**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**PERTINENCIA DE HISTERECTOMÍA
HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA
Enero 1997 – Febrero 2002**

TESIS

**PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

POR

YANCY DEL ROCIO RAMOS ORTIZ

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE:

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2002

INDICE

I.	Introducción		1
II.	Definición del Problema		2
III.	Justificación		3
IV.	Objetivos		4
V.	Revisión Bibliográfica		5
VI.	Material y Métodos		25
VII.	Presentación de Resultados		29
VIII.	Análisis y Discusión de Resultados		47
IX.	Conclusiones		52
X.	Recomendaciones		53
XI.	Resumen		54
XII.	Bibliografías		55
XIII.	Anexos		58

I. INTRODUCCIÓN

El procedimiento quirúrgico de histerectomía es el procedimiento ginecológico más frecuente a nivel mundial, el mismo puede ser tanto una medida salvadora como innecesaria, algunas mujeres en general lo prefieren antes de someterse a cualquier otro tipo de tratamiento, considerándolo más adecuado basándose en la frase “el útero sirve para tener hijos y para albergar cáncer”. La importancia de un procedimiento indicado adecuadamente radica no solo en su manejo médico sino también en los efectos que tendrá sobre la paciente, ya que muchas consideran al útero como su símbolo de feminidad, y otras prefieren no tenerlo, por ello existen muchas controversias en indicar o no su extracción en casos específicos.

El presente estudio fue realizado en el Hospital Nacional del Departamento de Jalapa con el propósito de evaluar la pertinencia de histerectomía en el mismo, ya que existen estudios en la literatura médica que indican que dicho procedimiento es innecesario; en este hospital se realizan aproximadamente 4 histerectomías mensuales dependiendo de la demanda de pacientes; de allí la importancia de realizar este estudio, para el cual se tomaron,

como unidad de análisis, expedientes clínicos de pacientes hysterectomizadas en los últimos 5 años, y se hizo un análisis de las indicaciones por las cuales se realizaron los diversos tipos de hysterectomía, edad de paciente, si existieron complicaciones postoperatorias, compatibilidad del diagnóstico clínico con resultados microscópicos dados por el patólogo. Con esto se determinó qué porcentaje de las mismas fueron indicadas en forma adecuada según el protocolo de manejo de la Academia Americana de Ginecología y Obstetricia.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más común que se realiza a las mujeres. Pero este procedimiento ¿Es necesario?, en un estudio realizado en UCLA Venezuela se encontró que el 76% de las histerectomías no eran necesarias basándose en las guías del Colegio Americana de Ginecólogos y Obstetras; otros estudios realizados en Estados Unidos revelan que el 15% no son necesarias. Algunos ginecólogos han recomendado acerca de consultar con un medico competente; otros médicos afirman: “yo creo que por una parte, el hacer una histerectomía por cualquier mal es demasiado, pero por otro lado, el pensar que cualquiera que mencione este procedimiento esta mal guiado, es equivocado” (13,15,28).

En la “Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia” se declara que “La necesidad de continuar haciendo histerectomías ginecológicas en nuestros días expresa la ignorancia que se tiene para prevenir múltiples enfermedades del útero y órganos relacionados” (2) y aunque en países desarrollados la histerectomía es un procedimiento que va en disminución en relación a años anteriores, aún sigue ocupando por lo menos un 25% de todas las cirugías ginecológicas realizadas (25). Tomando en cuenta lo antes descrito surgió la interrogante si existe pertinencia de histerectomías en el Hospital Nacional del Departamento de Jalapa.

Para resolver esta interrogante se realizó un estudio transversal donde se analizó el criterio clínico y los métodos diagnósticos para indicar la histerectomía, edad y el tipo de procedimiento, así como la compatibilidad clínico patológica y de esta forma determinar si existe pertinencia de la misma.

III. JUSTIFICACIÓN

La histerectomía es una intervención quirúrgica muy frecuente. En los Estados Unidos actualmente se estima que una de cada tres a cuatro mujeres podrán ser sometidas a esta intervención quirúrgica. La mayoría de las mujeres a las que se les ha practicado histerectomía quedan tan contentas, que cada vez que pueden les recomiendan a sus parientes y amistades que se quiten el útero. Sin embargo, algunas pueden verse afectadas en aspectos psicológicos, cuando en ellas el símbolo mágico del útero tiene una profunda influencia en la salud física, emocional, sexual y social con repercusión en la autoestima. En estas pacientes fácilmente se encuentra una alteración emocional preexistente.

La mortalidad global en la histerectomía varía del 1 a 2:1000 y las complicaciones incluyendo desde aspectos irrelevantes a graves alcanza hasta el 42% (2).

Como en todos los procedimientos quirúrgicos existen riesgos y puede tornarse en pérdida de valores personales para el paciente así como de recurso para el servicio de salud; el hacer un adecuado diagnóstico clínico, comprobarlo con métodos de diagnóstico y proceder a indicar el tipo de procedimiento quirúrgico más adecuado para luego comprobarlo con hallazgos patológicos, es la tarea del médico ginecólogo.

La evaluación de pertinencia en las histerectomías realizadas en el Hospital Nacional de Jalapa proporcionará al personal que labora en dicha institución un aporte para que de ser necesario mejore la situación actual, y de esta manera optimizar el uso de los recursos de dicha institución. Además proporcionará al clínico datos específicos de problemas que se han presentado, para que este dirija su atención a los mismos y pueda reforzar los puntos dañados además de proporcionar al paciente mejor calidad de atención.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Evaluar la pertinencia de histerectomía en el Hospital Nacional del Departamento de Jalapa.

B. ESPECIFICOS

1. Identificar las indicaciones por las cuales se realiza histerectomías en las pacientes tratadas en el Hospital Nacional de Jalapa.
2. Verificar si las indicaciones de histerectomía se basan en protocolo de manejo preestablecido.
3. Identificar edad y tipo de histerectomía realizada en relación a indicación de la misma.
4. Identificar las complicaciones post-operatorias en pacientes a las que se les realizó histerectomía.
5. Identificar la correlación clínico patológica en pacientes a quienes se les realizó histerectomía.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. HISTERECTOMIA

La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más común que se hacen las mujeres después de la cesaria. Pero, ¿Qué tan necesario es este procedimiento? La Doctora Marta López (28) reporta que en un estudio reciente conducido por UCLA encontró que el 76 % de las histerectomías no eran necesarias basándose en las guías del Colegio Americano de ginecólogos y Obstetras; otros estudios realizados en Estados Unidos revelan que el 15% no son necesarias. El ginecólogo de Houston Dr. Phill Suárez (13) recomienda que se consulte con un médico competente antes de realizar el procedimiento. Marta López dice al respecto “yo creo que por una parte, el hacer una histerectomía por cualquier mal es demasiado, pero por otro lado, el pensar que cualquiera que mencione este procedimiento está mal guiado o es perverso, es equivocado” (13,15,28).

Una de las operaciones que se realizan con más frecuencia en todo el mundo será con el tiempo una excepción en lugar de la regla. De acuerdo con un estudio que hoy mismo se publica en el *New England Journal of Medicine*, los métodos alternativos y menos agresivos que algunos ginecólogos han puesto en práctica en los últimos años, para evitar tener que extirpar el útero a las féminas dan muy buenos resultados. Así, el tener que realizar histerectomías como se denomina técnicamente a la resección del útero para solucionar los problemas de sangrado que tan frecuentemente afectan a un número muy elevado de mujeres, puede que dentro de unos años sea únicamente una rareza. El trabajo que avala esta teoría ha sido realizado por el departamento de Cirugía Mínimamente Invasiva del Royal Free Hospital de Londres. En él se han evaluado de forma prospectiva los resultados del tratamiento endometrial, es decir, a través de la vagina y del cuello del útero, de la patología que provocaba hemorragias uterinas de repetición y duraderas a las mujeres (14).

1. Definición:

Extirpación quirúrgica del útero y que puede ser "abdominal" o "vaginal". A veces, el cuello uterino o los ovarios, y las trompas de Falopio también se extraen (1,2,3,6,9,15).

La palabra histerectomía deriva de las raíces griegas *hystéra*: matriz o útero y *ektomé*: escisión o corte. Es, por lo tanto, un procedimiento quirúrgico donde el útero es extraído de la pelvis de la mujer, por causas que comprometen su salud o incluso su vida (21). Cuando también se realiza la extirpación de los anexos (trompas y ovarios), debe agregarse "con salpingooforectomía", uni o bilateral (21,24). Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal (24).

La pregunta ahora es ¿Qué se hace exactamente en la histerectomía? La respuesta depende del tipo de histerectomía que se haga. En la **histerectomía subtotal** el útero se extirpa pero el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio se dejan intactos. En la **histerectomía total** (también llamada histerectomía simple), el cirujano extirpa el útero y el cuello uterino pero deja los ovarios y las trompas de Falopio intactos. En la **histerectomía con salpingooforectomía bilateral** se extirpan el útero,

el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio, si sólo se extraen anexos izquierdos se escribe como izquierda y de igual forma si solo se trata de los derechos (1,11,17). Se habla de **histerectomía radical** si además de lo descrito se extraen ganglios, y **radical completa** si incluye vasos sanguíneos.

Estos tipos de operaciones se realizan bajo anestesia general o bloqueo epidural, el tiempo de la cirugía esta aproximadamente entre una y dos horas, con una permanencia en la clínica que varía entre 5 a 7 días, dependiendo de su recuperación. Las primeras 24 horas serán las más incómodas por la presencia de sondas, sueros, dolor, etc. pero con los analgésicos y el apoyo de todos será más rápida la recuperación. Por la anestesia utilizada es posible que la paciente se sienta irritable, con nauseas y cansada o débil por unos días. Los puntos de sutura se quitan a la semana de la cirugía en el consultorio; para entonces ya estará llevando una actividad y alimentación lo más cercanas a lo normal. En mujeres mayores de 40 años la extirpación de los ovarios se puede efectuar para prevenir el cáncer uterino (17,27). Existe también histerectomía **mediante laparoscopia** (histerectomía laparoscópica) (17).

a. Histerectomía Vía Vaginal y Abdominal:

Las técnicas para la histerectomía vaginal y abdominal fueron desarrolladas en el siglo XIX. A comienzos del siglo XX se establecieron como técnicas "clásicas" y continuaron utilizándose sin modificaciones por las distintas generaciones de ginecólogos.

La mayoría de los ginecólogos creen que saben las indicaciones de la histerectomía vaginal versus la abdominal, pero, en la actualidad, los expertos no han llegado a un consenso al respecto. A pesar de que algunos autores reportan hacer más del 70% de las histerectomías por vía vaginal, la mayoría de los datos sugieren que el 70% de los procedimientos son por vía abdominal, incluso en ausencia de una patología estructural. Se ha aceptado que la histerectomía abdominal es útil en casi todos los casos. Es sorprendente que estas dos técnicas no hallan sido comparadas en un estudio randomizado, controlado y que no hallan despertado interés hasta el advenimiento de la cirugía laparoscópica. La mayoría de los trabajos que se publicaron son de un solo centro y retrospectivos a largo plazo (es decir, una serie de la experiencia personal de un ginecólogo). En los estudios publicados antes de 1970 generalmente se encontró mayor morbilidad con la vía vaginal comparado con la vía abdominal (30).

Un reporte de 1982 mostró que de 1852 histerectomías, el 69% fueron abdominales y el 31% vaginales. La tasa de complicaciones fue del 42.8% en el grupo de cirugías abdominales versus el 24.5% en el grupo de cirugías vaginales. Estos resultados no son muy comparables. Primero, los grupos tenían indicaciones diferentes para la cirugía así como distintas patologías. Segundo, la mayoría de las mujeres con

cirugía vaginal presentaban prolapso uterino. Finalmente, la profilaxis antibiótica fue utilizada en el 82% de los casos de cirugía vaginal versus el 32% de los casos de cirugía abdominal.

Una revisión de las complicaciones que ocurren durante la histerectomía muestra que la vía vaginal se asocia con más episodios de sangrado, mientras que la vía abdominal requiere más transfusiones. La histerectomía vaginal llevó a más heridas de vejiga mientras que la histerectomía abdominal se asoció a más infecciones y heridas ureterales. (18,30)

b. Histerectomía Laparoscópica:

La primera histerectomía laparoscopia con un dispositivo endoscópico fue realizada en agosto de 1990 y la primera histerectomía laparoscópica utilizando sutura se desarrolló en 1991. (30)

En la histerectomía por laparoscopia (Histerectomía vaginal asistida con laparoscopia, HVAL) se hace una pequeña incisión abdominal de media pulgada. Esta técnica se usa generalmente para otro tipo de patología (adherencias pélvicas, endometriosis). El útero es extraído por vía vaginal. La HVAL se asocia con una recuperación aún más rápida y menos dolor debido a que se hacen de diminutas incisiones y el trauma tisular es menor. Sin embargo, la mayoría de los ginecólogos no están familiarizados con esta técnica. (18,30)

Recientemente, una vieja intervención para histerectomía abdominal (histerectomía abdominal sub-total) ha sido actualizada con tecnología moderna y los resultados son extraordinarios. Se trata de la " Histerectomía Supracervical por "Laparoscopia" (HSL). Al realizar la HSL cualquier alteración de los ovarios, endometriosis, adherencias pélvicas o problemas vesicales, pueden ser resueltos durante el procedimiento la histerectomía. La presencia de grandes fibromas no es una contraindicación para el procedimiento ya que el "tritador o morcelador" extrae el tejido en pequeñas secciones sea cual fuere el tamaño original del útero.

Los críticos de la HSL sugieren que al dejar el cervix la paciente está predispuesta a desarrollar un cáncer en esa área. Afortunadamente el cáncer del cuello uterino se puede prevenir en casi 100% si la paciente se realiza su control (Papanicolaou) anual. El desarrollo del cáncer del cervix es generalmente un proceso muy lento a través de muchos años y, los cambios preneoplásicos permiten hacer un tratamiento menos agresivo que la histerectomía antes que se desarrolle el cáncer.

La histerectomía laparoscópica, a diferencia de la histerectomía vaginal con laparoscopia (HVL), debe ser vista como un sustituto para la histerectomía abdominal pero no para la histerectomía vaginal. (30) La paciente que será sometida a una histerectomía deberá estar bien informada acerca de la enfermedad que motiva la cirugía y de los beneficios que obtendrá con la realización de la misma, en ningún caso debe

efectuarse sin existir una indicación apropiada. (9) El consentimiento informado sólo es válido para la intervención que el paciente ha autorizado en función del diagnóstico que los médicos le han dado a conocer. Si tal diagnóstico variase en el curso de la intervención, los médicos no deben -salvo en caso de urgencia vital- adoptar una decisión clínica por cuenta propia, pues de lo contrario surgirá la responsabilidad. (12)

2. Incidencia:

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos efectuados más a menudo; después de la operación cesárea, ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores más frecuentes en Estados Unidos. En 1965 se efectuaron 426 000 histerectomías en el país mencionado, con una duración promedio de estancia en el hospital de 12.2 días. Este número llegó a su máximo en 1985, año en que se informaron 724 000 procedimientos con una disminución de la estancia en el hospital a 9.4 días. Desde esa época ha disminuido el número de histerectomías, y en 1991 se efectuaron sólo 544 000 histerectomías, 408 000 (75%) se efectuaron por vía abdominal y 136 000 (25%) por vía vaginal. En 1996 se efectuaron un 556 000 histerectomías. Por medio de las tasas de histerectomía específicas de edad en 1987 y las proyecciones de población calculadas por U.S. Census Bureau, se planea efectuar 824 000 histerectomías en el año 2005. (1,13,15)

La tasa de histerectomías efectuadas en Estados Unidos ha variado entre 6.1 y 8.6 por 1 000 mujeres de todas las edades; las de 20 a 49 años constituyeron el segmento más grande de la población femenina que se sometió al procedimiento. La edad promedio de las que se sujetan al procedimiento es de 42.7 años, y la mediana de 40.9 años de edad. En todos los años las tasas fueron más altas entre las mujeres de 40-44 años y más bajas entre las mujeres de 15-24 años. Se realizan aproximadamente 600,000 histerectomías anuales que representa un costo anual de 5 mil millones de dólares, pero sólo como en un 10% el diagnóstico es cáncer uterino, ovárico y raramente de trompas de Falopio (1,13,15,18).

Los datos estadísticos muestran que a los 60 años, a 1 de cada 3 mujeres se le ha practicado histerectomía. Entre las entidades más frecuentes que se asocian con la realización de una histerectomía, se encuentran la aparición de fibromas o miomas (tumores benignos) en el interior del útero, cáncer de endometrio o del cuello del mismo (cervix), endometriosis severa (aparición de tejido endometrial -capa interna del útero- en localizaciones diferentes al útero, como pared del útero, trompas y cervix) que causa dolor o sangrado, y prolapso uterino (descenso o salida del útero por debilidad de los músculos que lo sostienen) que puede

ocasionar incontinencia urinaria. (13,15,21)

Entre las mujeres de menos de 30 años, las condiciones más frecuentemente asociadas con la histerectomía fueron trastornos menstruales y displasia cervical. Entre las mujeres de 30-34 años, endometriosis fue el diagnóstico más frecuentemente asociado; entre aquéllas de 35-54 años, tumores fibroides; y entre las mujeres de 55 años o mayores prolapso o cáncer uterino. (13)

3. Indicaciones:

Entre las múltiples indicaciones para efectuar la histerectomía se encuentran: miomatosis, o tumores benignos que estén causando sangrado abundante o que hayan crecido tanto que estén provocando problemas compresivos en otros órganos, prolapso o descenso del útero, adenomiosis, neoplasia intraepitelial cervical, cáncer cervicouterino, hiperplasia de endometrio y de cáncer de endometrio, problemas obstétricos (como hemorragia post parto, ruptura uterina, aborto séptico, embarazo molar), sangrado transvaginal crónico (en aquellas mujeres en las que el legrado y la hormonoterapia han fallado). a menudo no existen dudas acerca de la necesidad de la histerectomía.

Como cabe esperar, difieren según la edad de la paciente; por ejemplo, en tanto la relajación pélvica es la causa de 16% de las histerectomías, este diagnóstico es la base de 33% de ellas en mujeres mayores de 55 años de edad. (1,9,13,15,18,27,29)

Las mujeres en las que la histerectomía abdominal está indicada y la histerectomía vaginal sería difícil de realizar son buenas candidatas a una histerectomía laparoscópica. Esto incluye el 90% del 70% de las histerectomías ahora realizadas por vía abdominal. La HVL involucra la ligadura laparoscópica de los pedículos superiores únicamente antes de la histerectomía vaginal. Las indicaciones para la HVL incluyen el dolor pelviano, la sospecha de endometriosis leve o moderada, una historia previa de cirugía abdominopelviana con sospecha de adherencias, una masa ovárica y la necesidad de una anexectomía. La mayoría de las histerectomías que se realizan por dolor pelviano deben incluir una laparoscopia en busca de endometriosis, que, de estar presente, debe researse antes de realizar la histerectomía. La ooforectomía es raramente necesaria cuando la endometriosis se reseca adecuadamente en el momento de la histerectomía.

La histerectomía total laparoscópica está indicada en mujeres con endometriosis severas con poco acceso a los pedículos uterinos. Estos casos involucran grandes miomas, endometriosis extensas, y/o importantes adherencias pelvianas. La nuliparidad es también un factor determinante; antes de 1989, el 90% de las histerectomías en nulípara se realizaban por laparotomía. La laparoscopia debe también considerarse en las pacientes en las que el acceso a la vagina y/o los vasos uterinos es limitado con poca o nada de morbilidad uterina (30).

Al elegir vía para realizar histerectomía Teniendo en cuenta lo antes planteado con respecto a la indicación, la vía vaginal es la de elección para la histerectomía, aun cuando no exista prolapso, siempre que se trate de casos típicos o no complejos. Sus ventajas fundamentales son: Se evita la laparotomía. Y con ello todas las molestias, desventajas estéticas y complicaciones de ésta. Requiere poco tiempo quirúrgico. Se reduce la repercusión sobre las vísceras abdominales. Son menores las complicaciones postoperatorias.

Para realizar la histerectomía por vía vaginal es importante que se cumplan los aspectos siguientes: Conocimiento y experiencia en la técnica. Útero móvil. Volumen uterino que no sobrepase el de un puño. Que las estructuras ósea y musculoaponeurótica de la pelvis permitan cierto campo operatorio. El ángulo subpúbico no debe ser muy estrecho y la vagina tampoco demasiado estrecha, larga ni fibrosa. Una pelvis normal debe permitir que el puño de la mano penetre entre las tuberosidades isquiáticas y el arco púbico. No debe existir afección anexial importante. Que no se hayan realizado operaciones anteriores sobre los genitales que puedan alterar la anatomía normal. Contar con ayudantes que conozcan la técnica, y en número suficiente y el instrumental apropiado. No obstante, siempre que tenga dudas de que puede realizar la histerectomía por vía vaginal, prefiera la abdominal.

Las ventajas de la vía abdominal son: Permite revisar la cavidad abdominal. Ofrece un mejor dominio del campo operatorio. Se pueden realizar a la vez otras operaciones sobre órganos abdominales. Aunque usted haya realizado un examen previo para decidir la vía vaginal, repítalo siempre una vez administrada la anestesia y antes de comenzar la cirugía (29). La histerectomía ejecutada dentro de las indicaciones consideradas clásicas puede tener muy baja o ausente mortalidad. En las sepsis deben utilizarse procedimientos más conservadores (25). En el cuadro número 1 se describe el resumen de las indicaciones de histerectomía.

CUADRO No. 1 Resumen las Indicaciones Para Efectuar Histerectomía

PERFIL DE INDICACIÓN DE HISTERECTOMIA

- *1 Trastorno Agudo
 - A-1 Catástrofe del Embarazo. 1
 - A-2 Infección Grave. 2
 - A-3 Complicación operatoria. 1

- * Enfermedad Benigna
 - B-1 Liomiomas. 2
 - B-2 Endometriosis. 2
 - B-3 Adenomiosis. 2
 - B-4 Infección crónica. 2
 - B-5 Tumores en un anexo. 2
 - B-6 Otros. 2

- * Cáncer o enfermedad premaligna
 - C-1 Cáncer invasivo. 2
 - C-2 Enfermedad preinvasiva. 2
 - C-3 Cáncer adyacente a distancia. 2

- * Malestar (crónico o recurrente)
 - D-1 Dolor pélvico crónico. 1
 - D-2 Relajación pélvica. 1
 - D-3 Incontinencia urinaria de esfuerzo. 1
 - D-4 Hemorragia uterina anormal. 1

- * Circunstancias atenuantes (revisión por compañeros)
 - E-1 Esterilización. 3
 - E-2 Profilaxis del cáncer. 3
 - E-3 Otras. 3

1 Validado por criterios del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia

2 Verificado por patología tisular

3 Tras la revisión preoperatoria por compañeros de la misma categoría.

Información basada en diagnósticos preoperatorios único designado para 1 811 operaciones efectuadas en los hospitales navales de San Diego y Camp Pendleton, CA y en el UCLA Medical Center. (1)

a. Histerectomía y Liomomas:

Los leiomiomas uterinos son los tumores más frecuentes de la mujer y la causa más frecuente de histerectomía (25 a 35%). Son proliferaciones benignas de músculo liso con algunos elementos de tejido conjuntivo. Pueden ser únicos o múltiples. Son hormonodependientes. El 30% de las mujeres en edad reproductiva presentan síntomas y éstos son tratados con antiinflamatorios no esteroideos solos o asociados a terapia hormonal. Cuando desea el embarazo éste puede lograrse sin tratamiento, generalmente con buen pronóstico perinatal. Si los síntomas son incapacitantes y no hay respuesta al tratamiento médico la miomectomía se encuentra indicada (20,21) .

La decisión de efectuar histerectomía por liomomas suele basarse en la necesidad de tratar síntomas como hemorragia uterina anormal, o dolor o presión pélvicos. Otras indicaciones para la intervención han incluido el aumento “rápido” del tamaño uterino (aunque este aspecto está mal definido), con presión uretral o crecimiento después de la menopausia. Hace poco se puso en duda el concepto del “crecimiento rápido”, porque estas pacientes no han demostrado con claridad tener trastornos malignos. Más aún, no existe una definición claramente reproducible de “crecimiento rápido” (1,20,31).

La indicación de extirpar el útero por alcanzar cierto tamaño se discute con amplitud. Algunos investigadores sugieren que si éste llega al tamaño de 12 semanas de gestación o más deberá researse, aunque sea asintomático. Entre los motivos que se ofrecen para una intervención de esta clase están incapacidad para palpar los ovarios durante la exploración bimanual y la suposición de que, conforme aumenta de tamaño, se incrementa la morbilidad de la histerectomía. Sin embargo, las lesiones malignas son raras en pacientes premenopáusicas y la palpación de los anexos no es posible en muchas cuyos ovarios tienen tamaño normal.

Si los procedimientos se efectúan por vía abdominal no se encuentran diferencias en la morbilidad quirúrgica entre pacientes con

úteros del tamaño de 12 semanas de gestación y las que lo tienen de 20 semanas. Los datos disponibles sugieren con firmeza que la histerectomía por liomomas debe considerarse sólo en pacientes sintomáticas que no desean tener más hijos.

Las que tienen grandes liomomas deben tratarse previamente, a fin de reducir el tamaño uterino, con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). En muchas ocasiones la disminución del tamaño uterino será suficiente para permitir la histerectomía vaginal en un caso en el que, de otro modo, se habría requerido histerectomía abdominal. En una prueba prospectiva al azar se distribuyeron pacientes premenopáusicas con liomomatosis de tamaño de 14 a 18 semanas de gestación para que recibieran dos meses de tratamiento con un agonista de depósito de la GnRH, o para que no lo recibieran. El tratamiento con un ciclo breve (ocho semanas) de acetato de leuprolida antes de la intervención permitió a las pacientes someterse con seguridad a histerectomía vaginal en vez de la abdominal. Este régimen preoperatorio se acompañó de incremento del valor hematocrito antes de la operación y, como eran mejores candidatas a histerectomía vaginal que a abdominal, también se acompañó de acortamiento de la estancia en el hospital y del período de convalecencia (1).

La histerectomía vaginal sólo está indicada cuando se trata de tumores pequeños y muy sintomáticos (el ejemplo típico es el fibroma submucoso, que produce sangramientos importantes muchas veces). Cuando existe gran experiencia pueden extirparse úteros grandes aplicando técnicas especiales de morcelación (29).

b. Histerectomía y Hemorragia Uterina Disfuncional:

La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para efectuar cerca del 20% de las histerectomías. Como suele deberse a anovulación, se puede controlar mediante intervenciones médicas con progestágenos, estrógenos combinación de un progestágeno y un estrógeno, anticonceptivos orales o agentes antiinflamatorios no esteroides siendo esta la alternativa a una histerectomía. En la mayoría de las pacientes la hemorragia no requiere tratamiento quirúrgico, a no ser que produzca anemia o sea excesiva. En las que tienen más de 35 años de edad siempre deberán obtenerse muestras endometriales antes de la histerectomía. La operación de dilatación y legrado no es un medio eficaz para controlar la hemorragia, ni se requiere antes del procedimiento. Por tanto, la histerectomía deberá reservarse para las pacientes que no reaccionan o no toleran el tratamiento médico. En pacientes seleccionadas deben considerarse otras alternativas a la histerectomía (p. Ej., supresión

resección endometrial), porque tales operaciones pueden justificar el costo y tienen una tasa de morbilidad menor (1,5,22,29).

c. Histerectomía y Dismenorrea Resistente al Tratamiento:

Cerca del 10% de las mujeres adultas quedan incapacitadas hasta durante 3 días al mes por dismenorrea. Este trastorno se puede tratar con agentes antiinflamatorios no esteroides aisladamente o en combinación con anticonceptivos orales. Rara vez se requiere histerectomía para tratar la dismenorrea primaria. En las pacientes que experimentan el tipo secundario primero debe tratarse el trastorno subyacente (p. Ej., liomomas, endometriosis). Los agentes antiinflamatorios no esteroides pueden ser eficaces. Sólo si fracasa el tratamiento médico o la paciente no desea conservar la fertilidad se considerará la necesidad de efectuar histerectomía (1).

d. Histerectomía y Dolor Pélvico:

En una revisión a 418 mujeres en las que se efectuó histerectomía por diversos trastornos no malignos, el 18% tenía dolor pélvico crónico y sólo se efectuó laparoscopia preoperatoria en el 66% de ellas. Después del procedimiento se produjo una reducción importante de los síntomas acompañada de mejoría en la calidad de vida de la paciente. Stovall y colaboradores revisaron los casos de 104 pacientes que se sometieron a histerectomía por dolor pélvico o crónico que se consideraba de origen uterino. Las pacientes se vigilaron durante una media de 21.6 meses después de la histerectomía, y se observó que el 78% habían experimentado mejoría de su dolor. Sin embargo, el 22% no manifestaron mejoría o incluso sufrieron exacerbación del dolor. La histerectomía debe efectuarse sólo en las pacientes que tienen dolor de origen uterino que no reaccionan a las medidas terapéuticas no quirúrgicas (1).

e. Histerectomía y Neoplasia Cervical Intraepitelial:

Antes se efectuaba histerectomía como tratamiento primario en caso de neoplasia cervical intraepitelial. Sin embargo, la profundidad máxima de la displasia a nivel de la unión escamo cilíndrica es de 5.2 mm; 99.7% de las displasias (incluido el carcinoma in situ) están localizadas dentro de los 3.8 mm de profundidad desde la superficie epitelial. Por tanto, para tratar la enfermedad pueden ser eficaces medidas terapéuticas más conservadoras, como crioterapia o procedimiento de resección electroquirúrgica con asa, lo que en la mayoría de las mujeres con dichos

trastornos vuelve innecesaria la histerectomía. Esta última es una opción terapéutica apropiada en las pacientes con displasia recurrente de alto grado que no desean preservar la fertilidad; incluso después de histerectomía, sin embargo, se encuentran en peligro incrementado de neoplasia vaginal intraepitelial (1,24).

Cuando se trata de lesiones cervicales premalignas (Neoplasias intraepiteliales, NIC), en vez de histerectomía se realiza conización o crioterapia y en caso de neoplasias avanzadas se considera realizar primero radioterapia, pero cuando la paciente desea realizar el procedimiento de histerectomía muchos consideran debe hacerse, y aun es controversial la realización de la misma; cuando está indicada histerectomía, puede emplearse la vía vaginal en algunos casos con ventajas sobre las técnicas abdominales, pues puede conocerse mejor la porción de vagina que se va a reseca. Ante afecciones premalignas del cuerpo uterino, sobre todo en las hiperplasias adenomatosas severas, quizás las técnicas vaginales no sean las más indicadas porque en estas afecciones con frecuencia existen ovarios patológicos, y la vía vaginal no es la mejor para revisar y extraer éstos (29).

f. Histerectomía y Prolapso Genital:

La histerectomía por prolapso genital sintomático constituye cerca de 15% de las efectuadas en Estados Unidos. A menos que haya un trastorno acompañante que requiera incisión abdominal, la histerectomía vaginal es el acceso preferido para el prolapso genital. De manera característica, el prolapso uterino no es un suceso aislado y se acompaña más a menudo por diversos defectos de apoyo pélvico. Cada defecto debe corregirse para volver óptimos los resultados quirúrgicos y disminuir la posibilidades de desarrollo futuro de estos defectos (1).

g. Histerectomía y Urgencias Obstétricas:

La mayor parte de histerectomía de urgencia se efectúan a causa de hemorragia posparto debida a atonía uterina. Entre otras indicaciones se encuentran rotura del útero que no se puede reparar o absceso pélvico que no reacciona al tratamiento médico. La incidencia global de placenta ácreta es de 1/ 2500-3000 partos. La placenta ácreta es una placenta de inserción anómala que invade total o parcialmente el espesor de la pared uterina e incluso otras vísceras pélvicas y se puede clasificar según su penetración en ácreta vera, íncreta y pércreta. En la placenta pércreta las vellosidades atraviesan toda la pared uterina pudiendo hacer muy difícil la separación de placenta y útero una vez producido el parto, o provocar rotura de la pared uterina al legar los restos embrionarios. La rotura uterina se puede producir también espontáneamente al crecer el embrión, aunque es más raro y suele suceder sobre todo en el segundo y tercer trimestre por el mayor tamaño de éste (1,3,7,8). Dicho cuadro clínico exige laparotomía urgente y la mayor parte de las veces histerectomía (alrededor del 50 % de histerectomías

obstétricas de emergencia están relacionadas con placentas anormalmente adheridas) (1,32).

Eduardo Porro fue el primero que ejecutó una cesárea con histerectomía en una paciente viva, en la cual madre e hijo sobrevivieron. La cesárea fue practicada al llevar la madre 7 horas en trabajo de parto y después de nacer el niño, Porro ejecutó la histerectomía como única medida salvadora y la paciente sobrevivió. Esta operación indicada de forma correcta y oportuna y realizada por manos hábiles y expertas puede disminuir la mortalidad materna. En la tabla No. 1 se presentan las principales causas de histerectomía de urgencia obstétrica, obtenidas de investigación realizada en Cuba.

TABLA 1. Causas de la histerectomía

Causas	No.	%
Atonía uterina	14	28,78
Sepsis poscesárea	11	23,40
Rotura uterina	7	14,89
Sangramiento poscesárea	6	12,76
Útero de Couvelaire	7	14,89
Acretismo placentario	1	2,12
Síndrome feto muerto	1	2,12
Total	47	100

Fuente: Historia Clínica. (19)

h. Histerectomía y Enfermedad Inflamatoria Pélvica:

No deben resecarse útero, trompas y ovarios en una paciente que tienen enfermedad inflamatoria pélvica, a menos que no haya reaccionado al tratamiento antibiótico intravenoso. Que se proceda con tratamiento quirúrgico conservador, drenaje de absceso o resección de órganos es una decisión subjetiva que debe basarse en la paciente específica. Si algunos abscesos pélvicos son accesibles, pueden drenarse con buenos resultados mediante drenaje percutáneo y catéter guiado con ultrasonografía o tomografía computarizada. También se requiere intervención quirúrgica si se encuentran datos abdominales agudos relacionados con peritonitis y signos de sepsis en presencia de un absceso tuboovárico roto. En la paciente que desea tener más hijos deberá prestarse consideración a la anexectomía unilateral o a la bilateral parcial sin histerectomía. En aquella en que se requiere anexectomía bilateral se puede dejar el útero en su sitio para la posible donación de óvulos y la fecundación in vitro (1).

i. Histerectomía y Endometriosis:

Los procedimientos médicos y quirúrgicos conservadores son, por lo general, medidas terapéuticas de utilidad para la endometriosis. Por tanto, deberá efectuarse anexectomía con histerectomía o sin ella sólo en las pacientes que no reaccionen al tratamiento quirúrgico conservador (resección o supresión de los implantes endometriósicos) o al tratamiento médico. La mayoría de las pacientes con endometriosis que requieren histerectomía tienen dolor pélvico incontrolable o dismenorrea. Otras situaciones menos frecuentes son las de las pacientes que no desean tener más hijos y que experimentan endometriosis que afecta a otros órganos pélvicos, como uréter o colon (1).

j. Histerectomía y Cáncer:

Las metástasis a sitios no ginecológicos pueden producir síntomas que requieren histerectomía. Como procedimiento primario deberá considerarse la necesidad de efectuar histerectomía con salpingooforectomía bilateral en las pacientes con carcinoma colorrectal, porque se encuentran en peligro de experimentar cánceres pélvicos sincrónicos o metástasis ocultas (1,3,4).

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de fríjol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones). En el carcinoma de cuello uterino puede practicarse la histerectomía radical vaginal, pero su aplicación no es muy frecuente en nuestro medio; en el adenocarcinoma de útero consideramos mejor la vía abdominal, ya que se puede realizar la operación "a vasos cerrados", revisar mejor el abdomen y los ovarios y extraer éstos con más facilidad, a la vez que se manipula menos el útero (29).

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al

que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación (3,4,24).

En una revisión del año 2000 hecha por el Instituto Nacional de Cancerología México, en donde se presentaron 24 casos de mujeres con cáncer de cervico-uterino estadio clínico IB (75% fueron IB1 y 25% IB2) que fueron sometidas a histerectomía radical tipo III con linfadenectomía pélvica bilateral. Se encontró que el promedio de edad fue de 42.5 años (rango de 29 a 68 años). El 37.5% fueron asintomáticas. La sintomatología más frecuente fue el flujo y el sangrado transvaginal. El tipo histológico más común fue epidermoide (75%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 3:56 horas. El sangrado promedio fue 550 mL. No se presentaron complicaciones postoperatorias. Sólo hubo una defunción y se debió a enfermedad metastásica pulmonar. La supervivencia promedio a 24 meses de seguimiento fue de 95%. La histerectomía radical es un procedimiento con alto porcentaje de curabilidad y mínimas complicaciones para el manejo del cáncer cervicouterino en centros especializados (26).

k. Histerectomía y Tumor Ovárico Benigno:

Los tumores ováricos benignos que son persistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Desde luego, si la paciente desea conservar la capacidad de tener hijos deberá preservarse el útero. Gambone y colaboradores revisaron los casos de 100 pacientes que se sometieron a anexectomía más histerectomía por enfermedad benigna de los anexos, y las compararon con aquellas que constituían un grupo de riesgo semejante y que se sometieron a anexectomía sin histerectomía por la misma indicación. No se observó un incremento importante de la morbilidad operatoria, pérdida de sangre estimada y duración de la estancia en el hospital en las pacientes en las que se efectuó histerectomía (1).

l. Riesgos de Histerectomía:

Como toda intervención quirúrgica la histerectomía también supone ciertos riesgos; se expresa que el peligro de una infección está latente pero puede ser controlada con medicamentos. El sangramiento excesivo durante la intervención puede existir por tanto se puede requerir de transfusión. Se menciona que durante el proceso operatorio es factible lesionar otra parte cercana a la intervenida, aunque es muy poco probable. Sin embargo, todos estos riesgos pueden ser controlados por el médico que atiende a la mujer.

Los efectos secundarios producto de la operación pueden ser aliviados y evitados utilizando el estrógeno, hormona producida por los ovarios que prepara al útero para un embarazo o para un periodo menstrual. Esta hormona junto con el calcio, es necesaria para mantener fuerte los huesos. El tratamiento basado en estrógenos permite aliviar los sudores nocturnos induciendo a un mejor dormir; alivia la depresión y el nerviosismo que están relacionados con la falta de sueño; evita la osteoporosis y el adelgazamiento del tejido vaginal y su sequedad (17).

m. Complicaciones de Histerectomía

La mortalidad global en la histerectomía varía del 1 a 2:1000 y las complicaciones incluyendo desde aspectos irrelevantes a graves alcanza hasta 42%. Estas complicaciones se presentan con más frecuencia en las histerectomías realizadas por vía abdominal que por vía vaginal. La complicación más frecuente es la fiebre post-operatoria que va de 15 a 30% acompañada frecuentemente con infecciones leves a severas, le sigue la retención de orina que va de 5 a 15% sobre todo en las histerectomías que se acompañan de colpografía anterior o de uretrocistopexia. Las demás complicaciones, trauma intestinal, vesical, ureteral, vascular, dehiscencias, dolor, dispareunia, tienen una frecuencia menor a 1% (2).

Las complicaciones potenciales de la histerectomía laparoscópica incluyen la infección, la hemorragia, la lesión en el tracto urinario (daño vesicovaginal, fístula ureteral) y la lesión del intestino. Las complicaciones propias de la laparoscopia incluyen la lesión de un gran vaso (aorta e ilíacas), una hernia a nivel del trócar y la falla de algún instrumental.

En cinco estudios diferentes, la tasa de complicaciones para las histerectomías laparoscópicas fue de menos del 10%. Esta tasa es menor que la reportada para las histerectomías por vía abdominal y vaginal. En seis estudios randomizados y controlados de histerectomías laparoscópicas versus abdominales, la primera requirió

más tiempo de cirugía. Sin embargo, la vía laparoscópica se asoció con menos dolor posoperatorio, menor tiempo de internación y una recuperación más rápida. La mayoría de los estudios muestran que las pacientes operadas por vía laparoscópica tuvieron menos fiebre, pérdida de sangre y transfusiones.

Un estudio conducido en pacientes con enfermedad benigna evaluó la respuesta metabólica e inflamatoria luego de una histerectomía laparoscópica versus una abdominal; la vía laparoscópica se asoció con menor morbilidad y una respuesta menos intensa al stress. Los resultados futuros parecen asemejarse a los de la colecistectomía, una mayor frecuencia de complicaciones menores por vía laparoscópica y una mayor tasa de complicaciones generales leves a cielo abierto.

No todo lo publicado acerca de la histerectomía laparoscópica es tan favorable. Una larga serie de Finlandia mostró que, entre 1165 histerectomías laparoscópicas, 51 (4.4%) tuvieron mayores complicaciones. Estas incluyeron 14 heridas vasculares (1.2%), 17 lesiones de vejiga (1.5%), 15 lesiones ureterales (1.2%) y 5 lesiones de intestino (0.4%). Un seguimiento a seis años de estas pacientes y otras que fueron sometidas a histerectomías abdominales o vaginales revelaron que el daño ureteral ocurrió en 13.9 por 1000 histerectomías laparoscópicas, 0.4 por 1000 histerectomías abdominales y 0.2 por 1000 histerectomías vaginales. Esto representa un aumento de 35 veces más lesiones ureterales luego de una histerectomía laparoscópica que luego de utilizar otra vía de abordaje. La alta tasa de lesión ureteral luego de la histerectomía laparoscópica y la baja tasa luego de la histerectomía abdominal llaman la atención en esta serie. Esto puede indicar la necesidad de incluir la disección ureteral y/o una cistoscopia como parte de una cirugía laparoscópica.

¿Es la histerectomía laparoscópica peligrosa o algunos de los cirujanos que la realizan no tienen la experiencia o la habilidad suficiente? Si esta cirugía es peligrosa debe discontinuarse. Sin embargo, si los cirujanos no tienen la suficiente destreza deben recibir el entrenamiento y la formación apropiada (2,30).

n. Efectos Secundarios de Histerectomía:

Los efectos secundarios dependen de varias cosas, por ejemplo su edad, su enfermedad, si todavía tiene la regla y el tipo de histerectomía que se haga. Si todavía tenía la regla antes de la operación, no la volverá a tener. Si no se le extirpan los ovarios, seguirá teniendo cambios hormonales como cuando tenía la regla, pero no tendrá sangrado. Si le extirpan los ovarios, tendrá cambios similares a los de la menopausia. Estos pueden incluir bochornos, sequedad vaginal, sudoración nocturna, cambios del estado de ánimo u otros síntomas (17).

Otros efectos secundarios de la histerectomía son similares a los de cualquier otro tipo de operación. Si trabaja fuera del hogar, tendrá que dejar de hacerlo durante varias semanas; el tiempo depende del tipo de histerectomía y las órdenes del médico. Necesitará ayuda en sus actividades diarias como el cuidado de sus hijos, las compras y los quehaceres del hogar. Otros efectos secundarios de la operación incluyen: **Efectos de la anestesia:** Le darán anestésicos para que no sienta dolor durante la operación. Es

posible que se sienta irritable, cansada o débil por unos días. También es posible que tenga náuseas. Generalmente el médico le puede dar algo para que le ayude a calmar el estómago. **Infecciones:** Como ocurre con cualquier tipo de operación, siempre hay riesgo de infección. Si contrae una infección, su médico le dará un medicamento para tratarla. **Demasiado sangrado:** Siempre existe el riesgo de que sangre demasiado durante una operación y que necesite una transfusión. Pregunte al médico si debe dar su propia sangre antes de la operación, o si alguien debe donar sangre para usted. **Lesiones de órganos cercanos:** Durante la operación es posible lesionar otra parte cercana de su cuerpo. Aunque es poco probable, debe preguntar al médico qué podría ocurrir si un órgano se lesiona.

Algunos estudios han demostrado que en un número reducido de mujeres, la histerectomía puede resultar en los siguientes problemas: aumentar de peso, estreñimiento, cansancio, dolor pélvico sin motivo aparente y menopausia prematura, incluso cuando no se han extirpado los ovarios (11).

ñ. Seguimiento:

Debe realizarse una citología tras una histerectomía, ya que las células del extremo de la vagina son muy similares a las células de la cerviz. La frecuencia de los análisis dependerá de la razón por la cual se haya realizado la histerectomía. Será necesario realizar citologías de forma regular en caso de que la paciente tenga un historial de resultados anormales en anteriores citologías o en caso de que la histerectomía se haya realizado debido a cambios pre-cancerígenos o cáncer de cervix. Si la histerectomía ha sido realizada por motivos no relacionados con cambios malignos o pre-malignos, entonces las citologías podrán realizarse con menor frecuencia que una vez al año (16).

o. Psicología y Sexualidad tras una Histerectomía:

El doctor Roberto Lailhacar, siquiata y sexólogo de la Sociedad Chilena de Sexología y Educación Sexual, con 30 años de experiencia en su profesión, afirma que en nuestro país, "por tener estar insertos en una cultura machista puede que el hombre descalifique a la mujer por 'estar vacía por dentro', lo que obviamente no pasa de ser netamente un mito social".

Reconoce que, en algunos casos, la histerectomía trae traumas psicológicos en la mujer conllevando a una depresión ya que siente que le han arrebatado parte de su feminidad: sus órganos reproductores. El doctor Lailhacar menciona que hay una

sintomatología que se aprecia frecuentemente con la mujer que ha sido operada por la causa mencionada como aumento de peso, cansancio, dolor pélvico, depresión, autoestima baja, sensibilidad a los ruidos, cefaleas, mal genio, fatiga muscular, falta de ánimo y llanto. Explica que los factores que influyen en este tipo de comportamiento son: valores culturales, normas sociales, la relación y apoyo de la pareja (si la descalifica o no) y; la personalidad de la paciente. "La mujer con carácter fuerte es posible que los supere con mayor facilidad; la que es de temperamento histérico va a tratar de llamar la atención de quienes la rodean; en tanto que la insegura o tímida caerá en depresión, acomplejándose mucho". A su juicio en la mayoría de los casos que le ha tocado atender existe un apoyo permanente del hombre hacia la pareja, ya que la mujer afectada psicológicamente por este tipo de intervención debe ser tratada tanto con antidepresivos como con psicoterapias. Estas últimas deben ser seguidas junto con su marido por un tiempo mínimo de 6 meses. De esta manera se llegará a una recuperación de autoestima en la mujer, lo cual conlleva a un fortalecimiento de la relación de la pareja (17).

B. DEPARTAMENTO DE JALAPA.

El nombre se deriva de la voz mexicana “xalapan”, que significa “abundancia de arena”. Por acuerdo del 23 de febrero de 1848 la región, entonces, conocida como Santa María Jalapa, fue separada de Jutiapa. El departamento fue creado por decreto del 26 de noviembre de 1873.¹

1. Extensión territorial:

Situado al oriente de la república, con un área aproximada de 2063 kilómetros cuadrados.

2. Límites:

Se limita al norte con: El Progreso y Zacapa, al sur con: Jutiapa y Santa Rosa, al este con: Chiquimula¹, y al oeste con: Guatemala y El Progreso.

3. Población:

Su población según el censo de 1994 es de 196,940.

4. Cabecera departamental:

Jalapa.

5. Municipios:

Posee 7 municipios, los cuales son: Jalapa, Monjas, San Luis Jilotepeque, San Pedro Pinula, San Carlos Alzatate, San Manuel Chaparrón, Mataquescuintla.

6. Distancias (Km):

¹ Mejía, R. Y Curley, E. Los departamentos de Guatemala, JALAPA.
<http://quetzalnet.com/mispasitos/GUATEMALA>.

De Guatemala a Jalapa 173 Kms por Jutiapa y 98 Kms. pasando por Sanarate. De Jalapa a: Mataquescuintla, 41 Kms; Monjas, 23 Kms; San Carlos Alzatate, 54 Kms; San Luis Jilotepeque, 41 Kms; San Manuel Chaparrón 51 Kms; San Pedro Pinula, 20 Kms.

7. Idiomas y cultura:

La mayoría de la población es ladina y habla castellano. El 31% de la población es indígena perteneciente a la etnia poqoman y se ubica principalmente en los municipios de San Pedro Pinula, San Carlos Alzatate y San Luis Jilotepeque. Los poqomanes de estos municipios conservan elementos tradicionales de su vestuario, costumbres religiosas, cofradías y danzas folklóricas. Tanto entre los indígenas como entre los ladinos tiene gran presencia el folklore en la forma de historias sobrenaturales.²

8. Paisaje y clima:

Contrario a lo que se piensa, Jalapa no es tan cálido como los demás departamentos de Oriente. El paisaje es variado, dando como resultado varias zonas climáticas. Al sureste del departamento se encuentran las montañas de Mataquescuintla y Miramundo, que con más de 2000 m de altura tienen clima frío (10-20°C) y húmedo. Al norte del departamento está el amplio valle de Potrero Carrillo con altitudes cercanas a los 2,000 m y clima templado (18°C) que se torna frío de diciembre a febrero. Al centro y al este del departamento hay amplios valles en donde están asentados Jalapa, Monjas, San Pedro Pinula y San Luis Jilotepeque. En estos valles el clima es templado (20-25°C).

9. Orografía:

En este departamento se puede encontrar la Sierra Madre, La Cumbre de San Pedro Pinula, también se encuentra accidentado por volcanes entre los que podemos mencionar: Alzatate (2,045 m), Jumay (2,180 m), Tobón (1,800 m) y Monterrico (aprox. 1,300 m).

10. Hidrografía:

Los ríos del norte de Jalapa, como el Jalapa, el San Pedro y el Colina, desembocan en el Motagua, mientras que los del sur, como el Blanco, Grande y Chaparrón desembocan en la Costa Sur. La laguna más importante es la laguna del

² Marroquín, G. Y García, C. JALAPA. Distribuidora La Estación.

Hoyo, ubicada en Monjas en el cráter de un volcán extinto. Además existen lagunas pequeñas como la del Potrero Carrillo y la del camino al Jumay.

11. Economía:

La actividad principal de la población es la agricultura. Los productos principales varían según la zona de producción. El café se ha convertido en el cultivo más importante de las partes altas y medianas, donde también se cultiva trigo, yuca y papa. En tierras más bajas se cultiva tabaco, caña de azúcar y banano. Otra actividad económica importante es la ganadería vacuna que produce lácteos de excelente calidad. Entre las artesanías se destaca la elaboración de tejas y ladrillos para construcción, la elaboración de artículos de cuero y de palma y la alfarería que produce principalmente comales.³

12. Turismo:

Los sitios tradicionales de turismo son los balnearios, entre los que podemos mencionar: Los Chorros y unas aguas termales en San Pedro Pinula, el balneario Agua Tibia y la laguna del Hoyo en Monjas y la impresionante catarata de El Paraíso en Jalapa. Otros atractivos incluyen la iglesia de Santo Domingo en San Pedro Pinula y unos fósiles de madera en el parque de Jalapa. Los destinos menos tradicionales incluyen los volcanes ya mencionados y miradores en las montañas de Miramundo y Mataquesuiltla. Una ruta recomendada es la que va de Jalapa a Potrero Carrillo. En esta ruta se tienen impresionantes vistas del altiplano guatemalteco y se pueden apreciar las planicies donde se cultiva trigo y maíz. Al final del recorrido se llega al volcán Tobón desde donde se ve al sur la mayor parte de Jalapa y al norte El Progreso y Zacapa.

13. Historia:

Después de los terremotos de Santa Marta, que destruyeron la antigua capital de Guatemala en 1883, se pensó en asentar la capital en los valles de Jalapa. Se nombró una comisión para hacer los estudios pertinentes, y aunque el valle de Jalapa era uno de los favoritos, la capital no fue ubicada allí porque se detectó falta de agua potable.

14. Hospital Nacional Jalapa

El Hospital Nacional de Jalapa, que lleva por nombre Nincolaza Cruz Lima fue puesto al servicio de la población en 1918, bajo la dirección de la voluntaria religiosa Nincolaza Cruz, los primeros médicos que trabajaron en el mismo fueron

³ BANCAFE, Prensa Libre. TRADICIONES DE GUATEMALA, JALAPA. 15p.

el Dr. Carlos Fletes y Pedro Chinchilla Mayorga. El 19 de abril de 1968 en la presidencia de Julio Cesar Montenegro el ministro de Salud Emilio Poitevin inauguró la primera fase del Hospital la cual ocupaba 1000 metros cuadrados ubicada en la cabecera departamental donde actualmente se encuentra ocupando el mismo espacio físico.⁴ Hoy en día es un hospital de segundo nivel, y el único del departamento que pertenece al ministerio de salud y cubre las necesidades del pueblo Jalapaneco en forma gratuita. Cuenta con los servicios de cirugía, pediatría, medicina interna, anestesia, traumatología y ortopedia, ginecología y obstetricia, atención de emergencia y consulta externa en dichas especialidades. En el servicio de ginecología se cuenta con un área física de encamamiento con 5 camas en total, servicio de ultrasonido; disponibilidad de sala de operaciones para procedimientos electivos los días martes por la mañana y atención de consulta externa de lunes a viernes con un total aproximado de 10 a 15 placientes atendidas al día. En dicho servicio sólo labora un médico especialista ginecólogo y obstetra quien es el encargado de brindar el servicio a todas las pacientes que solicitan atención.

⁴ Revista Informativa Cultural Religiosa y Deportiva del Departamento de Jalapa “Vistazo Xalapán” año 1, No. 4, Nov. 98, pp 22.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGÍA

1. Tipo de Investigación:

Estudio descriptivo transversal básico.

2. Unidad de Análisis:

Expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó histerectomía en el Hospital Nacional de Jalapa en el período del 1 de enero de 1997 al 31 de octubre del año 2001, en forma prospectiva se evaluaron expedientes de pacientes a quienes se les realizó histerectomía en los meses de noviembre , diciembre del año 2001 y enero y febrero del año 2002.

3. Sujetos de Estudio:

En forma prospectiva durante el período de tiempo de noviembre, diciembre del año 2001 y enero y febrero del año 2002 se efectuó el seguimiento de pacientes sometidas a histerectomía, considerando siempre al expediente clínico como la unidad de análisis, y las pacientes que fueron histerectomizadas durante y posterior al acto quirúrgico.

4. Criterios de Inclusión:

Expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó histerectomía en el período de tiempo del 1 de enero del año 1997 al 28 de febrero del año 2002.

5. Criterios de Exclusión:

Expedientes clínicos incompletos.

6. Variables Estudiadas:

- Pertinencia de histerectomía
- Indicaciones clínicas de laboratorio o gabinete para realizar histerectomía.
- Tipo de histerectomía.
- Edad de paciente expresada en años.
- Complicaciones post-operatorias.
- Correlación Clínico Patológica.
- Fecha de ocurrida la histerectomía.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Pertinencia de Histerectomía	Extirpación quirúrgica del útero por diversas indicaciones clínicas, de laboratorio o de gabinete, respaldada según protocolo de manejo de cirugías ginecológicas y/o criterio médico obtenido de literatura, en síntesis, si la operación está indicada.	Información obtenida de expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó histerectomía y de entrevista con médico encargado de realizar dicho procedimiento.	Nominal	Existe protocolo de manejo de cirugía ginecológica en el Hospital Nacional de Jalapa. Indicación de Histerectomía: diagnóstico o impresión clínica pre-operatoria. Métodos confirmatorios de diagnóstico: Papanicolaou o citología, ultrasonido, biopsia, otros.
Tipo de histerectomía	Extracción de útero por vía vaginal, abdominal o laparoscópica; puede ser subtotal donde sólo se extirpa el útero sin cuello ni anexos, total o simple donde se conservan sólo anexos, si se acompaña de extracción de anexos se agrega al nombre total mas salpingooforectomía izquierda, derecha o bilateral; radical en la que además de anexos se extraen ganglios linfáticos, y radical completa si además se extraen vasos sanguíneos y ganglios.	Información obtenida de expedientes clínicos y entrevista a médico encargado de histerectomías quien indicará técnica quirúrgica a utilizar, y observación personal en la parte prospectiva del trabajo.	Nominal	Histerectomía abdominal, vaginal, laparoscópica, subtotal, total (simple), radical o radical completa.
Edad	Espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de ocurrido el procedimiento quirúrgico.	Información obtenida de expedientes clínicos.	Intervalo	Años
Indicación de histerecto	Razones patológicas y/o de urgencia por las que se hace necesario realizar el	Información obtenida de boleta de	Nominal	Expedientes clínicos

mía	procedimiento quirúrgico de histerectomía	Recolección de datos		
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Complicación postoperatoria	Daño al organismo provocado por el procedimiento quirúrgico.	Información obtenida de expedientes clínicos, observación personal en sala de operaciones y examen físico postoperatorio a pacientes sometidas a procedimiento	Nominal	Fiebre postoperatoria, infección de herida operatoria, dehiscencia de herida operatoria, retención urinaria postoperatoria, trauma de vísceras, otras.
Correlación clínico patológica	Si con resultado de examen macroscópico y microscópico de pieza quirúrgica se confirma el diagnóstico clínico por el que se realizó histerectomía.	Información obtenida de informes de anatomía patológica que se encuentran en expedientes clínicos.	Nominal	Hallazgos macroscópicos y microscópicos de pieza quirúrgica, descritos en informe de anatomía patológica. Prueba estadística.
Fecha de histerectomía	Período de tiempo en el que se realizó procedimiento quirúrgico de histerectomía.	Información obtenida de expedientes clínicos y en la parte prospectiva, fecha en la que se efectuó el procedimiento de histerectomía.	Nominal	Día, mes y año.

7. Recolección de Datos:

- a. Se tomaron en cuenta los expedientes y papeletas con los registros clínicos de las pacientes a quienes les realizó procedimiento quirúrgico de histerectomía en el período comprendido desde el 1 de enero del año 1997 hasta el 28 de febrero del año 2002.
- b. Se revisó el libro de sala de operaciones del Hospital de donde se obtuvo el número de registro de expediente clínico, luego con ese dato, se solicitó los expedientes en el departamento de archivo y se obtuvo de ellos la información necesaria.
- c. Se revisó los expedientes clínicos para establecer indicaciones de histerectomías, tipo de procedimiento utilizado en las mismas, edad de paciente y fecha de realizado el procedimiento y se determinó correlación

clínico patológica. Además de revisión de los expedientes e indicaciones de procedimiento se observó los hallazgos macroscópicos transoperatorios y evaluó pacientes en su post-operatorio para determinar si existieron complicaciones secundarias a procedimiento quirúrgico, esta observación se realizó en los meses de octubre, noviembre del 2001 y enero y febrero 2002.

- d. Se llenaron boletas de recolección de datos y boletas de entrevista a médico encargado de realizar procedimiento quirúrgico para obtención de dicha información.

8. Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico:

Los datos se presentan en cuadros y gráficas, el tratamiento estadístico para establecer correlación clínico patológica se realizó utilizando el análisis bivariado.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el cuadro número 1 aparecen descritas las indicaciones del procedimiento de histerectomía, las cuales están clasificadas en 6 grupos, esto para fines de este estudio: indicaciones por enfermedad benigna, enfermedad premaligna, malestar, circunstancias atenuantes, trastorno agudo y trastorno mixto, esta clasificación está basada en las indicaciones de procedimiento dada por la Academia Americana de Ginecología y obstetricia (1).

En el hospital de Jalapa no existe protocolo de cirugía y la causa más frecuente de histerectomía fue por tumores o enfermedades benignas un total de 55 casos que corresponden al 39% (ver gráfica #1); este dato es compatible con la primera causa de este tipo de cirugía ginecológica en países latinoamericanos (1,13,15). Es importante y significativo, que la única indicación del procedimiento fue el trastorno benigno, no un trastorno benigno asociado a sintomatología clínica que obligue hasta cierto punto a realizar el procedimiento. En este grupo los miomas uterinos ocupan un 28% del total de indicaciones, y en los expedientes clínicos de los que se obtuvo la información no se describe mas que la masa como indicación de procedimiento; esta indicación como tal se puede cuestionar ya que para indicar histerectomía los miomas deben ir acompañados de sintomatología clínica incapacitante o que no responde a tratamiento médico y en este caso miomectomía es el procedimiento a realizar (20,21).

Los miomas gigantes como indicación solo fueron el 5% (7casos) del total de casos, estos sí están indicados adecuadamente, algunos autores describen que si se alcanza un tamaño uterino para 12 semanas de embarazo se debe realizar el procedimiento aun siendo asintomático, esto es discutible, pero considerando el hecho de no poder palpar ovarios, cuanto más grande mayor morbilidad de cirugía, entonces se acepta indicar quitar el útero en esta situación (1). Los miomas asociados a otra sintomatología clínica se clasificaron como trastornos mixtos, los cuales fueron un total de 29 casos, junto con 3 casos de tumor ovárico sintomático (23%), estos se indicaron correctamente de acuerdo a lo descrito por la Academia Americana de Ginecología y Obstetricia y otros autores quienes dicen: “la histerectomía se basa en la necesidad de tratar los síntomas” y debe realizarse en mujeres que no desean tener mas hijos (1,20,31).

Las masa anexiales en este estudio fueron indicación de histerectomía un 5% en total (6 casos), todos estos casos, se asociaron a situaciones que ameritan procedimiento, pues 2 casos corresponden a masas gigantes que comprometen órganos vecinos, 2 más se indicaron a descartar etiología maligna y los ultimos 2 asociados a sintomatología que persiste a pesar de tratamiento médico, todos estos realizados en mujeres que no deseaban tener mas hijos (1, 33).

Vemos 3 casos de histerectomía por endometriosis (2%); se describe en literatura que este procedimiento se debe realizar con ooforectomía pues si se dejan los ovarios seguirían haciendo que se produzca el estrógeno y esto es lo que podría

estimular el crecimiento del tejido endometrial en otras partes del cuerpo, además la mayoría de pacientes que requieren histerectomía tienen dolor pélvico crónico incontrolable o dismenorrea (1,33), en este caso 1 procedimiento por esta patología no se hizo con extracción de ovarios, probablemente no existía tejido endometrial en esa área, razón por la que según se describe pueden conservarse anexos; pero en expediente clínico en los 3 casos estudiados no se describe si estos recibieron o no tratamiento médico previo, o se asociaban a sintomatología clínica incontrolable, aunque se puede asumir que así fue pero no se tiene prueba.

Realizar histerectomía por pólipo endocervical es cuestionable (33), pero si tiene mucho que ver con los deseos de la paciente de no tener mas hijos y con la sintomatología asociada; en nuestro estudio hubo 1 caso, el cual se asociaba a hemorragia anormal y dolor, por lo que se decidió realizar dicho procedimiento, y puede considerarse como adecuada esta indicación (masa sintomática) (33).

Hubo un caso de histerectomía por cáncer invasivo, sobre este caso no se describe si fue efectuado a la paciente previo procedimiento “conservador”; respecto a enfermedad preinvasiva según protocolo de manejo de dicha patología, las medidas más conservadoras son las de 1era. Línea (crioterapia, conización) (1,24,33), en nuestro estudio no se describe en expedientes si se ofreció a pacientes histerectomizadas dichos procedimientos conservadores; sólo en evaluación prospectiva se pudo observar que una paciente con neoplasia intracervical grado 1 (NIC I) previo plan educacional respecto a tratamiento se negó a recibir otro tratamiento que no fuera resección quirúrgica del útero. En total en nuestro estudio 18 pacientes (13%) fueron histerectomizadas por esta causa, en estos casos, de 1 paciente (la descrita arriba) se conoce la razón por la que se le realizó histerectomía y no tratamiento conservador, razón por la cual no se puede decir que el procedimiento estuvo indicado correctamente en el resto de pacientes, pues no se llevó la línea a seguir de tratamiento, algo que puede no ser verdad, pero no se puede defender por la falta de información en registro clínico de pacientes.

Si analizamos metrorragia como causa de histerectomía en la literatura se reporta que el 20% de todos los procedimientos es por esta causa, pero que antes de realizarlo se debe dar a paciente tratamiento médico y si paciente no responde a él entonces se realiza histerectomía (1,5,22,29), en nuestro estudio 4 paciente con metrorragia como única indicación fueron sometidas al procedimiento, de estas 1 paciente se observó en forma prospectiva y ella no quiso ningún procedimiento diagnóstico (LIU) previo a histerectomía, ya que no deseaba conservar el útero.

Circunstancias atenuantes también pueden ser indicación de histerectomía (1); en nuestro estudio el proceso inflamatorio crónico lo clasificamos en este grupo (4 casos 3%), esta indicación como tal, es cuestionable, debido a que existen otras medidas como papanicolaou seriados para seguimiento y control de pacientes con este problema para evitar desarrollo ulterior de enfermedad maligna, no necesariamente hacer histerectomía como profilaxis por riesgo de desarrollar una neoplasia (1,24).

El prolapso uterino como tal es una indicación de histerectomía vaginal, aunque no es un suceso aislado y a menudo se acompaña de diversos defectos de apoyo pélvico

(1,33), en nuestro estudio hubo un total de 21 casos (15%) de histerectomía vaginal por esta causa, de éstos, 9 casos fueron sólo por prolapso uterino sin defecto adicional de la pared y 12 casos (57% de esta indicación) fueron asociados a defecto en el apoyo pélvico (rectocele y/o cistocele). Todos estos casos indicados en forma correcta.

Los trastornos agudos que ameritaron histerectomía al igual que en los datos descritos en literatura (1,3,7,8,19) ocupan el primer lugar los asociados a catástrofe del embarazo (4 de 6 casos), 2 casos fueron por abdomen agudo secundario a ruptura uterina en trabajo de parto y 2 casos mas secundarios a masas protruyentes, 1 de ellos que se indicó como aborto en curso con masa gigante que resultó ser un pólipo endocervical protruyentes sangrante y el otro caso de una madre con síndrome de feto muerto. Los otros casos también fueron secundarios a abdomen agudo, estos luego del procedimiento de legrado intrauterino que produjo ruptura uterina (2 casos). En total por urgencia se realizaron 6 histerectomías (4%) en el tiempo estudiado, las cuales fueron procedimientos salvadores.

Al observar la frecuencia de histerectomías por año, vemos en el cuadro 1, una distribución relativamente variable en los distintos años de estudio, en el año 1997 y 1999 ocurrió un número igual de casos y en los años 1998 y 2000 se observa un número similar de casos; en el año 2001 se dio el mayor número de casos (27%); es importante resaltar que en el año 2002 solo se estudiaron los meses de enero y febrero; y el numero de casos en vez de disminuir van en aumento, probablemente por el fenómeno de que en dicho hospital a partir del año 1999 se cuenta con un especialista ginecoobstetra y la población ha aumentado.

Vemos respecto al método de diagnostico utilizado para indicar procedimiento de histerectomía (cuadro No. 2), que en todos los casos excepto NIC y proceso inflamatorio crónico (donde se usó biopsia o papanicolaou como método diagnostico) el método clínico se uso para llegar al diagnostico; es necesario aclarar que en este cuadro aparece el ultrasonido como método único de diagnostico, pero para solicitarlo es necesario primero evaluación clínica, dato que se obvia al describir método diagnostico; el método clínico como tal en clasificación de nuestro estudio se toma en los casos que no utilizaron otra ayuda diagnostica. Vemos además que masas benignas todas asociadas o no a sintomatología clínica ameritaron ayuda diagnostica de ultrasonido previa realización de procedimiento de histerectomía; esto concuerda con lo descrito en la literatura sobre el ultrasonido, que es el método de diagnóstico mas utilizado para este diagnostico (1).

En el cuadro No. 3 se resumen las indicaciones pertinentes y las cuestionables por grupo de enfermedades, cuadro que se obtuvo de evaluación según el análisis descrito en párrafos anteriores, en total un 57% de los procedimientos fueron indicados adecuadamente y el 43% son cuestionables.

En el cuadro 4 encontramos las indicaciones de histerectomía en relación a edad de paciente, vemos que entre las edades de 36 a 50 años existe una distribución muy similar en cuanto a frecuencia de indicaciones y es el periodo de edad en el que se afectan más las mujeres (13), de tal manera que sus patologías las lleven a indicárseles procedimiento de histerectomía; la edad de 36 a 40 años es la edad de mayor riesgo de

enfermedad según podemos relacionar con los hallazgos descritos (24% del total de casos). Si analizamos patología y edad de pacientes, vemos que miomas fue más frecuente a la edad de 46 a 50 años (12 de 22 casos); y en mujeres mayores de 60 años la causa más frecuente fue prolapso uterino; hubo un caso de histerectomía en una mujer menor de 25 años, dicho caso fue por catástrofe del embarazo, una urgencia quirúrgica, cuyo procedimiento fue salvador.

En el cuadro 5 (ver gráfica #5) se encuentra descrito el tipo de histerectomía realizada en relación a indicación de la misma, allí se puede ver que el procedimiento realizado mayormente fue histerectomía abdominal total con un total de 69 casos que son el 49% del total de casos, estos distribuidos en todas las indicaciones del procedimiento proporcionalmente; llama la atención que en el caso de miomas uterinos, todos fueron realizados por vía abdominal, no se describe en expedientes si se consideró la posibilidad de dar tratamiento hormonal y luego hacer procedimiento por vía vaginal si realmente se ameritaba (1), pero al respecto no se ha llegado a un consenso si vaginal o abdominal es lo mejor, actualmente se ha aceptado que la histerectomía abdominal es útil en casi todos los casos (18,30). El procedimiento asociado a salpingooforectomía se indicó en un 34% de casos, en este grupo se incluye no solo extirpación de anexos unilaterales sino bilaterales; este procedimiento en un 100% aunque no se describe en cuadros, fue secundarios a hallazgos intraoperatorios de quistes ováricos, y por supuesto en los casos de masa anexial; llama la atención que en un caso de masa anexial más dolor pélvico crónico no se realizó salpingooforectomía pues el hallazgo intraoperatorio fue compatible sólo con miomas uterinos.

Histerectomías por vía vaginal fueron el 15%, indicadas en prolapso uterino (12 casos), y prolapso más cistocele y/o rectocele (9 casos) en donde no sólo se realizó la histerectomía sino también corrección de anomalía de piso pélvico; casos en los que esta indicado en forma adecuada este tipo de procedimiento (18,30). No hubo ningún procedimiento de histerectomía subtotal ni radical completa, por vía laparoscópica tampoco hubo ningún caso ya que el Hospital no cuenta con el equipo se requiere para ello.

En el cuadro 6 se describen las complicaciones secundarias a realización del procedimiento de histerectomía; hubo un total de 3 complicaciones en el transcurso de los 5 años estudiados (2%), todas en el año 2001, dos por infección de herida operatoria y 1 por hematoma subcutáneo, ninguna complicación se observó en la evaluación prospectiva de casos, y dichas complicaciones no tienen relación con indicación clínica de histerectomía ni con extracción del útero propiamente, estas son complicaciones que ocurren en cualquier cirugía, no necesariamente histerectomía.

En el cuadro 7 (ver gráfica #7) se describen las indicaciones de histerectomía con sus hallazgos macroscópicos en sala de operaciones, se puede notar que un 94% es compatible con el diagnóstico preoperatorio, y que un 6% no es compatible con el mismo, estos resultados nos muestran que en notas operatorias se describe el hallazgo real según el criterio del médico que realizó el procedimiento y no necesariamente un hallazgo ligado a indicación clínica del mismo; esto por supuesto es necesario verificarlo con hallazgos de patología donde se comprueba microscópicamente.

En el cuadro 8 se describen los hallazgos microscópicos descritos en informe de patología compatibles y no compatibles con indicación preoperatoria de histerectomía,

nótese que se comparan compatibilidad con indicación de histerectomía NO con hallazgos macroscópicos en sala de operaciones. Se puede observar que sólo un 36% del total de procedimientos tiene resultado de patología (51 de 141), en el resto de casos no se encontró dicho resultado en los expedientes (64%), esto demuestra que es más la cantidad de procedimientos que se realizan sin que el clínico conozca el diagnóstico patológico; llama la atención de este hecho que en enfermedad premaligna hay un 8.5% sin resultado de patología en expediente (12 de 141) que equivale a un 63% de este grupo (12 de 19), donde no se supo si existía afección mas allá de bordes operatorios.

De los casos donde si existe resultado de patología en expediente, los hallazgos microscópicos descritos en informes, son compatibles en un 76% (39 de 51) con indicación preoperatoria de procedimiento quirúrgico, el resto no es compatible (ver gráfica #8).

En el cuadro No. 9 se encuentra un análisis bivariado para ver si existe relación clínico patológica en los casos estudiados, donde se comparan los casos que tienen informe en expediente, que son compatibles con indicación clínica y los que no tienen informe, que se toman como incompatibles con indicación clínica.

De la comparación de las dos variables se obtiene un chi cuadrado menor de 3.84, que demuestra que dichos datos en este estudio no tienen significancia estadística, esto se debe a la falta de informes que describan hallazgos microscópicos que comprueben la indicación clínica de realizar histerectomía.

IX. CONCLUSIONES

1. Existe pertinencia de histerectomía en el Hospital Nacional del Departamento de Jalapa en el 57% de los casos; según la evaluación el 49% fue indicado en forma innecesaria.
2. En el hospital de Jalapa no existe protocolo propio de cirugía ginecológica, para indicar procedimiento de histerectomía el médico encargado se basa en el protocolo estudiado en área de entrenamiento.
3. Los tipos de histerectomías más utilizadas son los de vía abdominal, la indicación de este tipo de procedimiento fue adecuada, basada en patología específica; el tipo de procedimiento a realizar puede variar dependiendo de los hallazgos macroscópicos durante el procedimiento quirúrgico, estos hallazgos en un 94 % de casos fueron compatibles con indicación preoperatoria de procedimiento.
4. Las complicaciones postoperatorias fueron en total 2%, las mismas no se relacionaron con indicaciones o propia extracción del útero sino con complicaciones que pueden ocurrir en cualquier cirugía.
5. Un 76% de los hallazgos microscópicos descritos en informes de patología son compatibles con indicación clínica de realizar histerectomía, esto sólo se obtuvo de un 36% de casos, pues el resto no cuenta con informe en expedientes, por lo que no se pudo valorar correlación clínico patológica pues no existe significancia estadística con estos datos.

X. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al departamento de ginecología del Hospital Nacional de Jalapa haga las gestiones necesarias para elaborar un protocolo de cirugía ginecológica para dicho hospital para que de esta forma se estandarice el manejo de pacientes con base en lo preestablecido en un protocolo, para que cualquier profesional que labore en dicho hospital cubriendo ese servicio trabaje respaldado por el mismo.
2. Se recomienda al clínico que indica los procedimientos de histerectomía continúe elaborando su trabajo con una adecuada descripción de las indicaciones de histerectomía en los expedientes clínicos.
3. Se recomienda a personal encargado de envío de piezas patológicas y reclamo de informe, tomar medidas necesarias para mejorar ese servicio en el Hospital, ya que esto forma parte de la calidad de atención que se brinda a las pacientes, y no sólo eso sino también fortalece el criterio del médico tratante.
4. Se recomienda a las instituciones encargadas, el aumento de personal medico en el servicio de ginecología, ya que es una institución que cubre las necesidades de todo un departamento, y sólo cuenta con un médico especialista para realizar el trabajo, así mismo conjuntamente con el aumento de personal, estudien la posibilidad de proporcionar equipo para tratamiento a mujeres con patología que podría terminar en histerectomía.

XI. RESUMEN

Estudio ambispectivo para evaluar pertinencia de histerectomía en el Hospital Nacional del Departamento de Jalapa.

Fueron evaluados 141 casos de pacientes a quienes se les realizó histerectomía y se tomó como unidad de análisis los expedientes clínicos, de esos 11 casos se evaluaron en forma prospectiva con las pacientes histerectomizadas como sujetos de estudio. Para recolectar la información se llenaron boletas de recolección de datos y en forma prospectiva se llenaron boletas de acuerdo a evaluación de pacientes.

Para determinar pertinencia de histerectomía se analizaron las variables: indicación clínica de la misma, edad de paciente, tipo de histerectomía, complicaciones postoperatorias, y correlación clínico patológica, y se encontró que las indicaciones clínicas del procedimiento aunque no se basan en protocolo de cirugía ginecológica preestablecido en dicho hospital, todas concuerdan con las indicaciones dadas por la Academia Americana de Ginecoobstetricia; aunque según la evaluación el 43% fueron innecesarias. El período de edad más frecuente de pacientes sometidas a tratamiento fue de 36 a 40 años, y se realizó tipo de histerectomía de acuerdo a indicación clínica. Las complicaciones postoperatorias fueron de un 2%, las mismas sin relación a patología que ameritó la histerectomía. Se encontró en los casos que cuentan con informe de patología en expediente que el 76% son compatibles con los hallazgos microscópicos de patología con indicación clínica de procedimiento. No se pudo identificar la correlación con análisis bivariado pues no existe significancia estadística por falta de datos de hallazgos microscópicos ya que no habían informes patológicos en expedientes. Se concluye que la pertinencia de histerectomía en el hospital de Jalapa es del 57% de los casos (80 de 141).

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

“PERTINENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HOSPITAL NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE JALAPA”

No. Boleta _____

No. De Expediente clínico _____ Edad de paciente _____
Fecha que se realizó procedimiento quirúrgico _____

1. Existe Protocolo de Procedimientos quirúrgicos ginecológicos en hospital?

SI _____ NO _____

2. Diagnóstico o impresión clínica pre-operatoria

3. Método de diagnóstico utilizado

Ultrasonido _____ Papanicolau _____ Biopsia _____ Clínico _____
Otros _____

4. Tipo de histerectomía realizada

Vía abdominal _____ Vía Vaginal _____

5. ¿Hubo

Subtotal _____	radical _____
Total _____	radical completa _____

complicaciones postoperatorias?

Fiebre post-operatoria _____ Retención urinaria _____
Infección de herida operatoria _____ Trauma de vísceras _____
Dehiscencia de herida operatoria _____ Otros _____

6. Hallazgos macroscópicos Trans-operatorios

7. ¿Existe resultado de patología? SI _____ NO _____

Si existe resultado, ¿es compatible con diagnóstico o impresión clínica preoperatoria? _____

**BOLETA DE ENTREVISTA A MEDICO ENCARGADO DE
REALIZA R HISTERECTOMÍAS**

**“PERTINENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HOSPITAL
NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE JALAPA”**

No. Boleta_____

No. De Expediente clínico_____ Edad de paciente_____

Fecha que se realizó procedimiento quirúrgico_____

3. Existe Protocolo de Procedimientos quirúrgicos ginecológicos en hospital?

SI_____ NO_____

4. Diagnóstico o impresión clínica pre-operatoria

8. Método de diagnóstico utilizado

Ultrasonido_____ Papanicolau_____ Biopsia_____ Clínico_____

Otros_____

9. Tipo de histerectomía realizada

Vía abdominal_____ Vía Vaginal_____

10. ¿Existen

Subtotal_____	radical_____
Total_____	radical completa_____

complicaciones postoperatorias?

Fiebre post-operatoria_____ Retención urinaria_____

Infección de herida operatoria_____ Trauma de vísceras_____

Dehiscencia de herida operatoria_____ Otros_____

11. Hallazgos macroscópicos Trans-operatorios

12. ¿Existe resultado de patología? SI_____ NO_____

Si existe resultado, ¿es compatible con diagnóstico o impresión clínica

preoperatoria?_____