lo que ha sido la Histerectomía Obstétrica en los últimos 16 años; por otro lado ha llamado bastante la atención el hecho de que la Histerectomía post-Cesárea ha aumentado, sin que a la fecha, exista una explicación para determinar la etiología de este problema, además de poder contribuir con esta revisión a futuras investigaciones.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer las indicaciones más frecuentes de Histerectomía Obstétrica que se han presentado en el Hospital Roosevelt.
2. Dar a conocer la Mortalidad de la Histerectomía Obstétrica.
3. Conocer el tipo de complicaciones más frecuentes durante el acto operatorio y post-op.
4. Conocer el tipo de Histerectomía más utilizado.
5. Tratar de conocer las causas determinantes de las pacientes a quienes se les efectuó Histerectomía post-Cesárea.
6. Obtener datos propios de nuestros hospitales.

HIPOTESIS

1. Las indicaciones y complicaciones de la Histerectomía Obstétrica en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, son comparables a las encontradas en los hospitales de otros países.
2. La Histerectomía en el Hospital Roosevelt es más frecuente que en otros lugares.
3. La mayoría de las Histerectomías Obstétricas son secundarias a Ruptura Uterina por manipulación durante el Parto.

MATERIAL Y METODOS

MATERIALES:

1. Libros de Registros y de Sala de Operaciones del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
2. Registros Médicos de las pacientes que hallan sido sometidas a Histerectomía Obstétrica.

METODO:

1. Revisión retrospectiva de los libros de Sala de Operaciones de Labor y Partos y Séptico de los años 1962-1977.
2. Anotación de nombres y Registros Médicos de las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica.
3. Revisión de historias clínicas de pacientes ya detectadas.
4. Clasificación y tabulación de datos según parámetros previamente establecidos (edad, motivo de consulta, paridad, etc.).
5. Investigación bibliográfica.

ANTECEDENTES

Como todo trabajo de investigación, para la realización del presente trabajo se investigaron estudios previos realizados en Guatemala, encontrándose únicamente los siguientes:

1. La Histerectomía Obstétrica en el Hospital Roosevelt de Guatemala. (5)

Trabajo que consiste en una revisión retrospectiva de lo que había sido la Histerectomía Obstétrica desde que el Hospital Roosevelt abrió sus puertas el 15 de diciembre de 1955 hasta Mayo de 1962.

En este estudio se encontraron 59 casos de Histerectomía Obstétrica estando entre sus indicaciones más frecuentes Ruptura Uterina (82.25o/o), Placenta Acreta (6.45o/o) y Tumor Previo (3.22o/o). Como causas de Ruptura Uterina se encontró Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana (23.5o/o), Forceps (11.75o/o) y Embriotomías (13.7o/o). En lo que se refiere a Mortalidad Materna fue de 1 por cada 10 pacientes (10o/o). Este estudio fue realizado en 1962.

2. Cesárea-Histerectomía en un sólo tiempo. Revisión de cinco años retrospectivos (1969-1974) en el Hospital General "San Juan de Dios". (7)

Se trata de un análisis y revisión de 10 casos de Cesárea-Histerectomía.

Ambos estudios son tesis de grado, los cuales difieren del presente, en los años realizados y que uno es en diferente institución pero las variables que fueron utilizadas son las mismas.

GENERALIDADES

BREVE RESEÑA HISTORICA

Fue probablemente Cavallini de Florencia en 1768, el primero que sugirió extirpar el Utero fundándose en experiencias con animales, sin embargo no la efectuó en seres humanos.

Después siguieron otros pero con muy malos resultados, que determinaban una alta Mortalidad Materna, ya que, las pacientes morían en su mayoría shoqueadas a causa de la Hemorragia Uterina que los cirujanos no podían controlar.

Fue hasta en 1876 que Eduardo Porro efectuó la primera Cesárea-Histerectomía en una mujer viva con buenos resultados. En aquel tiempo el problema residía en la infección del Utero después de la intervención. (1)

Posteriormente con los nuevos conceptos de asepsia, antisepsia y antibióticos, la Cesárea-Histerectomía fue reemplazada por la Cesárea; y fue así que en 1941 Briscore informó que la infección, al menos en su experiencia, no era la indicación más frecuente de Histerectomía post-Cesárea. (4)

Años más tarde Kobuk logra eliminar casi por completo la Histerectomía por esta causa y en años posteriores, Schneider aconseja esta operación para tratar únicamente aquellas pacientes con patologías uterinas previas.

Fue hasta los reportes de Davis en 1951 que la Histerectomía se convierte en un procedimiento con las connotaciones que actualmente se conocen. (5)

DEFINICION DE CONCEPTOS

HISTERECTOMIA OBSTETRICA:

Se entiende por Histerectomía Obstétrica a la ablación

Embarazo, (en nuestro estudio se tomó únicamente pacientes con embarazos mayores de 28 semanas), del Parto o del Puerperio. (5)

CESAREA:

Se define como el Parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del Utero.

Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del Utero (Histerotomía) por lo tanto; no se refiere a la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de Ruptura del Utero o de embarazo extrauterino. La Cesárea puede ser corpórea o segmentaria según el lugar de incisión sobre el Utero.

HISTERECTOMIA:

Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del Utero por vía abdominal o vaginal. Pudiendo ser total o sub-total dependiendo si se deja o no una parte del Utero *in situ*, generalmente el cuello. (10)

ANALISIS Y RESULTADOS

CUADRO No. 1

CLASIFICACION DE PACIENTES POR GRUPOS ETAREOS

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Menos de 20 años	4	5.26o/o
21 - 30 años	24	31.56o/o
31 - 40 años	44	57.90o/o
Más de 40 años	4	5.26o/o
Total	76	99.98o/o

En el Cuadro No. 1 observamos que el grupo etáreo más afectado fue el de 31-40 años, lo que es fácilmente comprensible ya que se trata de pacientes que por su edad, la paridad ha sido mayor y aún se encuentran en plena edad fértil. Este mismo grupo etareo fue también encontrado como más afectado en el estudio realizado en 1971-1974 por Arana A. en el Hospital Cayetano Heredia, Perú (1) y por Prevedourakis en el Alexander Maternity Hospital en un estudio realizado en 1955-1968. (12)

Los grupos menor de 20 años y mayor de 40 años fueron los menos afectados con un porcentaje idéntico (5.26o/o).

CUADRO No. 2
CLASIFICACION DE PACIENTES
SEGUN NUMERO DE GESTAS

GESTACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Primigestas	6	7.89o/o
Secundigestas	6	7.89o/o
3 - 5 Gestas	25	32.89o/o
6 - 15 Gestas	38	50.00o/o
No Consignado	1	1.31o/o
Total	76	99.98o/o

Notamos que en el Cuadro No. 2 el 50o/o de las pacientes habían tenido más de 6 embarazos previos, con lo que podemos decir que los múltiples embarazos influyen notablemente en la Histerectomía Obstétrica; ya que son pacientes que por el mal estado del Utero tienen predisposición a las Distocias que pueden terminar en este tipo de Cirugía.

En otros estudios de Multiparidad también ha sido encontrada en la mayoría de los casos así: Arana A. (1) encontró que el promedio de paridad entre las pacientes estudiadas era de 6.3 partos y Prevedourakis (12) encontró que el 81.1o/o de las pacientes estudiadas eran múltiparas.

CUADRO No. 3
CLASIFICACION DE PACIENTES
SEGUN PARIDAD PREVIA

PARTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 Partos	6	7.89o/o
1 - 3 Partos	27	35.52o/o
4 - 5 Partos	21	27.63o/o
6 - 9 Partos	18	23.68o/o
Más de 10 Partos	3	3.94o/o
No Consignado	1	1.3o/o
Total	76	99.96o/o

En el Cuadro No. 3 observamos que el mayor porcentaje (51.31o/o) de pacientes se encuentran en el grupo que había

presentado más de 4 partos que más o menos concuerda con el Cuadro No. 2, pero se puede explicar pensando que los embarazos no siempre llegan a término. Nótese que en 6 casos (7.89o/o) las pacientes eran nulíparas.

CUADRO No. 4
CLASIFICACION DE PACIENTES
SEGUN No. DE ABORTOS INFERIORES

ABORTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 Abortos	49	64.47o/o
1 Aborto	13	17.13o/o
2 Abortos	9	11.84o/o
3 Abortos	2	2.63o/o
4 Abortos	2	2.63o/o
No Consignado	1	1.3o/o
Total	76	99.90o/o

Es de observarse en el Cuadro No. 4 que la mayor parte de pacientes 64.47o/o nunca habían presentado abortos, de donde podemos deducir que el Aborto per se no es causa determinante de Histerectomía Obstétrica.

CUADRO No. 5
CONTROL PRE-NATAL

Con Control	28	36.85o/o
Sin Control	48	63.14o/o
Total	76	99.99o/o

Notamos en el Cuadro No. 15 que la mayor parte de las pacientes no tienen Control Pre-Natal, estando únicamente en un 36.85o/o las que si lo tienen, esto se explica teniendo en cuenta que es esta la proporción en que se mantiene la Consulta Externa de la Maternidad (14), que repercute notablemente sobre el estado de la

paciente y la resolución del Parto, ya que de tenerse un porcentaje más alto de Control Pre-Natal podrían descubrirse a tiempo Patologías y así prevenirlas y/o tratarlas.

CUADRO No. 6

MOTIVO DE INGRESO

MOTIVO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Trabajo de Parto	47	61.84o/o
Hemorragia Vaginal	10	13.15o/o
Shock Hipovolémico	1	1.3o/o
Retención Placentaria	1	1.3o/o
Procidencia de un Miembro	9	11.84o/o
Preeclampsia	1	1.3o/o
Prolapso de Cordón	4	5.26o/o
Referida por Médico	2	2.63o/o
Ruptura Prematura de Membranas	4	5.26o/o
Inversión Uterina	1	1.3o/o
No Movimientos Fetales	2	2.63o/o
Embarazo a Término	3	3.94o/o
Ruptura Uterina	4	5.26o/o
Sufrimiento Fetal	1	1.3o/o

En el Cuadro No. 6, se especifica la causa principal que motivó el ingreso de la paciente, en algunos casos fue más de una causa; en muchos casos descrita por la misma paciente, familiares y en otras observado por el médico interno (*) que hizo el ingreso.

El motivo más consultado fue el de Trabajo de Parto con un porcentaje de 61.84o/o del total de pacientes; todos los porcentajes están dados en relación a las 76 pacientes y no así al número total de Motivos de Consulta que son más de 76, en vista de que en algunas pacientes se dieron motivos múltiples.

(*) Estudiante de último año de Medicina. (6o. año).

CUADRO No. 7

CLASIFICACION DE PACIENTES
SEGUN EDAD DE EMBARAZO

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
29 - 32 Semanas	5	6.57o/o
33 - 37 Semanas	14	18.47o/o
38 - 42 Semanas	53	69.71o/o
Más de 42 Semanas	1	1.2o/o
Pacientes con Parto atendido fuera de H.R.	3	3.7o/o
Total	76	99.99o/o

La edad de embarazo de 38-42 semanas (Cuadro No. 7), fue la más frecuentemente encontrada, o sea que se trató en su mayoría de embarazos a término con un porcentaje de 69.71o/o. Una cuarta parte fueron Partos Prematuros. Tres partos se resolvieron fuera del Hospital, uno atendido por una comadrona; y dos atendidos en Hospital Departamental, ambos remitidos con IC de Ruptura Uterina que fue comprobada.

CUADRO No. 8

VITALIDAD DEL FETO AL INGRESO DE LA MADRE
(PRESENCIA DE APGAR)

FOCO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Si	50	65.65o/o
No	23	30.26o/o
Pacientes que ingresaron en Puerperio	3	3.94o/o
Total	76	99.99o/o

En el Cuadro No. 8 se observa que el 63.29o/o de las pacientes a su ingreso presentaban foco, o sea que ingresaron 50 Fetos vivos y 23 muertos.

CUADRO No. 9
DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO	No. de CASOS	PORCENTAJE
Embarazo	60	78.97o/o
Feto Vivo	40	52.63o/o
Trabajo de Parto	26	34.21o/o
Obito	15	19.65o/o
Transversa Abandonada (*)	7	9.21o/o
Placenta Previa	7	9.21o/o
Polihidramnios	6	7.89o/o
Preeclampsia	5	6.57o/o
Ruptura Uterina	7	9.21o/o
Embarazo Gemelar	4	5.26o/o
Situación Transversa	2	2.63o/o
Ruptura Prematura de Membranas	2	2.63o/o
Prolapso de Cordón	2	2.63o/o
Sufrimiento Fetal	2	2.63o/o
Fibroma Uterino Previo	2	2.63o/o
CST previa (**)	2	2.63o/o
Shock Hipovolémico	2	2.63o/o
Retención Placentaria	1	1.30o/o
DPPNI (***)	1	1.30o/o
Inminencia de Ruptura Uterina	1	1.30o/o
Amnioititis	1	1.30o/o
Inversión Uterina	1	1.30o/o
Otros (****)	16	21.05o/o

(*) Se entiende por Transversa Abandonada a aquella paciente que presenta feto muerto en situación transversa, membranas rotas, casi siempre con procedencia de un miembro superior y/o prolapso de cordón además de haber sido previamente manipulada.

(**) Se entiende por CST aquella Cesárea Segmentaria en donde la incisión sobre el peritoneo se hace transversa a unos 3 cms. por debajo del punto donde el peritoneo está unido firmemente al Utero. (9)

(***) Abruptio placentae, cuando la placenta sufre separación de su conexión uterina, entre la 20 semana de gestación y el nacimiento del niño. (9)

(****) Se entiende por otros, aquellos diagnósticos que no tenían relación con el embarazo.

En el Cuadro No. 9 se especifican los diagnósticos que fueron dados al ingreso de la paciente, en muchos casos el diagnóstico fue múltiple; pero no es del todo confiable ya que muchos diagnósticos fueron pasados por alto, por ejemplo habían 50 pacientes con foco y

únicamente se diagnosticaron 40 fetos vivos, así como fueron diagnosticados 60 embarazos y todas las pacientes estaban embarazadas, o sea que debía haberse diagnosticado 76 casos de Embarazo.

Este diagnóstico es dado por el médico interno que recibe a las pacientes en Emergencia, pero al llegar a Sala de Partos son nuevamente examinadas, esta vez por médico residente y es aquí donde se confirma o descarta el Diagnóstico de Ingreso.

CUADRO No. 10

ESTADO DE MEMBRANAS AL INGRESO

Rotas	31	40.78o/o
Enteras	42	55.26o/o
Pacientes en Puerperio	3	3.94o/o
Total	76	99.98o/o

En el Cuadro No. 10, notamos que 31 pacientes ingresaron con Membranas Rotas no especificando tiempo de evolución, esto pudo influir en la aparición de infecciones posteriores aunque no se puede asegurar.

CUADRO No. 11

TIPO DE PARTO

TIPO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Parto Eutócico	10	13.10o/o
Parto Distócico	66	86.48o/o
Total	76	99.58o/o

En cuanto a la resolución del Parto (Cuadro No. 11), 10 fueron eutócicos dando un porcentaje de 13.10o/o del total de los casos y la gran mayoría fueron distócicos que hacen un 86.81o/o; o

sea que hay una relación directamente proporcional entre Partos Distócicos e Histerectomía Obstétrica.

CUADRO No. 12
RESOLUCION DEL PARTO DISTOCICO

RESOLUCION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Cesárea	38	57.56o/o
Forceps (Simpson)	1	1.51o/o
Histerectomía Obstétrica (*)	11	16.66o/o
Pinza de Willet	1	1.51o/o
Maniobra de Brxton Hicks	1	1.51o/o
V x MI y GEP (**)	4	6.06o/o
Maniobra de Rojas	2	3.03o/o
GEP y Maniobra de Rojas	2	3.03o/o
Inducción y Fórceps (Simpson)	1	1.51o/o
Conducción y Fórceps (Simpson)	1	1.51o/o
Vx MI - GEP y Fórceps (Piper)	1	1.51o/o
Vx MI - GEP - Fórceps (Piper) y Maniobra de Rojas	1	1.51o/o
Inducción - V x MI - GEP y Fórceps (Piper)	1	1.51o/o
Total	66	

(*) Donde se especifica como Histerectomía Obstétrica se entiende aquellos casos en que se intervino a la paciente y se encontró que esta tenía Ruptura Uterina extensa con feto muerto por lo que ya no se efectuó cesárea sino de una vez Histerectomía.

(**) Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana.

En el Cuadro No. 12 se observa que la mayor parte de los Partos Distócicos fueron resueltos por vía alta dando un porcentaje de 57.56o/o, que fueron resueltos únicamente por Cesárea, en la mayoría de los casos el tipo de Cesárea efectuado fue Segmentaria Transperitoneal.

Hubo casos en que se emplearon dos o más procedimientos para resolver el Parto teniendo como complicación Rupturas Uterinas.

Todos los porcentajes del Cuadro No. 12 están relacionados a los 66 Partos Distócicos y no al Total de 76 pacientes.

CUADRO No. 13
INDICACION PRINCIPAL DE HISTERECTOMIA
(Dx PRE-OPERATORIO)

INDICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Ruptura Uterina	44	57.90o/o
Placenta Acreta	12	15.79o/o
Utero de Couvalaire	2	2.63o/o
Atonía Uterina	13	17.13o/o
Fibroma Uterino	1	1.30o/o
PPCT (Lecho sangrante) (*)	1	1.30o/o
Inversión Uterina	1	1.30o/o
Endometritis Severa (amniotís)	2	2.60o/o
Total	76	99.65o/o

(*) Placenta Previa Central Total

En el Cuadro No. 13 se nota que la Ruptura Uterina con 57.90o/o fue la indicación principal de Histerectomía, esto sucedió en su mayoría en pacientes que tenían cicatrices previas en el Utero así como un período prolongado de Trabajo de Parto, la ruptura en todos los casos sucedió en el segmento y abarcaba más del 80o/o del mismo, además fueron pacientes en quienes hubo necesidad de hacer más de alguna maniobra para que el parto se produjera.

La segunda causa fue Atonía Uterina que se describe en el Cuadro No. 14.

CUADRO No. 14

ANTECEDENTES DE PACIENTES QUE PRESENTARON
ATONIA UTERINA

ANTECEDENTE	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Polihidramnios	5	38.46o/o
Extracción Manual de Placenta (Placenta Marginal)	1	8.69o/o
Conducción (Syntocinon) (12 Tactos)	1	7.69o/o
DPPNI	2	15.38o/o
CC (*) Electiva x 2 CST ant	1	7.69o/o
Fórceps Bajo-Multiparidad	1	7.69o/o
CST x CST ant - 1 Ab ant.	1	7.69o/o
CST x DCP y T. de Parto Prolong.	1	7.69o/o
Total	13	99.90o/o

(*) Cesárea Corpórea.

En el cuadro No. 14 se explican los antecedentes que tenían las pacientes que presentaron Atonía Uterina; encontrándose 5 casos de Polihidramnios que fue la causa más común.

CUADRO No. 15

TIPO DE HISTERECTOMIA

TIPO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Abdominal Total	46	60.52o/o
Abdominal Sub-Total	30	39.40o/o
Total	76	99.92o/o

Como se nota en el Cuadro No. 15, la mayor parte de las ocasiones se practicó Histerectomía Total con un 60.52o/o. En todos los estudios investigados se encontró que en más del 90o/o se practicó Abdominal Total, no conociendo por que en el Hospital Roosevelt este porcentaje es tan bajo.

CUADRO No. 16

TIPO DE ANESTESIA

ANESTESIA	CASOS	PORCENTAJE
Halotano	2	2.63o/o
Tiopental Sódico	5	6.57o/o
Ciclopropano	14	18.47o/o
Oxido Nitroso	2	2.63o/o
Ciclopropano - Tiopental Sódico	12	15.78o/o
Metoxiflurano - Ciclopropano	7	9.21o/o
Ciclopropano - Suxametonio	3	3.94o/o
Thalamonal - Tiopental Sódico	1	1.31o/o
Thalamonal - Ciclopropano	1	1.31o/o
Epontol - Ciclopropano	2	2.63o/o
Halotano - Ciclopropano	2	2.63o/o
Tiopental Sódico - Suxametonio	4	5.26o/o
Ketalar - Oxido Nitroso	3	3.94o/o
Metoxiflurano - Oxido Nitroso	1	1.31o/o
Thalamonal - Ketalar	2	2.63o/o
Ciclopropano - Tiopental Sódico - Suxametonio	4	5.26o/o
Thalamonal - Tiopental Sódico - Ciclopropano	1	1.31o/o
Metoxiflurano - Ciclopropano - Suxametonio	1	1.31o/o
Epidural	1	1.31o/o
No Consignado	2	2.63o/o

El anestésico más utilizado fue el Ciclopropano, que fue empleado en 45 pacientes, es un gas anestésico moderno muy inflamable y explosivo, pero muy útil para las operaciones Obstétricas, deprime las contracciones del Utero grávido, también en relación directa con la concentración utilizada. Atraviesa con rapidez la barrera placentaria y prontamente se establece el equilibrio entre la circulación materna y fetal. En el caso que se utilice únicamente como inducción es sumamente útil, ya que la depresión respiratoria del feto desaparece al cabo de unos minutos de suspender su administración.

El segundo anestésico utilizado fue el Tiopental Sódico (Pentotal Sódico), que se utilizó en 26 pacientes combinado con otros diferentes anestésicos, se trata de un barbitúrico de administración endovenoso de acción breve que no debería utilizarse en casos de premadurez, por ser los prematuros muy sensibles a los narcóticos e hipnóticos. Durante la anestesia general profunda produce una disminución de la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, lo que no sucede si se emplean dosis que no produzcan una intensa anestesia. (15)

CUADRO No. 17

COMPLICACIONES TRANS-OPERATORIAS

COMPLICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Schock Hipovolémico reversible	1	1.51o/o
Muerte (Schock hipovolémico irreversible)	1	1.51o/o
Ruptura Vesical	3	3.94o/o
Ninguna	71	93.00o/o
Total	76	99.96o/o

El mayor tipo de complicación durante el acto quirúrgico como se nota en el Cuadro No. 17 fue debido a Ruptura Vesical, ocasionada en 3 pacientes pero que fueron resueltos satisfactoriamente durante la misma intervención por urólogos, saliendo las pacientes en buenas condiciones de Sala de Operaciones.

Las otras complicaciones fueron debidas a Hipovolemia, en un caso solamente causó Hipotensión severa (Shock Hipovolémico reversible) con recuperación posterior de la paciente, no así en el otro caso que la paciente falleció por Shock Hipovolémico irreversible, dando un total únicamente de 6.96o/o de Complicaciones Tran-Operatorias.

CUADRO No. 18

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Infección Urinaria	7	9.21o/o
Infección Cúpula Vaginal	6	7.89o/o
Fístula Vésico-Uterina	4	5.26o/o
Infección y Dehiscencia de Herida Operatoria	2	2.63o/o
Embolia Pulmonar	1	1.31o/o
Ligadura de Uréteres (*)	1	1.31o/o
Septicemia (*)	1	1.31o/o
Ninguna	54	71.05o/o
Total	76	99.97o/o

(*) Pacientes fallecieron posteriormente.

En el Cuadro No. 18 notamos que la Infección Urinaria fue la complicación más frecuente con 9.21o/o que es muy semejante a la encontrada en otros estudios.

En segundo lugar se encontró Infección de Cúpula Vaginal con 7.89o/o que fueron tratadas únicamente con antibióticos obteniendo buenos resultados.

Hubo pacientes que tuvieron necesidad de ser reintervenidas quirúrgicamente todas por complicaciones del Tracto Urinario.

Se suscitaron dos muertes, una por estado Séptico Generalizado que no respondió a tratamiento impuesto y la otra por causa iatrogénica. Dando una mortalidad de 2.63o/o en período post-operatorio.

CUADRO No. 19

ANTIBIOTICOS UTILIZADOS

ANTIBIOTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Penicilina	17	22.36o/o
Cloramfenicol	4	5.26o/o
Aminoglicósido (sólo)	0	0
Otro (*)	4	5.26o/o
Penicilina y otro	17	22.36o/o
Penicilina y Aminoglicósido	3	3.94o/o
Penicilina y Cloramfenicol	12	15.78o/o
Penicilina, Aminoglicósido y otro	7	9.21o/o
Cloramfenicol, Aminoglicósido	1	1.3o/o
Penicilina, Cloramfenicol y	4	5.26o/o
Sin antibiótico	7	9.21o/o
Total	76	99.94o/o

(*) Se entiende por Otro aquellos antibióticos que fueron empleados con menor intensidad y comprenden Tetraciclina, Bactrim, Eritromicina, etc.

En el Cuadro No. 19, observamos que el antibiótico más empleado fue Penicilina así como la asociación Penicilina-Cloramfenicol; esto se debe al tipo de gérmenes que participan en este tipo de infecciones y las limitaciones económicas de la Institución, los aminoglicósidos fueron menos utilizados.

CUADRO No. 20

DIAS DE HOSPITALIZACION POST-HISTERECTOMIA

DIAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 5 Días	9	11.84o/o
6 - 20 Días	55	72.39o/o
Más de 20 Días	12	15.7 o/o
Total	76	99.93o/o

Como se observará en el Cuadro No. 20, la mayor parte de las pacientes estuvo en el hospital un promedio de 6-20 días que se

encuentra en límites aceptables, las que estuvieron más de 20 días se debió a procesos infecciosos o a nuevas intervenciones quirúrgicas.

CUADRO No. 21

ESTADO DEL RN A LOS 5 MIN
(SCORE APGAR)

APGAR	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0	39	51.31o/o
1 - 3	1	1.3o/o
4 - 7	8	10.52o/o
8 - 10	25	32.89o/o
No Consignado	3	3.94o/o
Total	76	99.96o/o

En el Cuadro No. 21, observamos el estado del Recién Nacido al salir de Sala de Partos, en donde encontramos 39 (51.31o/o) fallecidos y 34 vivos de los cuales hay 25 en buenas condiciones, uno en malas condiciones y 8 en regulares condiciones; o sea que intraparto en el Hospital fallecieron 16 ya que habían ingresado 50 fetos con foco.

CUADRO No. 22

CLASIFICACION DE PACIENTES
SEGUN DIAGNOSTICO DE EGRESO

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Parto Entóxico Simple	6	7.89o/o
Parto Distóxico Simple	56	73.68o/o
Parto Distóxico Gemelar	1	1.31o/o
Atonía Uterina	4	5.26o/o
Situación Transversa	4	5.26o/o
Placenta Acreta	7	9.21o/o
Puerperio Hospitalario Normal	27	35.52o/o
Placenta Previa	4	5.26o/o
Ruptura Uterina	18	23.68o/o
Postoperatorio Normal	26	34.21o/o
Post-operatorio Complicado	12	15.79o/o
DPPNI	1	1.31o/o
Utero de Couvelaire	2	2.63o/o
Fístula Vésico-Uterina	1	1.31o/o
Ca Cérvix	1	1.31o/o

Observamos en el Cuadro No. 22 el diagnóstico de egreso de las pacientes; que se encontró en la hoja de Sumario de la Ficha Clínica, este diagnóstico fue dado por médico residente, en todos los casos el diagnóstico fue múltiple pero aún así no todos estaban especificados, por lo tanto este cuadro contiene datos poco confiables; aún así podemos notar que el Diagnóstico más común fue Parto Distócico Simple seguido de Puerperio Hospitalario Normal.

CUADRO No. 23

RESULTADO DE ANATOMIA PATOLOGICA

INFORME	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Ruptura Uterina	16	23.68o/o
Utero Post-parto	18	23.68o/o
Placenta Acreta	3	3.94o/o
Cervicitis	3	3.94o/o
Placenta Necrótica	2	2.63o/o
Laceración Segmento	2	2.63o/o
Fibroleiomiosis	2	2.63o/o
Utero de Couvelarie	2	2.63o/o
Placenta Previa	1	1.31o/o
Displasia Epitelial Severa del Cervix	1	1.31o/o
Ca del Cervix	1	1.31o/o
Leiomioma	1	1.31o/o
Endometrio Necrótico	1	1.31o/o
No se encontró informe	26	34.21o/o

Como se observa en el Cuadro No. 23 se especifica el informe dado por Patología, por razones ajenas al investigador no pudieron localizarse todos los informes, encontrándose únicamente 50 de los 76. De estos se encontró como mayor causa Ruptura Uterina y Utero Post - Parto con el mismo porcentaje de casos, en algunas ocasiones el informe traía 2 o más causas, el diagnóstico clínico fue confirmado por anatomía patológica en la mayoría de los casos.

CUADRO No. 24

PESO DEL RN

PESO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Menos de 3 Libras	3	3.89o/o
3.1 - 5 Libras	10	12.98o/o
5.1 - 7 Libras	32	41.55o/o
7.1 - 9 Libras	26	33.76o/o
Más de 9 Libras	3	3.89o/o
No Consignado	3	3.89o/o
Total	76	99.96o/o

En el Cuadro No. 24, el total de casos es de 77 ya que hubo un parto gemelar, los casos clasificados como no consignados se trata de niños que no ingresaron al hospital ya que sus madres llegaron en Puerperio.

Notamos que la mayoría se encuentran entre 5.1 - 7 y de 7.1 - 9 Libras, este podría ser condicionante en los casos en que se efectuaron maniobras obstétricas y que se complicaron con Ruptura Uterina.

CONCLUSIONES

1. La Histerectomía Obstétrica es más frecuente entre pacientes de 31 – 40 años que han presentado más de 6 gestaciones.
2. El antecedente de abortos anteriores per se no es causa determinante de Histerectomía Obstétrica.
3. Las pacientes no tienen adecuado Control Pre-Natal.
4. La Histerectomía Obstétrica es más común en pacientes con embarazo a término.
5. El Parto Distócico está más relacionado con este tipo de Cirugía.
6. En lo que se refiere a resolución de Parto Distócico, la combinación de procedimientos y el mal uso de estos predispone a Ruptura Uterina.
7. De las 11,831 Cesáreas efectuadas entre 1962 y 1977 se efectuaron 38 Cesáreas-Histerectomías que hacen un 0.34o/o.
8. Las indicaciones más frecuentes de Histerectomía Obstétrica en nuestro medio fueron: Ruptura Uterina (57.90o/o), Atonía Uterina (17.13o/o) y Placenta Acreta (15.79o/o).
9. El tipo de Histerectomía más empleado fue la Abdominal Total con 62.52o/o porcentaje que no es satisfactorio en comparación a otros estudios.
10. La Ruptura Vesical se observó como causa más frecuente de complicaciones Trans-operatorias con 3.94o/o.
11. La Complicación Post-Operatorio más común fue Infección Urinaria (9.21o/o), seguida de Infección Cúpula Vaginal (7.89o/o).

12. La Mortalidad Materna Post-operatorio fue de 2.63o/o.
13. El peso del Recién Nacido no se puede afirmar a cabalidad si influyó en el apareamiento de Distocias y posteriores complicaciones.
14. De las 76 pacientes a quienes se les efectuó Histerectomía Obstétrica, 3 fallecieron dando un porcentaje de 3.94o/o.

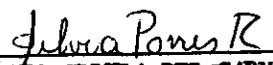
RECOMENDACIONES

1. Que los diagnósticos tanto de ingreso como de egreso sean cuidadosamente revisados.
2. Tratar de averiguar causa de Atonía Uterina cuando la paciente aún se encuentre hospitalizada.
3. Practicar siempre que sea posible, en un mayor porcentaje Histerectomía Abdominal Total para evitar así posteriores patologías del Cervix.
4. Tratar de disminuir los accidentes que obligan a efectuar la Histerectomía.

BIBLIOGRAFIA

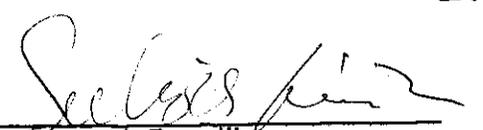
1. Arana Arana Julio.
Cesárea-Histerectomía Total. Reporte de 100 casos consecutivos y revisión de la Estadística Mundial. Ginec. Obstet. Mex. 40(242). 419-26. Dic. 76.
2. Barclay D. et. al.
Elective Cesarean Hysterectomy: A 5 year comparison with Cesarean Section. American J. Obstet Gynecol. 124:900-5. April 15, 1976.
3. Bazley William S. et al
Post-partum hysterectomy for sterization. Am J Obstet Gynecol 119:139-49. 15 May 74.
4. Chávez José y col.
Morbi-mortalidad Materna en la Cesárea-Histerectomía. Ginec. Obstet. Mex. 551-61 Mayo 74.
5. De León Asturias Guillermo.
La Histerectomía Obstétrica en el Hospital Roosevelt de Guatemala. Tesis de Grado. Facultad de Medicina. Guatemala 1962.
6. Durfee B. R.
Evolución de la Histerectomía Cesárea. Clinic Obstet Ginecol 12: 575. 1969.
7. García Ruano. Luis Felipe.
Cesárea-Histerectomía en un solo tiempo. Revisión de cinco años retrospectivos (1969-1974) en el Hospital General "San Juan de Dios". Tesis de Grado. Guatemala. Julio 1974.
8. Goodman Louis S. y Alfred Gilman.
Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Cuarta Edición. Versión española por Alberto Folch, Miguel A. Mota y Santiago Sapiña R. México: Nueva Editorial Interamericana. S.A. 1974.

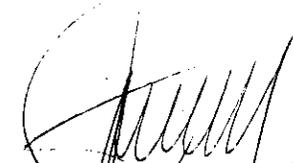
9. Heelman, Louis M. y Jack A. Pritchard.
Obstetricia de Williams. 14 Edición. Versión española por Alfonso Fernández Cid y José M. Carrera. México. Salvat Editores. S.A. 1973.
10. Novak, E.R.; G.S. Jones y H.W. Jones JR.
Tratado de Ginecología. Novena Edición. Versión española por Alberto Folch y Pi. México. Nueva Editorial Interamericana. S.A. 1977.
11. Pelosi, Marco M.D. et al.
Prophylactic internal iliac artery ligation al Cesarean histerectomy. Am J. Obstete Gynecol 121(3): 3948. Feb, 75.
12. Provedourakis, Constantin N.
Emergency Cesarean Histerectomy. International Surgery. 59 (1): 33-34. Jan 1974.
13. Schwarcz., R., Silvestre Sala y Carlos Duverges.
Obstetricia, Tercera Edición. Argentina. El Ateneo, Pedro García. S.A. 1977.
14. Soto Carlos.
Maternidad Hospital Roosevelt. Trabajo presentado al VII Congreso de Gineco-Obstetricia. Guat. Feb. 1978.
15. Wylie W.D. y H.C. Churchill-Davidson.
Anestesiología. 2a. Edición. Salvat Editores. S.A. México.


 Br. ANA SILVIA DEL GARMEN PORRES RODAS

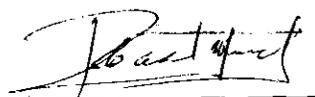

 Asesor
 Dr. CARLOS SOTO VASQUEZ


 Revisor
 Dr. EDUARDO FUENTES SPROSS


 Director de Fase III
 Dr. JULIO DE LEON


 Secretario General
 Dr. RAUL CASTILLO RODAS

Vo.Bo.


 Decano
 Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO