

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE"

LUIS ANGEL DIAZ SAMAYOA

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. REVISION DE LITERATURA
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La Histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente utilizados en ginecología. Este procedimiento que consiste en la extirpación total o subtotal del útero, puede llevarse a cabo según ciertas condiciones e indicaciones, por vía abdominal o vaginal.

El presente trabajo de tesis tuvo por objetivo, hacer un estudio retrospectivo de dos años comprendidos de 1979 a 1980, en el Departamento de Ginecología del Hospital General de Occidente, sobre la incidencia de las Histerectomías, determinando que porcentaje de éstas fueron vía abdominal y qué porcentaje fueron vía vaginal.

Así también, se establecieron cuales fueron las indicaciones que determinaron la vía de intervención; se investigó además, el diagnóstico más frecuente, la edad, paridad, mortalidad, etc., que hayan influido en la elección.

Por último, con la presente investigación se pretende aportar información que pueda ser utilizada como una base comparativa para estudios posteriores sobre el tema.

El Autor

II. OBJETIVOS

- I- Conocer la incidencia de Histerectomía en el Departamento de Ginecología del Hospital General de Occidente, en los años comprendidos de 1979 a 1980.
- I- Determinar el porcentaje de Histerectomías Abdominales y vaginales con respecto al total de éstas.
- I- Conocer cual fue el motivo de ingreso más frecuente, de las pacientes en quienes se realizó histerectomía.
- /- Conocer en que grupo etareo se efectúa con más frecuencia este procedimiento.
- /- Relacionar la paridad, así como otros diagnósticos obstétricos con la incidencia de este procedimiento.
- Conocer en que procedimiento se presenta mayor número de complicaciones, trans y post-operatorias.
- Determinar el diagnóstico más frecuente como indicación de Histerectomía.
- Determinar la morbi-mortalidad de las pacientes en quienes se les efectuó histerectomía, y en que procedimiento fue más alta ésta.
- Determinar si el Proyecto Hope introdujo cambios o nuevas técnicas quirúrgicas en el Departamento de Ginecología, mediante la comparación con estudios anteriores.

III. REVISIÓN DE LITERATURA

VIA DE ACCESO A LOS GENITALES INTERNOS:

El acceso a los órganos genitales internos —útero, trompas, ovarios, etc.— puede tener lugar mediante laparotomía o desde la vulva (por la vagina). El que se opere por vía abdominal o por vía vaginal viene determinado, por de pronto, por la extensión de las alteraciones morbosas de los órganos o de partes de órganos, y de la naturaleza de la intervención planeada —de si se proyecta la extirpación de un órgano, de parte de él, de todos los genitales internos o de si se piensa en una intervención plástica o restauradora—. La anchura y la extensibilidad del introito vaginal y de la vagina, y la movilidad del útero son factores fundamentales. Junto a tales factores orgánicos, es menester tomar asimismo en consideración el estado general y la edad de la paciente. Las operaciones vaginales son para las enfermas casi siempre menos gravosas que las abdominales. Finalmente, también desempeñan papel la experiencia y la destreza del operador. Es de desear que el ginecólogo en actividad operatoria domine tanto la vía abdominal como la vaginal.

Antes de comenzar la operación es menester sopesar cuidadosamente la intervención que se va a comenzar por la vía vaginal podrá ser terminada también por tal vía. A este respecto es de recomendar repetir la exploración combinada de la paciente yacente sobre la mesa de operaciones y ya narcotizada: se prueba entonces la movilidad del útero prendiendo su portio vaginalis con unas pinzas sacabalas y ejecutando unas tracciones de prueba hacia abajo. Cuando, durante una operación iniciada por vía vaginal, se demuestra que el órgano o una parte de él se hallan fijos o cuando se presentan hemorragias incoercibles de vasos traídos en un parametrio o en partes situadas aún más altas, habrá que decidirse, si es necesario, a la laparotomía (tras una nueva antisepsia de las manos).

Hay que proceder por vía abdominal en:

- Los grandes tumores que alcanzan, sobrepasando el plano del estrecho superior de la pelvis, la cavidad abdominal libre;
- todos los tumores que se hallan fijados por cicatrices, procesos inflamatorios, por adherencias y estados endometriósicos;
- todos los tumores ováricos, sean quísticos o sólidos.
- adenomiosis uteri, carcinoma corporal:

Cierto que en ocasiones es posible extirpar por vía vaginal, después de su punción y de la evacuación de su contenido, los quistes monoloculares de tamaño pequeño o mediano, pero nunca cabe predecir si no se trata de una formación maligna o no se halla también enfermo el otro ovario, o si no existen en cualquier parte adherencias que hagan difícil el simple abajamiento de la bolsa quística por tracción desde abajo. La peritoneización de los muñones después de las operaciones vaginales no es siempre posible con exactitud, de modo que a menudo se forman exudados que se infectan y pueden acarrear movimientos febriles y una convalecencia lenta.

c— Se elige la vía Abdominal también en:

- para la extirpación de los anexos uterinos alterados por un proceso inflamatorio (piosalpinx, tuberculosis, o la endometriosis).

d— Entran en consideración para la vía Vaginal:

- prolapso total, perforación uterina y
- útero metropático por motivo de hemorragias.

Procedemos a la extirpación vaginal del útero miomatoso cuando dicho órgano se halla libremente movable y es de un tamaño como uno o dos puños.

La operación radical por carcinoma cervical por vía vaginal, a lo Schauta, que se inicia con una gran incisión vagino-perineal de Schauta. Las cubiertas abdominales muy adiposas pueden ser motivo, en ciertas circunstancias y dado un favorable acceso a los genitales, de que nos decidamos por la vía vaginal.

Un proceder abdómino-vaginal combinado lo exige la operación radical de los tumores carcinomatosos en el Douglas, que interesan la pared anterior del recto, la cúpula vaginal y la pared posterior del útero o la llamada exenteración total o parcial por carcinoma cervical avanzado.

También el tratamiento de las lesiones por perforación de la cúpula vaginal y del recto exige a menudo un proceder abdómino-vaginal.

b— A. TECNICAS:

Histerectomía Vaginal Simple Ascendente:

1. En paciente con relajación o laceración perineales, puede prescindirse de corte paravaginal. En caso contrario se hará un corte paravaginal que se acostumbra a hacer en el lado izquierdo: con el dedo índice de la mano izquierda de la línea media se practica un profundo corte oblicuo, hacia abajo y afuera, que interese pared vaginal, músculos perineales, elevador del ano, hasta fosa isquiorrectal y piel del perineo hasta la misma altura del ano. Luego se ligan los vasos sangrantes.
2. Aplicada una gasa en esta superficie cruenta, se introduce una valva de Doyen en la vagina ampliada. Con ayuda de una espátula se visualiza el cuello uterino, en el que se hace presa con una robusta pinza de dos garfios que abarque ambos labios cervicales. Puede sustituirse esta pinza, a voluntad, por unos puntos oclusores de seda recia.
3. Con el bisturí se secciona transversalmente la pared vaginal a nivel de su inserción en el cuello por delante y por detrás; a ambos lados se reúnen estas líneas de sección, alejándose algo del cuello y formando ángulo agudo. De esta manera la brecha del fondo de la vagina será más amplia. La profundidad a que se ha de practicar el corte la enseña la experiencia; debe alcanzar hasta la musculatura uterina pero sin profundizar en ella; un corte demasiado superficial o demasiado profundo no permiten hallar fácilmente los planos de despegamiento o clivaje.
4. Atrayendo el cuello uterino y levantando la pared vaginal superior, se cortan a punta de tijera las fibras de inserción de la fascia vesicovaginal en cuello uterino. Sin desviarse de la línea media se observará que, una vez cortadas estas fibras, es fácil, por disección obtusa, tunelizar un espacio entre istmo de útero y vejiga.
5. En la cara posterior del cuello, tirando de éste hacia arriba y separando con pinzas la pared vaginal posterior, también a punta de tijera, se desprende la fascia vaginal hacia abajo; a continuación se disecciona obtusamente, a dedo o a tijera, rasando la cara posterior del cuello hasta llegar al fondo de saco de Douglas, que, si no se ha abierto con la presión de la disección obtusa, se abrirá de un tijeretazo. Amplíese la brecha peritoneal a cada lado hasta llegar a la raíz del ligamento uterosacro.

6. A cada lado del cuello uterino se profundiza el corte inicial con bisturí o a tijera, de manera que allí también se seccione y aleje la fascia vaginal. A veces sangra aquí algún vaso; píncese y líguese.

7. Preparado así el cuello, se introduce una espátula entre cuello uterino y vejiga urinaria, poniéndose así en evidencia los ligamentos vesicouterinos, los cuales se seccionan entre dos pinzas, sin profundizar mucho, pues en la profundidad de ellos se hallan los uréteres. Líguense los pedículos vesicales y de los ligamentos cardinales o de Mackenroth.

8. Volviendo a elevar el cuello uterino e introduciendo el dedo índice de la mano izquierda en el Douglas ya abierto, se reconocen, los ligamentos uterosacros, cordones que de la parte posterior de la pelvis suben a insertarse en la cara posterior del cuello uterino. Abarcando uno de ellos con el dedo en gancho, píncese a poca distancia del cuello y seccionese entre pinza y cuello. Hágase la misma maniobra para el otro uterosacro. Ligadura por transfixión de ambos pedículos dejando largos los cabos de las ligaduras. La sección de ambos uterosacros da una mayor movilidad al cuello uterino.

9. Ahora hay que distanciar por disección obtusa los tejidos que cubren el parametrio. Esta disección obtusa, a dedo o apoyando la punta de la tijera curva y abriendo las ramas para dislacerar los tejidos, se practicará con prudencia, hasta hallar los vasos uterinos, teniendo cuidado de no herirlos; por delante del parametrio hay que separar hacia arriba la parte profunda del ligamento vesicouterino, y así se deja el cayado del uréter; préstese mucha atención a ello.

10. Con una pinza de Mikulicz se hace presa en el ligamento de Mackenroth, cerca del cuello e istmo uterinos, incluyendo precisamente los vasos uterinos. Hacia afuera de la pinza colocada y firmemente cerrada se coloca una pinza de Kocher que abarcará el mismo pedículo; seccionese el parametrio en su totalidad y con él los vasos uterinos. Al otro lado se procede igualmente. Libre el útero de sus ataduras cervicales, desciende mucho traccionando.

11. Con una espátula que eleve la vejiga urinaria se descubre ahora el pliegue peritoneal vesicouterino, nacado, convexo hacia el operador; pellízquese con una pinza de disección y ábrase el peritoneo de un tijeretazo; prolonguese a ambos lados el corte del peritoneo. Introdúzcase rasando el útero, una gasa que impida el descenso, siempre molesto, de asas intestinales o apéndices epiploicos; coadyuva a este fin un ligero basculamiento de la enferma en trendelenburg.

12. Introduciendo dos dedos por esta brecha se abarca el fondo uterino, el cual se atrae hacia afuera basculándolo hacia delante. Así se ponen en tensión los ligamentos anchos. Si el útero no es de excesivas proporciones, no hay dificultad en esta maniobra; pero si el tamaño del útero tumoral la impide, debe procederse al fraccionamiento, como se describe más adelante.

13. Con ayuda de una espátula superior y otra lateral se visualizan ligamento redondo, trompa y ligamento uteroovárico de un lado, ligamentos que se abarcan, de arriba abajo, con una pinza grande de Kocher colocada entre útero y ovario; ciérrase a fondo esta pinza y por fuera de ella colóquese otra más pequeña, de seguridad. Seccionese todo el pedículo entre pinza y útero, quedando liberado ya totalmente un lado del útero. La misma operación en el otro lado y quedará en nuestras manos el útero extirpado.

14. Si se decide cerrar el peritoneo, puede efectuarse con un solo punto circunvalante en bolsa, o por dos puntos a uno y otro lado. Se prenden con el punto pellizcos de peritoneo, siguiendo el sentido de las agujas de reloj, comenzando por el peritoneo vesical; a continuación, ligamento infundíbulo pélvico o uteroovárico, algo lejos de las pinzas de los pedículos de parametrio y de ligamento uterosacro; se continúa por detrás, con un par de puntos que prendan el peritoneo del Douglas, y, a continuación, se completa la circunvalación en el otro lado hasta llegar a la plica. Se dejan largos estos cabos, llevándolos a descansar por encima del pubis. Todos estos pellizcos en el peritoneo deben ser superficiales, para no herir vasos ni uréteres.

15. Líguense ahora por transfixión y catgut recio todos los pedículos, retirando la gasa de taponamiento provisional y rechazando hacia arriba cualquier asa intestinal o apéndice epiploico que prolapsasen, se anuda el punto de peritoneización, ocluyendo así la brecha y quedando extraperitoneales todos los pedículos.

16. Luego se fija la cúpula vaginal por medio de los pedículos uterosacros y cardinales de cada lado.

17. Puede estrecharse la brecha del fondo vaginal, facilitando así su cicatrización, con sutura entrecortada que aproxime el borde vaginal anterior al posterior, dejando un pequeño ojal para el taponamiento.

18. Y, finalmente, se procede a suturar el corte paravaginal. Se coloca sonda vesical permanente.

Histerectomía Abdominal Subtotal:

Posición en declive moderado de Trendelenburg.

1. Laparotomía infraumbilical, ya media, ya según Pfannenstiel. Al abrir el peritoneo, hacerlo en sitio más cercano al ombligo que al pubis para evitar lesionar la vejiga urinaria, la cual frecuentemente está elevada en la miomatosis uterina.

2. Explorada manualmente la cavidad pélvica para hacerse cargo de la topografía de útero y miomas, se atrae hacia fuera el bloque formado por útero y miomas, atracción que puede hacerse, previa exteriorización de un polo del conjunto tumoral, mediante tirabuzón o con una robusta pinza de varios garfios que se aplica sobre el fondo uterino o sobre la sumidad tumoral.

3. Deben examinarse los anexos, con abjeto de decidir previamente se han de respetarse o extirparse parcial o totalmente, según las lesiones encontradas. Si se respetan, comenzará la histerectomía por pediculización de la parte alta del ligamento ancho, comprendiendo en este pedículo ligamento redondo trompa y ligamento propio del ovario. Entre la pinza de este pedículo y el ángulo uterino se coloca provisionalmente otra pinza para que no sangren los vasos uteroováricos, seccionado el pedículo entre ambas pinzas. Si por la topografía del caso quedan demasiado separadas las formaciones citadas en este primer pedículo, pueden pediculizarse independientemente ligamento redondo y el resto. Se practica la misma maniobra en el lado opuesto. Si se extirpan también los anexos, se formará un pedículo con el ligamento infundibulopélvico, muy cerca de ovario y trompa, y otro con ligamento redondo.

4. Traccionando el útero en dirección cefálica, se despliega y pone tenso el fondo vesicouterino. Levantando con unas pinzas el peritoneo vesical a nivel del istmo uterino, se secciona transversalmente ese peritoneo, prolongando la incisión, a lado y lado, hasta reunirse con la incisión hecha antes a cada lado del útero, al seccionarlo de los anexos. Se rechaza el peritoneo vesical hacia la vagina con ayuda de gasa montada en un pinza.

5. A nivel del istmo se coloca, a cada lado, una pinza de Faure o de Mikulicz, que pince los vasos uterinos. A continuación, asegurándonos de que la cara posterior del istmo está libre de toda adherencia, se secciona transversalmente, y con bisturí, el cuello uterino, justamente por encima del nivel al que se colocaron las pinzas de útero, seccionando también los vasos pinzados, fijando el labio

anterior de la sección con una pinza de garfios. Una vez desprendido y separado el útero, practicamos una resección cuneiforme de la misma mucosa uterina del cuello. Debe tenerse cuidado de que el cuello quede bien aislado de las víceras abdominales, por compresas, para evitar que el contenido del conducto cervical, posiblemente séptico, pueda contaminar el peritoneo. En este momento se fija el cuello mediante dos pinzas de garfio en los extremos de su diámetro sagital, y con un bisturí fino, de tipo lanceta, se hiende en plena muscular hasta la vagina, extirpando, con movimientos de vaivén y circulares, toda la mucosa cervical y la mayor parte de la portio. El instrumental que se ha puesto en contacto con la mucosa uterina debe apartarse.

6. Se procede seguidamente a suturar el muñón del cuello mediante sutura continua, formada por tres o cuatro puntos que lo atraviesen de atrás adelante, teniendo cuidado de no incluir el peritoneo vesical en la sutura, ni la vejiga.

7. Inmediatamente se ligan los pedículos de los vasos uterinos, para lo cual con aguja curva montada con catgut recio, se atraviesa de atrás adelante el mismo borde del cuello uterino, cargando algo de musculatura, para tener la seguridad de que no se pinzan los vasos que vamos a ligar. Se procede de igual manera en el otro lado.

8. Se ligan a continuación los pedículos correspondientes a anexos y ligamentos redondos.

9. Y se procede a la peritoneización cuidadosa de toda la superficie cruenta, para lo cual se empieza por el lado derecho, practicando un punto en bolsa que coja, por fuera de las ligaduras, ligamento redondo, trompa, ligamento utero-ovárico y peritoneo posterior de ligamento ancho; al cerrar este punto, queda invaginado el pedículo de ese lado; a continuación se sigue la sutura, cogiendo peritoneo anterior y posterior de ligamento ancho, teniendo cuidado de no abarcar mucho en este último para no incluir o lesionar el uréter correspondiente. Al llegar a nivel del muñón uterino, se continúa la sutura, haciendo presa los puntos en cara posterior del muñón y borde libre de peritoneo vesical, de manera que éste venga a cubrir el muñón uterino. Se continúa la sutura en el lado izquierdo de la misma manera, acabándola con un punto en bolsa, análogo al inicial, que deje extraperitoneales las ligaduras de los pedículos del lado izquierdo.

10. Se comprueba el resultado técnico de la operación y se procede al cierre de la pared abdominal.

Histerectomía Abdominal Total: Técnica Clásica.

Antes de la operación se practica una rigurosa desinfección de la vagina con ayuda de valvas que la desplieguen.

Los cuatro primeros tiempos, igual que para la subtotal; el despegamiento de la vejiga debe llevarse obtusamente, hasta el límite inferior del cuello uterino, el cual se aprecia bien por palpación; se completa la separación de la vejiga urinaria por los lados, desprendiéndola de los bordes uterinos.

Se pinzan y seccionan los vasos uterinos y parametrio, conforme van apareciendo, a los lados del útero, rasando su mismo borde, hasta el nivel inferior del cuello uterino. Se pinzan y seccionan igualmente los ligamentos uterosacros.

El útero queda sólo fijado por la inserción vaginal.

Con una pinza de un garfio se hace presa en la pared vaginal anterior, y a nivel de la inserción uterovaginal se abre la vagina de un tijeretazo y se secciona circularmente la misma, rasando siempre la inserción cervical, haciendo presa en el borde vaginal con varias pinzas largas de Kocher.

Abierta la luz vaginal, se pasa en dirección valvar un tallo Cónill, montado con una amplia mecha de gasa; limpieza por arrastre. Si el caso ha sido séptico o la hemostasia imperfecta, se dejará parte de la mecha en la superficie cruenta pélvica, peritoneizando por encima de ella; pero si el caso es limpio y la hemostasia perfecta, se retira del todo la gasa vaginal, mediante puntos separados que atraviesan de detrás adelante, haciendo la hemostasia que convenga del paracolpio.

Ligados todos los pedículos seccionados y después de cercionarnos de que la hemostasia es buena, se espolvorea la superficie cruenta pelviana con sulfamida estéril y procedemos a la peritoneización igual que en la isterectomía subtotal, con la diferencia de que en la parte media se une el borde del peritoneo vesical con el peritoneo del Douglas, teniendo cuidado de no perforar el recto.

Y se cierra la cavidad abdominal.

IV. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Para la elaboración del presente trabajo se tesis, se investigó en el archivo del Hospital General de Occidente, todas las fichas de las pacientes en quienes se realizó Histerectomía, determinando los parámetros siguientes:

Edad	Diagnóstico de Egreso
Raza	Tratamiento Quirúrgico
Motivo de Consulta	Técnica Quirúrgica
Paridad	Complicaciones
Abortos	Mortalidad
Tx. Quirúrgico Previo	Morbilidad
Rectocele	Histopatología
Cistocele	Antibióticoterapia
Diagnóstico de Ingreso	

Todo lo anterior constituyó el material de la presente investigación.

METODO:

Para la recopilación de los datos citados anteriormente, se prosiguió como sigue:

- 1o. Se buscó en el Fichero que para el efecto existe en el Archivo de este Hospital, las tarjetas que contenían la clasificación de histerectomías.
- 2o. Se recopilaron los números de historia clínica que aparecían en las tarjetas de histerectomías citadas anteriormente, y se buscó en el archivo las fichas que correspondieron a dichos números.
- 3o. Se elaboró una hoja de trabajo, en la cual se registraron todos los datos encontrados según los parámetros anteriores, con lo cual se procedió a su tratamiento estadístico.

RECURSOS: HUMANOS:

Entre estos se contaron con los médicos Asesor y Revisor, personal del Archivo y Estudiante interesado.

FISICOS:

Entre los cuales contamos con las hojas de trabajo elaboradas para la recopilación de datos, el local del Archivo del hospital, papelería, máquina de escribir, escritorio, bolígrafos y revisión bibliográfica.

ANALISIS ESTADISTICO:

En la presente investigación se elaboraron tablas y gráficas, así también se aplicaron fórmulas estadísticas para su mejor comprensión.

V. RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO NUMERO UNO

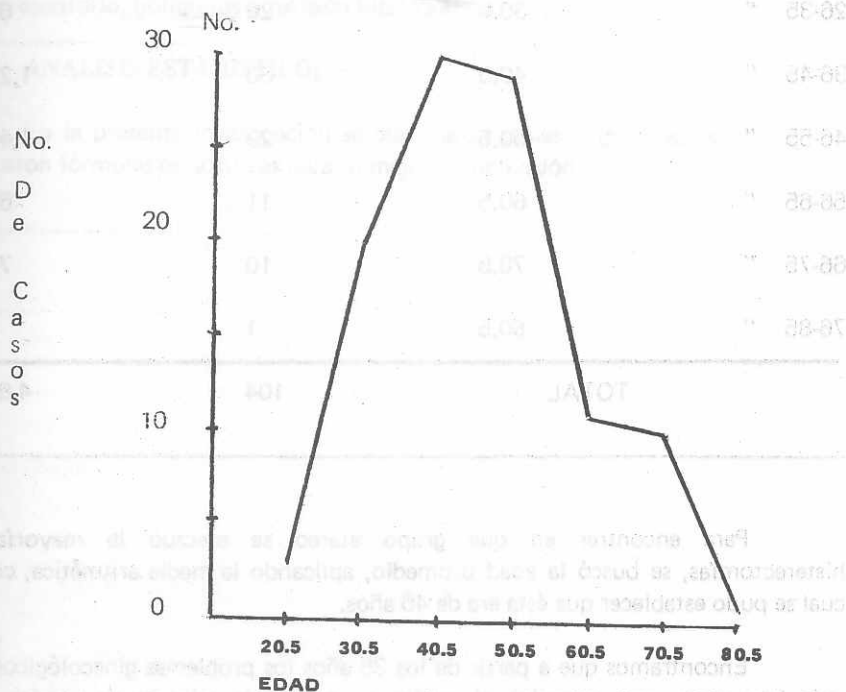
GRUPO ETAREO MAS AFECTADO:

EDAD	f	Xi	f.Xi
16-25 años	20.5	3	61.5
26-35 "	30.5	20	610.0
36-45 "	40.5	30	1,215.0
46-55 "	50.5	29	1,464.5
56-65 "	60.5	11	665.5
66-75 "	70.5	10	705.0
76-85 "	80.5	1	80.5
TOTAL		104	4,800.0

Para encontrar en que grupo etareo se efectuó la mayoría de histerectomías, se buscó la edad promedio, aplicando la media aritmética, con la cual se pudo establecer que ésta era de 46 años.

Encontramos que a partir de los 35 años los problemas ginecológicos son más frecuentes, por ejemplo: el prolapso uterino, la leiomatosis uterina y la metropatía hemorrágica, constituyen un alto porcentaje de diagnósticos como se verá más adelante.

A continuación se presenta la Gráfica No. 1 para comprender mejor la incidencia de Histerectomías en los diferentes grupos etareos.



CUADRO NUMERO DOS

RAZA MAYOR AFECTADA

RAZA	No.	o/o
Ladina	72	60.2
Indígena	32	30.8
Total	104	100.0

Se determinó que la Raza ladina fue más afectada que la indígena, aunque hay que tener en cuenta que la falta de afluencia al Hospital de parte de la raza indígena, es mayor debido a su situación económica, distancia, transporte e ignorancia, etc., que afectan a un gran número de personas de este grupo.

CUADRO NUMERO TRES
MOTIVO DE CONSULTA MAS FRECUENTE

MOTIVO	No.	o/o
Prolapso Genital	31	29.8
Hemorragia Vaginal	28	26.9
Referida por facultativo	12	11.5
Dolor Abdominal	7	6.7
Masa Abdominal	5	4.8
Trabajo de Parto	4	3.8
Disritmia	3	2.9
Dolor Dorsolumbar	3	2.9
Dolor en fosas ilíacas	2	1.9
D.I.U.	2	1.9
Transversa Abandonada	2	1.9
Displasia por Papanicolau	2	1.9
Disuria y poliuria	2	1.9
Incontinencia Urinaria	1	0.9
Total	104	100.0

La mayoría de pacientes que ingresaron al Hospital, su motivo de consulta más frecuente fue el prolapso uterino que representó al igual que la hemorragia vaginal, los problemas que más afectaron a las pacientes, y que fueron indicación de histerectomía; estos resultados coinciden con los obtenidos en otro estudio sobre el mismo tema (6).

CUADRO NUMERO CUATRO

**PARIDAD Y ABORTOS Y SU INTER RELACION
EN LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS:**

		ABORTOS					TOTAL:
		0	I	II	III	VI	
P A R I D A D	0	4					4
	I	5	2				7
	II	7	3		1		11
	III	6	2				8
	IV	8	1	2	1		12
	V	7	1	1			9
	VI	6	7	1	1		15
	VII	2		1	1		4
	VIII	3	1			1	5
	IX	5	3	2			10
+ de X	X	8	2		2		12
	+ de X	4	1	2			7
TOTAL:		65	23	9	6	1	104

En el cuadro anterior se presenta la relación, entre la paridad y los abortos

de las pacientes hysterectomizadas.

Encontrando que el 37.5o/o de las pacientes, presentaron uno o más abortos; y el 96.2o/o tuvieron paridad.

Es interesante observar, que en las pacientes con más de cuatro partos, éstas presentaron una incidencia mayor de abortos.

CUADRO NUMERO CINCO

PACIENTES CON RECTO-CISTOCELE, ASOCIADOS AL PROBLEMA GINECOLOGICO.

CISTOCELE						
		GI	GII	GIII	no se determinó ninguno	TOTAL
RECTO-CISTOCELE	GI	7	6	6		19
	GII	2	9	2		13
	GIII		1	6		7
	no se determinó ninguno				18	18
		3	3	5	36	47
	Total:	12	19	19	18	36
						104

La incidencia de estos dos problemas ginecológicos, fue bastante elevada en el presente estudio; llegando a ser el 37.5o/o para el rectocele, y el 48.1o/o para el cistocele.

En las fichas clínicas revisadas, no se determinó éste problema en el 17.3o/o.

Encontrándose asociados estos dos problemas al prolapso uterino en un alto porcentaje.

CUADRO NUMERO SEIS

DIAGNOSTICO DE INGRESO Y EGRESO DADOS A LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

DIAGNOSTICOS	Dx DE INGRESO		Dx DE EGRESO	
	No.	o/o	No.	o/o
Prolapso Genital total	43	22.1	52	26.7
Recto-Cistocele	39	20.0	50	25.6
Fibromatosis Uterina	25	12.8	30	15.4
Metropatía Hemorrágica	16	8.2	7	3.6
Ruptura Uterina	2	1.0	5	2.6
Ca. de Cervix	6	3.1	4	2.1
Quiste de Ovario	8	4.1	3	1.5
Transversa Abandonada	2	1.0	2	1.0
Amenaza de Aborto	3	1.5	1	0.5
Embarazo Ectópico	1	0.5	1	0.5
Masa Intra Pélvica	5	2.6	-	0.0
Cuerpo Extraño	1	0.5	1	0.5
Incontinencia Urinaria	2	1.0	-	0.0
Otros Diagnósticos	42	21.5	39	20.0
TOTAL:	195	100.0	195	100.0

Como se pudo comprobar, los diagnósticos de ingreso y egreso, dados a las pacientes hysterectomizadas, difirieron en un bajo porcentaje entre sí; probablemente debido a que un alto porcentaje de las pacientes, presentaron problemas de fácil diagnóstico, como el prolapso uterino, el rectocistocele, etc.

Además, se pudo establecer que las fichas llenadas al ingreso de las pacientes por emergencia o consulta externa, son muy deficientes; encontrándose por ejemplo: diagnósticos unicamente definitivos, sin una impresión clínica, ni diagnóstico diferencial, esto no incluyendo los problemas como el prolapso uterino y el rectocistocele, por último, no se describen todos los problemas que presentan las pacientes, ya sean ginecológicos o no.

CUADRO NUMERO SIETE

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS:

PROCEDIMIENTO	No.	o/o
Papanicolau	30	28.8
Legrado	3	2.9
Biopsia	3	2.9
Ninguno	68	65.3
TOTAL	104	100.0

Para confirmar los diagnósticos dados al ingreso de las pacientes, se efectuaron únicamente 36 procedimientos diagnósticos, que porcentualmente son el 34.6o/o del total. Como se pudo establecer, fue bastante escueta la utilización de medios diagnósticos en las pacientes, antes del procedimiento quirúrgico.

El papanicolau, constituyó el medio diagnóstico por el cual se comprobó en el 28.8o/o de los casos el diagnóstico de ingreso.

CUADRO NUMERO OCHO

VIA Y TIPO DE INTERVENCION MAS UTILIZADA EN LA HISTERECTOMIA:

VIA DE INTERVENCION	No.	o/o
Histerectomía Abdominal Total	45	43.3
Histerectomía Abdominal Subtotal	4	3.8
Histerectomía Vaginal	55	52.9
TOTAL	104	100.0

La vía de intervención más utilizada, fue la vaginal, siguiéndole en muy poca diferencia la abdominal.

En la literatura revisada, se describe que la vía de intervención que presenta mejor pronóstico es la vaginal, aunque hay que tener en cuenta el diagnóstico, pues según éste así será la vía de intervención, (ver revisión de literatura, indicaciones de histerectomía vaginal y abdominal).

Además, se efectuaron cuatro histerectomías abdominales subtotales, que corresponden a un 3.8o/o únicamente del total de histerectomías efectuadas. Este último tipo de histerectomía no es muy frecuente debido a las complicaciones posteriores que presenta.

CUADRO NUMERO NUEVE
TECNICA UTILIZADA CON MAS FRECUENCIA
EN LA HISTERECTOMIA

TECNICA	No.	o/o
Gine	2	1.9
Mayo Modificada	1	0.9
No Descrita	101	97.2
TOTAL	104	100.0

De todas las papeletas revisadas, únicamente en tres de éstas se encontró descrita la técnica utilizada en la histerectomía; en las demás papeletas no se describieron.

También se pudo establecer, que el récord operatorio, al igual que la nota operatoria, no describen como debiera ser el procedimiento, ni mucho menos la técnica utilizada.

Por lo cual en la presente investigación, no se estableció una comparación con estudios efectuados anteriormente, sobre este tema.

CUADRO NUMERO DIEZ
OTROS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS
CON LA HISTERECTOMIA

PROCEDIMIENTO	No.	o/o
Salpingo oforectomía	11	39.3
Apendicectomía profiláctica	11	39.3
Oforectomía	4	14.3
Salpingectomía	2	7.1
TOTAL	28	100.0

Se investigó además, qué otros procedimientos quirúrgicos se efectuaron con la histerectomía y su incidencia; encontrando que la salpingo oforectomía, al igual que la apendicectomía profiláctica, fueron los procedimientos más ejecutados.

Como se pudo establecer, la apendicectomía profiláctica o indidental, fue un procedimiento bastante efectuado, aunque en la literatura, ya no se promueve su realización, por los problemas que puede conllevar.

CUADRO NUMERO ONCE

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

ANTECEDENTES	No.	o/o
Legrado Uterino	6	5.8
Otros no Determinados	4	3.8
C.S.T.P.	3	2.9
Pomeroy	2	1.9
Colecistectomía	2	1.9
Embarazo Ectópico	1	0.9
Ninguno	86	82.8
TOTAL	104	100.0

Se quiso investigar, que porcentaje de pacientes con histerectomía, presentaban en sus antecedentes un tratamiento quirúrgico previo; determinando así, alguna relación que pudiera existir con el problema actual que tuvo como indicación el tratamiento con histerectomía.

Se encontró que únicamente el 17.2o/o de las pacientes investigadas tuvieron un tratamiento quirúrgico previo, y entre éste el legrado fue el más utilizado.

CUADRO NUMERO DOCE

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES

COMPLICACIONES	No.	o/o
Infección Urinaria	25	50.
Infección de Herida Operatoria	4	8.
Fiebre de Etiología	4	8.
Infección de Cúpula Vaginal	3	6.
Retención Urinaria	3	6.
Neumonías	2	4.
Otros	2	4.
Dehiscencia de Herida Op.	2	4.
Hematoma de la Cúpula Vaginal	2	4.
Prolapso de Cúpula Vaginal	1	2.
Anemia	1	2.
Incontinencia Urinaria	1	2.
TOTAL	50	100.

La complicación más frecuente en la presente investigación, fue infección urinaria, que porcentualmente correspondió al 24o/o del total de las pacientes, y al 50o/o de las complicaciones encontradas.

Como se sabe, este problema es muy frecuente en la histerectomía vaginal debido a la sonda vesical permanente que se deja en las pacientes.

Así también vemos que la infección de herida operatoria y la fiebre post operatoria, fueron otros problemas que se presentaron con frecuencia, en total, 48.1o/o de las pacientes histerectomizadas, presentaron algún tipo de complicación.

CUADRO NUMERO TRECE
ANTIBIOTICOTERAPIA UTILIZADA

ANTIBIOTICO	POR INFECCION		PROFILACTICO	
	No.	o/o	No.	o/o
Ampicilina	14	33.3	18	60.0
Penicilina	10	23.8	4	13.3
Sulfametoxazol más Trimetoprin	9	21.4	3	10.0
Cloranfenicol	8	19.0	4	13.3
Gentamicina	1	2.4	0	0.0
Kanamicina	0	0.0	1	3.3
TOTAL	42	100.0	30	100.0

Se investigó el uso de los antibióticos, en las pacientes a quienes se les realizó histerectomía, y que presentaron o no infección; se encontró que el 40.3o/o de los tratamientos, fueron dados por infección, y que el 28.8o/o fue dado profilacticamente, habiéndose dado un total de 72 tratamientos, que porcentualmente corresponde al 69.1o/o.

El antibiótico más utilizado en los tratamientos por infección, y profilácticos fue la Ampicilina.

CUADRO NUMERO CATORCE
RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS

RESULTADO H.P	No.	o/o
Cervicitis Crónica con quistes de Naboth	24	17.9
Leiomiomatosis Uterina	23	17.2
Cervicitis Crónica y Metaplasia Escamosa	20	14.9
Cervicitis Crónica	11	8.2
Sin Patología	10	7.5
Carcinoma Escamoso In Situ del Cervix	2	1.5
Carcinoma Epidermoide		
Bien Diferenciado Micro		
Invasivo del Cervix	2	1.5
Exocercix con Hiperplasia		
Pseudo Epiteliomatosa	1	0.7
Pólipo Endocervical	1	0.7
Otros Diagnósticos	19	14.2
No se Efectuó	21	15.7
TOTAL	134	100.0

Se investigaron los resultados histopatológicos de los úteros extirpados para determinar la entidad patológica más frecuente, la cual en el presente estudio fue la Cervicitis Crónica con Quistes de Naboth, con un 17.9o/o, seguida de la Leiomatosis Uterina con un 17.2o/o. Además podemos observar que se establecieron 4 diagnósticos de Ca cervical, que correspondieron al 3o/o del total de los resultados.

En estudios anteriores a este (6), la entidad patológica más frecuente correspondió a la Leiomatosis Uterina.

Como sabemos, el estudio histopatológico es un procedimiento importante, que debe realizarse en lo posible en todas las pacientes en quienes se efectúe histerectomía; en la presente investigación únicamente en 21 pacientes no se efectuó lo cual es un buen precedente que con el tiempo esperamos se mejore.

CUADRO NUMERO QUINCE

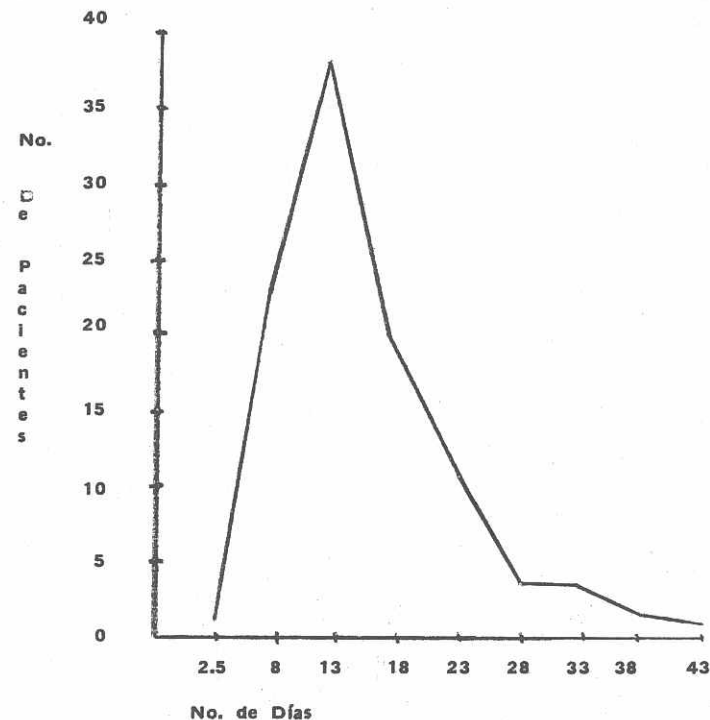
PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

DIAS	f	Xi	f.Xi
0 - 5	1	2.5	2.5
6 - 10	23	8.0	184.0
11 - 15	38	13.0	494.0
16 - 20	20	18.0	360.0
21 - 25	11	23.0	253.0
26 - 30	4	28.0	112.0
31 - 35	4	33.0	132.0
36 - 40	2	38.0	76.0
41 - 45	1	43.0	43.0
TOTAL	104		1,656.5

El promedio de días estancia de las pacientes histerectomizadas, se determinó, aplicando la media aritmética, estableciéndose así, que éste es de 15.9 días.

Como se puede observar, este promedio es elevado, debido en parte a las complicaciones que en un 48.1o/o, afectaron a las pacientes.

En la gráfica No. 2 se ilustra mejor, el promedio de días estancia de las pacientes histerectomizadas.



VI. CONCLUSIONES

A continuación se enumeran las conclusiones a que se llegaron en la presente investigación.

- 1— Se investigaron 104 casos de pacientes a quienes se les efectuó histerectomía en el Hospital General de Occidente en los años de 1979 a 1980.
- 2— La edad promedio, en la cual se efectuaron la mayoría de histerectomías fue de 46 años.
- 3— La raza mayor afectada, fue la Ladina, que porcentualmente le correspondió el 69.2o/o.
- 4— El motivo de consulta más frecuente de las pacientes que ingresaron al Hospital, fue el prolapso Genital en el 29.8o/o, seguido de las hemorragia Vaginal en 26.9o/o.
- 5— Las pacientes que presentaron más de cuatro partos, tuvieron una incidencia mayor de abortos.
- 6— Los problemas de recto—cistocele, se presentaron asociados al problema principal en un 37.5o/o para el rectocele, y en 48.1o/o para el cistocele.
- 7— Los diagnósticos de ingreso y egreso, difirieron en un bajo porcentaje.
- 8— Las fichas llenadas al ingreso de las pacientes en Emergencia y Consulta Externa, son muy deficientes.
- 9— La utilización de procedimientos diagnósticos, fue bastante pobre, habiendo sido el papanicolau el más utilizado.
- 10— La vía de intervención más utilizada fue la Vaginal en un 52.9o/o, seguida de la Abdominal en 47.1o/o.
- 11— No se pudo establecer la técnica más utilizada en las histerectomías, debido a que únicamente en tres de las 104 papeletas revisadas, se

encontró descrita la Técnica utilizada.

- 12— No se pudo realizar una comparación cualitativa y cuantitativa de nuevas técnicas introducidas por el Proyecto Hope, debido a que en 101 casos no hay descripción de las mismas con las que pudo haberse establecido comparación.
- 13— El récord operatorio al igual que la nota operatoria, son llenados con deficiencia.
- 14— La apendicectomía profiláctica es un procedimiento frecuente en la histerectomía abdominal.
- 15— El 17.2o/o de las pacientes histectomizadas presentaron un tratamiento quirúrgico previo.
- 16— La complicación más frecuente encontrada en la presente investigación fue la Infección Urinaria.
- 17— De los tratamientos dados a las pacientes histerectomizadas, el 25o/o fueron dados profilácticamente.
- 18— El medicamento más utilizado en los tratamientos, tanto profilácticos como por infección fue la Ampicilina seguida de la Penicilina.
- 19— El problema histopatológico más frecuente encontrado en la presente investigación fue la Cervicitis Crónica con Quistes de Naboth.
- 20— El promedio de días estancia de las pacientes histerectomizadas fue de 15.9 días.
- 21— En la presente investigación la mortalidad fue de 0o/o.

VII. RECOMENDACIONES

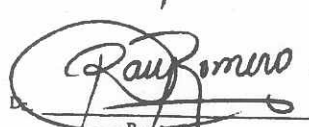
- 1— Que se haga conciencia en el personal encargado, para que se llenen papeletas de ingreso al Hospital, en forma adecuada.
- 2— Que se describan adecuadamente tanto el procedimiento como la técnica en el récord operatorio y la nota operatoria.
- 3— Que para la confirmación de los diagnósticos de ingreso, se utilicen con más frecuencia los procedimientos diagnósticos con los que se cuenta en el Hospital.
- 4— Tratar de no dar antibioticoterapia profiláctica en las pacientes histerectomizadas.
- 5— Que a las pacientes en quienes se realice histerectomía abdominal, se evite efectuar el procedimiento de apendicectomía incidental.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1— Amado Herrera Gonzalo Gilberto, "Histerectomía Abdominal", Estudio Realizado en el Hospital Regional de Zacapa, Universidad de San Carlos, Guatemala, 1979.
- 2— Cónill Montobbio Victor, "Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica" Editorial Labor S. A. Madrid 1980.
- 3— Grajeda Alonzo Carlos Enrique, "Histerectomía Vaginal y Abdominal Evaluación Histopatológica", Universidad de San Carlos de Guatemala 1979.
- 4— Pratt Joseph, "Prolapso de Cúpula Vaginal" Clínica Mayo, pag. 5.
- 5— R. Novak Edmund, Seegar Jones Georgeana y W. Jones Howard. "Tratado de Ginecología" 9na. Edición; Nueva Editorial Interamericana, S. A. México, 1977. pag. 107—114.
- 6— Ramírez Ruano David Estuardo, "Operación Histerectomía en el Hospital General de Occidente, Quetzaltenango" revisión del año 1973—1975. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 7— Schwalm, Horst "Clínica Obstétrico — Ginecológica" Editorial Alhambra, S. A. Madrid, Tomo VI pag. 9 - 12, 46 - 47 y 68 - 69.
- 8— Schwrcz, Ricardo, "Obstetricia" Tercera Edición Librería el Ateneo Editorial, Argentina 1978 pag. 864 — 865.
- 9— M. Hellman Louis, S. Pritchard Jack y M. Wynn Ralph Williams "Obstetricia" Editorial Salvat Editores, S. A. México 1978. pag 1020 — 1030.

Br. 
Luis Angel Diaz Samayoa

Dr. 
Asesor.
Dr. Julio Cesar Fuentes, M.D.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 2,558

Dr. 
Revisor.
FRANCISCO RAUL ROMERO I.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 2139

Dr. 
Director de Fase III

Dr. 
Secretario

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.