

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PREVALENCIA DE HISTERECTOMIA
OBSTETRICA



MARITZA NOHEMI JUAREZ CHICOP

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 1995

DL
OS
T(2943)

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
SUBDIRECCION MEDICA
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Oficio No. G-6-95.

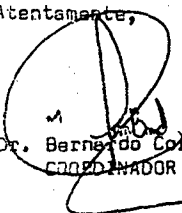
Guatemala, 23 de octubre de 1995.

Bachiller
Maritza Nohemi Juárez Chicop
Carnet No. 86-12903
P R E S E N T E.

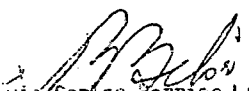
El Comité de Investigación le informa que su Informe Final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de Tesis titulado:
"PREVALENCIA DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA".

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,


Dr. Bernardo Coronado.
COORDINADOR COMITE DE INVESTIGACION



Us. So. 
Dr. Luis Carlos Barrios Lupitán
JEFE DEPTO. DOCENCIA E INVESTIGACION



cc; archivo.



FORMA C

ACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 25 de octubre de 1995

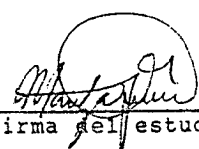
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

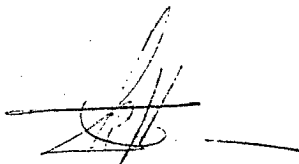
Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MARITZA NOHEMI
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

JUAREZ CHICOP Carnet No. 86-12903
lidos completos

Se presentó el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"PREVALENCIA DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA"

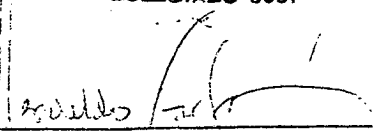
cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Dr. CESAR A. REYES M.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 3411

Dr. R. Cecilio Farfán Bermúdez
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 3031


Revisor
Firma y sello

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
B: Registro Personal

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El (La) Bachiller: MARITZA NOHEMI JUAREZ CHICOP

Carnet Universitario No. 86 12983

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"PREVALENCIA DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA"

Trabajo asesorado por: DR. CESAR A. REYES M.

y revisado por: DR. USABUO FERRER BERROSO
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se hace
firma y sellado presente

ORDEN DE IMPRESIONES:

Guatemala, 25 de enero de 1995

Por Unidad de Tesis

DR. USABUO FERRER BERROSO
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESIONES:

Dr. Edgar Axel Oliva González
DECANO

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA	23
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	27
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	37
IX. CONCLUSIONES	39
X. RECOMENDACIONES	41
XI. RESUMEN	42
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
XIII. ANEXOS	45

I. INTRODUCCION

La Histerectomía Obstetrica se define como el procedimiento quirurgico que se realiza en la paciente embarazada al momento de la resolución del embarazo, el cual implica la extirpación del útero por via abdominal.

La Histerectomía Obstetrica es un procedimiento que se realiza en Guatemala, en la mayoría de las ocasiones como procedimiento de emergencia, en la etapa fértil de la mujer.

La Histerectomía Obstetrica si bien no esta registrada, entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad de nuestro país, no debe dejarse de lado, ya que produce esterilidad y/o muerte.

Como se sabe, la mayoría de las Histerectomías Obstetricas, han sido realizadas por problemas de Atonía Uterina, Ruptura Uterina, Placenta Acreta, con el fin de salvar a la paciente.

Este estudio presenta una recopilación de los datos de los registros clínicos de pacientes sometidas a Histerectomía Obstetrica, en un periodo de 10 años, en el Hospital General San Juan de Dios.

Estos datos incluyen las indicaciones, grupo de edad más afectado, edad gestacional, paridad, complicaciones intra y post operatorias, tiempo operatorio, días de hospitalización, morbilidad y mortalidad, y la vía de resolución del parto.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La Histerectomia es la operación que consiste en extirpar parcial o totalmente el útero, por vía abdominal o vaginal. (9,12).

La Obstetricia es la rama de la medicina, que trata del cuidado de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, ya sea el parto por cesárea o vaginal, (9,12).

La Histerectomia Obstetrica, es usada en el manejo de las complicaciones de emergencia como Hemorragias Uterinas intratables producidas por: Desprendimiento de Placenta Normoinserta, Placenta Previa, Ruptura Uterina, Atonia Post-Parto, Extensión de la Operación cesárea hacia vasos Uterinos, Infecciones como Corioamnionitis. (9,12).

También se utiliza la Histerectomia Obstetrica en casos que no son de emergencia como: Leiomiomas Uterinos, Neoplasias Intraepiteliales Cervicales, Dahiencia de Cicatriz de Cesárea Previa, Enfermedades Neoplasicas de los Anexos. (9,12).

En casos Electivos en pacientes con Cesáreas múltiples que desean ser esterilizadas, sin embargo cuando la unica indicación es la esterilización quirurgica, se podria argumentar que el parto vaginal u operación cesárea seguida de la ligadura de trompas, seria un procedimiento seguro que la histerectomia para la esterilización (9,12).

El Hospital General San Juan de Dios es un Hospital Escuela, en el cuál se realizan distintos procedimientos. La Histerectomia Obstetrica es uno de ellos, de la cuál no existen estudios de tésis, desconociendose la prevalencia, indicaciones, complicaciones y evolución de las pacientes operadas. Por lo que se considera importante realizar el presente estudio.

III. JUSTIFICACION

En el siguiente estudio se tomarán en cuenta las Histerectomías Obstetricas, que se realizaron en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, tomando en cuenta las de emergencia, no emergencia y electivas, de las cuales no se conoce la prevalencia, indicación del procedimiento, evolución post-operatoria y complicaciones.

Por lo anteriormente expuesto, se revisarán las historias clínicas de las pacientes sometidas a Histerectomia Obstetrica, ya sean éstas post-parto o post-cesárea, durante el periodo de Junio de 1985 a Junio de 1995, en el Hospital General San Juan de Dios. Para lo cual se utilizará una boleta de recolección de datos.

La realización de éste estudio de tesis es importante, ya que actualmente no se cuenta con ninguno.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES

- 1.- Determinar la prevalencia de la Histerectomía Obstétrica en el Hospital General San Juan de Dios.

B. ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar e Identificar en la Histerectomía Obstétrica:
 - a.- Indicaciones.
 - b.- El grupo de edad más afectado.
 - c.- La Edad Gestacional.
 - d.- La paridad.
 - e.- Complicaciones Intra y Post - Operatorias.
 - f.- Tiempo Operatorio.
 - g.- Días de Hospitalización.
 - h.- Morbilidad y Mortalidad.
 - i.- Vía de resolución del Embarazo.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

La Histerectomía es la operación que consiste en extirpar parcial o totalmente el útero, por vía abdominal o vaginal. (9,12).

La Obstetricia es la rama de la medicina, que trata del cuidado de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, ya sea el parto por cesárea o vaginal (9,12).

A. CLASIFICACION E INDICACIONES:

La clásica indicación histórica para la cesárea histerectomía de emergencia, fué hemorragia o infección que pone en riesgo la vida de la paciente. En años recientes, la gran mayoría de cesárea histerectomía de emergencia, ha sido realizada por problemas de hemorragia intratable. Los problemas de sangrado que más frecuentemente necesitan histerectomía en el momento de la realización de la cesárea, en el Charity Hospital of New Orleans, fueron, desordenes placentarios, ruptura uterina, atonía al momento de la realización de la cesárea, y extensión de la incisión de la cesárea hacia los vasos uterinos mayores. El útero de Couvalaire fué una de las indicaciones de Histerectomía, pero actualmente este problema se puede manejar adecuadamente con oxitocina, sangre y factores de la coagulación. (1,3,6,9,12,13).

La ruptura uterina y placenta acreta, particularmente la placenta previa y acreta, han sido encontradas con una frecuencia incrementada en años recientes, desde que la incidencia de ambas incrementó el número de operaciones cesáreas. (1,3,6,9,12,13).

B. INDICACIONES DE CESAREA HISTERECTOMIA

LSU SERVICE- CHARITY HOSPITAL DE NEW ORLEANS 1975 A 1985

EMERGENCIAS (32 %)	NO EMERGENCIAS (31 %)	ELECTIVAS (37 %)
Hemorragia Uterina (26%)	Leiomiomas Uterinos (10%)	Cesàreas Múltiples + Esterilización (20%)
Problemas Placentarios(11%) (PP y DPPNI)	Neoplasia Intraepitelial Cervical (10%)	Esterilización Electiva Primaria (17%)
Ruptura Uterina (7%)	Dehiscencia Herida Op. (8%)	
Atonía Postparto (5%)	Enfermedad Anexial (3%)	
Extensión de la Operación cesàrea Hacia vasos Uterinos (3%)		
Infeción Corioamniotitis con Sepsis (6%)		

(12).

La corioamniotitis vista en pacientes con labor negligentemente prolongadas, en las cuales el útero viene a ser una masa de micro y macroabscesos, los cuales son inaccesibles a la terapèutica antibiòtica, es raramente vista en la pràctica moderna de la obstetricia. La infecciòn uterina menos severa, responde rapidamente al tratamiento antibiòtico, por lo que la cesàrea histerectomia por infecciòn se ha vuelto totalmente rara. (1,3,6,9,12,13).

Las indicaciones de NO emergencia para la cesàrea histerectomia son mäs controversiales. Es una politica considerar la cesàrea histerectomia, para pacientes quienes tienen indicaciòn obstetrica valida para la cesàrea y consecuentemente indicaciòn valida para la histerectomia. La mayoría de los casos estudiados de esta categoria ocurrieron cuando el embarazo fuè complicado por leiomiomatosis uterina, dehiscencia de la cicatriz de una cesàrea previa, o neoplasia cervical intraepitelial. (3,6,9,12).

Usualmente los miomas pequeños tienen una disminución en su tamaño posteriormente al embarazo, y rara vez requieren de cesárea hysterectomía para su manejo. Sin embargo, muchos pacientes tienen múltiples miomas grandes, los cuales algunas veces obstruyen el canal del parto. Otros experimentan degeneración o torción del mioma o severa menometrorragias cuando no hay embarazo. Tales pacientes son muchas veces mejor atendidas por una operación, la cual se acompaña del parto y remoción del útero miomatoso. (3,6,9,12).

La dehiscencia de una cesárea anterior tiene muchas presentaciones. Muchas de las dehiscencias son en forma de una pequeña "ventana" y la mayoría de ellas pueden ser fácilmente reparadas. Este es el curso natural de las pacientes que deciden tener otros niños. Las dehiscencias mayores las cuales actualmente son rupturas de la cicatriz uterina, podrían no siempre ser fácilmente o adecuadamente reparadas, y siempre requieren de hysterectomía para un manejo seguro. La tendencia en recientes reportes de manejo de dehiscencias mayores ha sido hacia el intento de repararlas. (1,2,6,7,8,9,12).

La neoplasia cervical intraepitelial es una indicación especialmente problemática, de cesárea hysterectomía. Durante el embarazo, siempre es difícil examinar el canal endocervical profundamente y los cambios fisiológicos en el epitelio cervical podrían ser confundidos tanto por colposcopistas y citólogos. Los cambios displásicos o malignos podrían progresar, en el intervalo entre la evaluación inicial y el parto. El estadio de la enfermedad podría entonces ser inadecuada e inapropiadamente tratados. Existe consenso, consistente sobre la exsición completa del cervix al momento de realizar cesárea hysterectomía. Debido a esa incertidumbre, hay ocasiones cuando la cesárea hysterectomía podría ser el mejor plan de manejo para pacientes individualizadas en quienes el embarazo, es complicado por enfermedad neoplásica cervical. (3,4,6,8,9,12).

La mayor controversia de todas las indicaciones de cesárea hysterectomía, es la esterilización electiva. Cuando la cesárea hysterectomía es desarrollada en una paciente quien ha tenido muchos niños y varias operaciones cesáreas previas, uno podría argumentar que en tal caso, no es propiamente designado un caso electivo. (1,2,3,6,7,12).

Sin embargo, cuando la única indicación es la esterilización quirúrgica, uno podría argumentar que el parto vaginal u operación cesárea, seguida de ligadura de trompas, sería un procedimiento seguro que la cesárea hysterectomía. (1,2,3,6,7,12).

Se ha pensado intuitivamente que la cesàrea histerectomía tiene una pérdida mayor de sangre y una proporción de complicaciones mayores que la cesàrea con ligadura de trompas. (1,3,6,7,8,9,12,13).

En un análisis de un estudio retrospectivo de 86 operaciones cesàreas con ligadura bilateral de las trompas y comparado con 86 operaciones de cesàrea histerectomía de no emergencia, en la que Bukovsky y colaboradores encontraron una proporción significativamente mayor de infección en la primera y una proporción mayor de transfusiones en la segunda. (1,3,6,7,8,9,12,13).

La ligadura de trompas tuvo una proporción de 55.8% de operaciones ginecológicas subsecuentes en un periodo de 10 años versus solamente 1.2% en el grupo de histerectomía. Esto confirma los hallazgos tempranos de Weed. (1,3,6,8,12).

Las complicaciones peculiares de la cesàrea histerectomía, tales como lesiones del tracto urinario, son sentidas de naturaleza más seria que aquellas con ligadura de trompas. Tales lesiones son raras y se mantienen entre los cirujanos quienes realizan la cesàrea histerectomía electiva, sintiendo que sus pacientes rara vez requieran de transfusión y se recuperaran más rápido que las pacientes quienes experimenten operación cesàrea solamente. Von Almen y Ferris encontraron una proporción extremadamente baja de complicaciones y transfusión, en su análisis retrospectivo de una serie de 125 cesàrea-histerectomías para esterilización realizadas en su práctica privada. (1,3,6,8,12).

Pocos clínicos se preguntan lo adecuado de la histerectomía post-parto o cesàrea, para el manejo de la ruptura uterina catastrófica o hemorragia obstétrica incontenible. Muchos clínicos entrenados en cesàrea-histerectomía utilizan la operación para la resolución de un problema dual, el parto obstétrico y la patología ginecológica, con un procedimiento que expone al paciente solamente una vez a la anestesia, operación y hospitalización. (1,2,3,5,6,8,12).

El uso de cesàrea histerectomía electiva para esterilización depende de la habilidad y experiencia individual del médico con esta operación, su percepción de los riesgos relativos y beneficios de la cesàrea histerectomía versus la operación cesàrea con ligadura y corte de trompas, y el deseo del paciente. (1,3,6,8,12).

C. CESAREA HISTERECTOMIA

La cesàrea histerectomía tiene una historia que va de solamente 100 años. La operación siempre fué llamada operación de Porro luego de intentar en sus inicios remover el útero de una mujer recientemente embarazada. (9,12).

La primera cesárea hysterectomía de la cual se cuenta con el record médico del Charity Hospital of New Orleans, fué desarrollada en 1938. Este es un estudio de la Universidad de Louisiana, que cuenta con 1000 casos en la última década, y datos revisados de aproximadamente 5000 casos. (9,12).

Se han realizado otros estudios como el del Brigham and Women's Hospital de octubre del 83 a Julio del 91, en el que se estudiaron 117 hysterectomías periparto de emergencia. Con una incidencia anual de 1.55 por 1000 partos. Las mujeres que tuvieron un parto pretermino de menos de 35 semanas, tuvieron una incidencia de 12.79 por 1000 partos, comparado con mujeres con partos de más de 35 semanas con 1.06 por 1000 partos. La proporción fué 25 veces mayor en mujeres con cuatro partos previos 13.21 por 1000 partos, comparado con mujeres nulíparas 0.54 por 1000 partos. (13).

Otro estudio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Louisiana realizado de 1984 a a 1988, donde hubieron 33,963 partos, de los cuales 4891 fueron cesáreas; de ellas 129 fueron cesárea-hysterectomías; 107 fueron casos electivos y 22 casos de emergencia. No se registro ninguna muerte materna. En éste estudio se puede observar el resultado fetal al nacimiento tanto en casos de emergencia como electivos. (3).

	EDAD GESTACIONAL		APGAR	
			1 MIN	5 MIN
CASOS DE EMERGENCIA	33.5 +	5.0 s	5.5 + 3.2	6.6 + 3.2
	-		-	-
CASOS ELECTIVOS	38.4 +	1.9 s	8.3 + 1.2	9.0 + 0.4
	-		-	-

(3).

Los días de estancia en la cesárea hysterectomía fueron de 4.2 + - 1.8 días, los cuales son comparados con los días de estancia para cesárea más ligadura de trompas. (3)

Otro estudio realizado es el de la Escuela de Medicina de la Universidad de New York realizado de 1980 a 1990, en el que se estudiaron 34 casos de Cesárea Hysterectomía y se hacen comparaciones entre la cesárea electiva, versus la de emergencia. (1). (ver cuadro).

	ELECTIVA	EMERGENCIA
Tiempo operatorio	141 min	204.5 min
Transfusión	2.22 unidades	5.56 unidades
Apgar 1 minuto	8.56	7.57
Apgar 5 minutos	9.11	8.57
Perdida de sangre estimada	2,306 cc	3,383 cc
Edad Gestacional	38.1 s	37.2 s
Días de Hospital	8.44 d	9.80
Uso Antibióticos	11 %	20 %

(1).

D. DIFICULTADES QUIRURGICAS

Los cambios fisiológicos en la pelvis materna que acompañan al embarazo, son responsables de muchos de los problemas quirúrgicos de la cesárea histerectomía. Los vasos que irrigan al útero, ovarios y vejiga son remarcablemente mayores y más tortuosos que en estado no grávido. (4,9,10,11, 12).

El descuido en la manipulación de los clamps, corte de pedículos, o colocación de suturas podría precipitar hemorragia severa. (9,12).

El edema en las estructuras alrededor del útero hace fácil la disección de los planos quirúrgicos pero produce gran edema de los pedículos, de los cuales, las suturas de los vasos sanguíneos podrían soltarse. Se debe dar especial atención al tamaño de los pedículos y una técnica de sutura hemostática cuidadosa. (12).

La cicatriz de cirugía previa, particularmente cesárea previa, es una complicación común que presentan los casos de cesárea histerectomía y necesitan gran cuidado para evitar daño a órganos que están adheridos al útero, vejiga, anexos y pared abdominal. (3,9,12).

El cirujano debe estar preparado para reconocer y reparar lesiones del tracto urinario. La cesárea histerectomía es frecuentemente realizada en presencia de trauma o ruptura uterina en quienes los hematomas del ligamento redondo y estructuras vecinas hacen difícil la orientación y visualización y distorsionan las relaciones anatómicas. Son de importancia primaria una cuidadosa exposición, una buena tracción asistida y control del sangrado que obscurece el campo operatorio. (3,9,12).

E. TECNICA QUIRURGICA

Hay muchas formas de realizar una cesàrea hysterectomía exitosamente. Cualquier ginecólogo competente debe ser capaz de realizar la tarea con diligencia y debe respetar, pero no temer, los problemas especiales asumidos por la operación. Cuando la cesàrea hysterectomía es planificada con tiempo, el cirujano tiene el lujo de completar una evaluación preoperatoria del paciente y su estado hematológico y coagulación. El puede preparar el test de llenado de vejiga para ver su integridad si fuera necesario. El puede escoger asistentes experimentados y discutir procedimientos, instrumentos necesarios, y suturas previo a la operación. En casos de emergencia, tales lujos no existen y la situación siempre viene a ser apresurada. (3,6,9,12,13).

En la cesàrea hysterectomía son realmente dos operaciones, la operación cesàrea y la hysterectomía, una seguida de la otra en forma ordenada. La prisa es requerida brevemente solo al inicio de la operación de cada segmento. El cirujano debería esforzarse por estar tranquilo y deliberadamente progresar hacia los pasos sucesivos de la operación. (9,12).

La cesàrea hysterectomía puede ser realizada a través de cualquiera de las incisiones de la pared abdominal comunmente usadas, para la operación cesàrea. La incisión escogida del autor (Warren .P.), depende de si la operación cesàrea hysterectomía ha sido planificada con anticipación, y es una infraumbilical para-mediana izquierda. (6,9,10,11,12).

Cuando ya se encuentra presente una incisión transversa, la exposición de la operación puede ser incrementada si es necesario, por división de los músculos rectos o sus ligamentos de incisión cerca del hueso pubico. (6,8,9,10,11,12).

La técnica se inicia con la operación cesàrea y procediendo con la postergación de la sutura de la técnica de cesàrea hysterectomía. Esta operación esta diseñada para alcanzar una rápida hemostasis por un clampeo doble rápidamente y corte en una secuencia ordenada, cada pedículo mayor que suple de sangre al útero. Después que todo el suplemento de sangre del útero ha sido clampeado, los pedículos son individualmente ligados en orden opuesto. La técnica descrita es más útil para casos que pueden ser planificados con tiempo. (La más reciente técnica operativa es bien descrita por Mickal). Se deja la postergación de la sutura paso a paso. (6,8,9,10,11,12).

El útero es liberado dentro de la incisión abdominal por tracción por medio de un clamp vassellum en el fondo del útero o un dedo en la incisión uterina. La incisión de la operación cesárea podría ser cerrada con una sutura simple corrida o puede ser clampeada con varias toallas con clip para hemostasis y limpieza del área operatoria. (6,8,9,10,11,12).

El ligamento redondo derecho es dividido dentro de clamps de Ochsner colocados 2 a 3 cms de su unión uterina. Se debe tener cuidado al colocar las puntas de los clamps en una porción avascular del ligamento ancho y controlar cualquier rama pequeña de la arteria de Sampson que suple este pedículo. El clamp distal se permite que caiga abajo del campo operatorio; el clamp proximal permite tracción y puede ser usado en el próximo paso. La hoja anterior del ligamento ancho es incidido para encontrarse con la incisión peritoneal de la operación cesárea. El útero es retraído hacia arriba y se realiza una abertura en la hoja posterior del ligamento ancho por medio de un clamp Kelly a través de un espacio avascular bajo visión directa. (6,8,9,10,11,12).

Tres clamps de Ochsner son colocados a través del ligamento útero - ovarico y trompa de falopio. Una de ellas es dirigida en contra del fondo del útero, y las otras dos son colocadas a un centímetro lateral, todas los extremos terminan en una abertura avascular. Si el cirujano necesita remover el ovario y las trompas de falopio, los dos clamps distales deben ser colocados más alejados para rodear el ligamento infundibulo - pelvico y los vasos ovaricos. El pedículo es dividido, dejando dos clamps sobre el segmento distal, los cuales se dejan caer dentro del abdomen, lejos del campo operatorio. (6,8,9,10,11,12).

El útero es traccionado hacia arriba por un asistente. El pedículo vascular uterino derecho firme paralelo a la pared del útero es facilmente identificado, y disecado por disección cortante de la hoja posterior del peritoneo del ligamento ancho y el tejido areolar que rodea los vasos. Se debe tener cuidado de no abrir los vasos dilatados cercanos a la disección. (6,8,9,10,11,12).

El pedículo que contiene la arteria y vena uterina son doblemente clampeados con clamps de Heaney a nivel de la unión segmento inferior uterino y superior del cervix. Este pedículo es unicamente clampeado y no cortado, en esta fase. El clamp no debe manipularse de ninguna manera pero se permite que caiga mientras se le toma atención al otro lado del útero. (6,8,9,10,11,12).

El lado izquierdo de la disección es iniciada como la del lado derecho por división del ligamento redondo y el ligamento útero - ovarico entre los clamps. (6,8,9,10,11,12).

El pedículo de la arteria y vena uterina son disecados y clampeados como en el lado derecho. Así han sido controlados todos los suplementos sanguíneos del útero rápidamente. (6,8,9,10,11,12).

Generalmente se utiliza un retractor de la pared abdominal (Balfour u O'Connor - O'Sullivan) en este momento. El intestino es colocado lejos del sitio operatorio con varias esponjas de laparotomía y se coloca un retractor manual o retenedor. El retractor que controla la vejiga es cubierto con esponjas húmedas de laparotomía. El filo de algún retractor puede lacerar la pared de la vejiga friable, si es usado muy vigorosamente o si oscila de lado a lado. (6,8,9,10,11,12).

Cada pedículo es suturado ahora en orden reverso. El pedículo uterino izquierdo es el primero en ser dirigido. Un clamp de Ochsner es colocado sobre el clamp de Heaney para controlar el sangrado retrogrado cuando este pedículo es cortado. El pedículo es cortado, de manera que un pedacito de tejido protruya más allá del clamp más interno, de otra manera el tejido edematoso está más propenso a salirse del clamp. (6,8,9,10,11,12).

El segundo clamp de Heaney es recolocado con una ligadura de transfixión. Es preferible usar sutura de catgut O crómico aunque también se puede utilizar una sutura O o OO de poliglicol, la cual es completamente satisfactoria. El pedículo útero - ovarico del lado izquierdo es doblemente ligado. Colocar una ligadura al rededor del clamp proximal; luego una sutura de transfixión se coloca a través del centro del pedículo distal y son amarrados ambos lados del clamp restante. El ligamento redondo del lado izquierdo es colocado cercano a la ligadura de sutura. (6,8,9,10,11,12).

Ahora el cirujano vuelve su atención al lado derecho de la disección. El ligamento redondo derecho y el pedículo útero - ovarico son asegurados como en el lado opuesto. El último pedículo dirigido es el del lado derecho que contiene los vasos uterinos. Esos son separados y asegurados como se describió del lado opuesto y se procede a la disección del primer pedículo del ligamento cardinal, el cual es clampeado con un clamp de Ochsner. Cada ligamento cardinal sucesivamente clampeado son colocados en medio previo a liberar el cervix. En muchos casos los ligamentos redondos son los suficientemente grandes para requerir una separación del pedículo. En otros casos, estos ligamentos podrían ser incluidos en uno de los pedículos del ligamento cardinal, previendo que el pedículo no sea muy largo y así inseguro. (6,8,9,10,11,12).

Es importante que cada pedículo del ligamento cardinal no sea mayor de 2 cms de ancho, preferiblemente pequeño, usando la mitad distal más segura del clamp. (6,8,9,10,11,12).

Se permite un pequeño trozo de tejido atrás del clamp para evitar retracción del tejido fuera del clamp. Se debe ser cuidadoso de no colocar lateralmente el clamp o de realizar tracción hacia abajo, lo cual podría causar desgarro del tejido friable lejos de la pared uterina y crear lugares de sangrado que serían difíciles de parar. El clamp debe ser sostenido no manipulado. (6,8,9,10,11,12).

Como la disección del ligamento cardinal se realiza hacia abajo, la disección de la vejiga también debe adelantarse. La adherencia de la vejiga a la pared anterior del cérvix son siempre gruesas en la disección inicial si previamente se ha realizado operación cesárea. Disección cortante con tijera de Metzenbaum rechazando hacia abajo con el disector de Kitner asegurándose que no se daña la pared posterior de la vejiga. La disección de la vejiga no necesita ser mayor de un centímetro o tan distal de la disección del ligamento cardinal. La disección de la vejiga más abajo y lateral de la visibilidad del campo operatorio, tiene el riesgo de sangrado que es excesivamente difícil encontrar y controlar. (6,8,9,10,11,12).

El próximo paso es la identificación de la disección que se extiende hacia abajo, en la unión del cérvix y vagina. Esta unión puede ser sentida entre el dedo pulgar e índice, los cuales palpan la pared superior de la vagina y encuentran el área de adelgazamiento del cérvix. Es difícil sentir el cérvix cuando las pacientes han estado en labor y el cérvix ha sido dilatado y borrado. Uno puede entonces con doble guante sentir a través del canal cervical la extensión inferior del cérvix. Si uno ha tenido la precaución y oportunidad de marcar el labio cervical con un clip metálico de Michel, viene a ser más fácil de identificar; sin embargo esto nunca es necesario. (6,8,9,10,11,12).

Una esponja húmeda de laparotomía es colocada en el fondo de saco para detener cualquier derrame del contenido vaginal al preparar la abertura de la vagina. (6,8,9,10,11,12).

Una vez la disección del ligamento cardinal alcanza el límite inferior del cérvix, la vagina es penetrada con una tijera curva en su parte posterior. La hoja interna de la tijera es colocada exactamente debajo del cérvix, en el fórnix de la vagina, y se circunscribe a la porción superior de la vagina, completando la disección bajo visión directa. El clamp de Allis o Pennington mantienen la tracción sobre los ángulos anterior, posterior y lateral de la pared de la vagina. El epitelio vaginal es muy friable y debe ser tomado gentilmente. Las secreciones de la abertura de la vagina son controlados por succión para evitar un derrame peritoneal severo. (6,8,9,10,11,12).

El manejo quirúrgico del muñon vaginal inicia con mantener suturados los ángulos incluyendo los ángulos laterales de la vagina, pedículo inferior del ligamento cardinal y del pedículo útero-sacro. Usualmente esta sutura es una sutura de apoyo, para la subsecuente identificación de los ángulos vaginales. El cirujano puede escoger cerrar el muñon vaginal con sutura de puntos separados o continua o dejar abierto el muñon. (6,8,9,10,11,12).

Al dejar abierto el muñon hay que estar seguro de que hay hemostasis en ambos bordes del muñon, anterior y posterior, por medio de una sutura continua pasada de crómico 0. Si se considera que habra una considerable acumulación de fluido tisular al rededor del muñon, o si la operación ha sido desarrollada en presencia de infección, se debe contar con un drenaje de la pelvis por la colocación de un drenaje de succión con mecanismo como el desarrollado por Jackson-Pratt de sistema de drenaje silástico. Este drenaje sale a través de la vagina y puede ser facilmente removido en 24 a 48 horas cuando el drenaje es mínimo. (6,8,9,10,11,12).

Si hay sospecha que la integridad de la pared de la vejiga ha sido dañada en cualquier momento durante la operación, la vejiga podría ser llenada con una solución opaca e inspeccionar el campo operatorio por extravasación de la solución. También se puede realizar con azul de metileno introducido a través de una sonda Foley trasuretral. (6,8,9,10,11,12).

Si se ha realizado una cistotomía inadvertida, el área es disecada para así colocar dos planos de sutura sin tensión de crómico 00 puntos continuos, la segunda capa sobrepuesta a la primera. La vejiga se vuelve a llenar para asegurar su integridad. Cuando la vejiga ha sido reparada, es necesario contar con una cobertura de antibióticos y drenaje con sonda Foley por 5 a 7 días. (6,8,9,10,11,12).

Se coloca un drenaje de Jackson-Pratt en el espacio retroperitoneal cerca de la vejiga reparada y es llevado afuera a través de una pequeña herida en el abdomen bajo. (6,8,9,10,11,12).

Todos los pedículos son individualmente reinspeccionados por seguridad hemostática. La pelvis se lava con abundante solución salina tibia y el peritoneo pélvico es cerrado con crómico 00 puntos continuos. Las compresas y retractores son removidos, y se chequean los instrumentos, agujas y compresas. (6,8,9,12).

F. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Los principales problemas encontrados por los cirujanos que desarrollan la cesárea histerectomía son el sangrado y lesiones al tracto urinario. (6,8,9,10,11,12).

La dificultades de sangrado intraoperatorio incrementa el tiempo para la disección de la vejiga, pedículos, anexos, pedículos vasculares uterinos, ligamento cardinal, o ángulos de la vagina. Cuando se disecciona la vejiga hacia abajo, el cirujano debe evitar la disección lateral, la cual podría romper la venas dilatadas del plexo de Santorini. (6,8,9,10,11,12).

En revisiones tempranas de cesárea hysterectomía, se encontro que el sangrado de los pedículos anexos fué una causa comun de sangrado intraoperatorio, sangrado postoperatorio temprano, y remoción de uno o más anexos. Esos pedículos edematosos estan bajo considerable tensión, lo cual causa retracción de vasos y escape de sus ligaduras. (6,8,9,12).

El doble clampeo y la sutura de transfixión ha solventado este problema. En más de cien casos de cesárea hysterectomía en los ultimos 10 años, ningún paciente regreso a sala de operaciones por sangrado anexial. (6,8,9,12).

Los principios de pelado, doble clampeado y transfixion de los vasos uterinos, ha reducido la incidencia de sangrado retroperitoneal postoperatorio de los vasos uterinos retraidos. Los pedículos que son muy grandes y la manipulación de los clamps que tiran de los pedículos lejos de la pared uterina, son los que más comunmente continuan los problemas que resultan en sangrado de vasos uterinos y ligamento cardinal. El sangrado de los ángulos vaginales son siempre debidos a tracción y manipulación indebida de las suturas de soporte que habren las ramas ascendentes de las arterias vaginales. (6,8,9,10,11,12).

La cesárea hysterectomía de emergencia presenta especialmente problemas de sangrado. Se pueden presentar coagulopatias cuando el paciente es encontrado por primera vez o podría desarrollarse como progresión del caso. (1,3,6,8,9,12,13).

Siempre hay grandes hematomas en el ligamento ancho y otros espacios retroperitoneales que distorcionan las relaciones anatómicas y desafian los intentos de clampeo directo y sutura. Siempre que sea posible encontrar un espacio diseccionado libre, cerca de la pared pelvica lateral, donde los vasos uterinos pueden ser ligados cerca de su origen de la arteria iliaca interna, o al fallar esto, la arteria iliaca interna (hipogástrica) puede ser aislada y ligada. En emergencias severas, se puede comprimir la arteria aorta para parar el sangrado mientras se limpia el campo operatorio para un ataque más directo sobre al problema de sangrado. (6,8,9,10,11,12).

La vejiga y ureteres estan en riesgo durante el desarrollo de la cesàrea hysterectomía, particularmente en casos de emergencia donde el trauma y hematomas distorcionan las relaciones esperadas. La vejiga esta en gran riesgo durante la disección inicial de la pared anterior cervical. (1,3,6,8,9,12,13).

Algunos métodos de cesàrea hysterectomía incluyen la técnica de clampeo cruzado de la parte superior de la vagina, previo a la excisión del espécimen. Fistulas vesicovaginales han resultado de la incorporación de tiendas en las esquinas de la vejiga con clamp o suturas. La formación de abscesos también pueden contribuir a necrosis isquemica en la base de la vejiga, la cual puede producir una fistula. (9,12).

Los procesos de ruptura uterina y dehiscencia de operación cesàrea podria lesionar directamente la vejiga y/o ureteres y el cirujano debe observar eso como las lesiones quirurgicas inadvertidas. La lesión de la vejiga no reconocida, es la que produce fistula vesicovaginal. Haynes y Martin reportaron 149 casos de cesàrea hysterectomía de las cuales 10 fueron reconocidas y reparadas las cistotomías. Ninguna fistula ocurrio en ésta serie. (5,6,9,12).

Mickal y asociados reportaron una serie de 383 cesàrea - hysterectomías del servicio de LSU en las cuales se reconocieron 20 cistotomías que fueron reparadas. Solamente se desarrollo una fistula vesicovaginal. (5,6,9,12).

Los ureteres estan muy estrechamente cercanos a los tres puntos de disección durante la cesàrea hysterectomía: el sitio de ligadura del ligamento infundíbulo - pelvico cuando las estructuras anexas son removidas, la disección del ligamento útero-sacro, y los pediculos vascular uterino y del ligamento cardinal. El más importante principio al tratar con el uréter en casos complicados de cesàrea hysterectomía es la visualización directa. El uréter siempre puede ser localizado cuando cruza la arteria iliaca común, a la altura de la pelvis. Un método útil es el incidir el peritoneo parietal de la pared pelvica lateral del ligamento redondo de 6 a 8 cms. (6,9,10,11,12).

El cirujano disecciona medialmente con el dedo del guante humedo en el espacio retroperitoneal. El uréter es facilmente palpable y visible en medio de los vasos iliacos, debajo del peritoneo en el punto medio de la disección. De este sitio de identificación inicial, el uréter puede ser seguido en su trayecto dentro del tunel del ligamento cardinal debajo de la arteria uterina y a la vejiga si es necesario. (6,8,9,10,11,12).

Se debe evitar que el uréter este a nivel con la arteria uterina y el pedículo del ligamento cardinal por colocación de clamps exactamente encontra de la pared lateral de útero y cèrvix. Cuando el ligamento útero-sacro es dividido como un pedículo separado, se debe tener sumo cuidado de identificar clamppear, y ligar sin poner en peligro el uréter, el cual pasa exactamente lateral a esta disección. A continuación se presenta la incidencia de problemas intraoperatorios y postoperatorios. (6,8,9,10,11,12).

REVISION DE 5,185 CASOS DE CESAREA HISTERECTOMIA
DURANTE LOS ANOS DE 1951 A 1984.

COMPLICACIONES	FORCENTAJE
Hemorragia Postoperatoria	3.3
Laceración de Vejiga	2.8
Daño Ureteral	0.44
Fistula (total)	0.57
Vesicovaginal (0.46%)	
Ureterovaginal (0.1 %)	
Rectovaginal (0.02%)	
Tromboembolismo	0.52
Morbilidad Total	35.3
Mortalidad Materna	0.70

(12).

G. MORBILIDAD Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA

Las complicaciones postoperatorias después de cesàrea hysterectomia son similares a las que siguen a cualquier hysterectomia ginecològica abdominal. Los diagnòsticos diferenciales de fiebre postoperatoria deben incluir atelectasia pulmonar y neumonia; seroma de la herida, hematoma e infecciòn; hematoma del muñon vaginal e infecciòn; infecciòn del tracto urinario; y congestionamiento mamario e inflamaciòn. Las complicaciones más características de pacientes febriles post cesàrea hysterectomia son, celulitis del muñon y hematoma pelvico o formaciòn de absceso. (1,3,6,8,9,12,13).

Faro encontro estreptococo del grupo B beta - hemolítico en infeccion pelvica y de herida operatoria, en pacientes con fiebre en su primer y segundo dia post - operatorio. El alerta a evitar atribuir la fiebre temprana a atelectasias o ingurgitaciòn mamaria sin la cuidadosa evaluaciòn del paciente. Por lo que se anima a realizar un examen completo del paciente, incluyendo cultivos siempre que exista fiebre significativa. Se emplean antibiòticos profilàcticos con cefalosporinas de segunda generaciòn o de tercera generaciòn derivadas de la penicilina, cuando la paciente ha estado en labor o tuvo ruptura de membranas por varias horas. No se usan antibiòticos profilàcticos en casos electivos o de No emergencia, quienes no han experimetado labor. (1,3,6,8,9,12)

La proporción de mortalidad materna en la literatura revisada fué de 7 por 1000 casos. Las series de LSU de 943 cesárea hysterectomías revela una proporción de mortalidad materna de 6.3 por 1000 casos. La revisión de las seis muertes indica que la mitad de los casos fueron de manejo muy complejo en los cuales la cesárea hysterectomía tuvo un pequeño papel en la muerte de las pacientes. Las tres muertes asociadas directamente con la operación fueron por hemorragia retroperitoneal postoperatoria no reconocida, sepsis con sus complicaciones, y malignidad pélvica avanzada. (12).

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS DE CESAREA HISTERECTOMIA
SERVICIO LSU - CHARITY HOSPITAL DE NEW ORLEANS, 943 CASOS

COMPLICACIONES	PORCENTAJE
Infección del Tracto Urinario	17.7
Infección o Hematoma del Muñon Vaginal	14.1
Atelectasia o Neumonía	4.9
Infección o Dehiscencia de la Herida Op	5.0
Sangrado de Laparotomía	1.8
Fístula	1.1
Vesicovaginal (0.88%)	
Ureterovaginal (0.22%)	
Obstrucción Intestinal	0.33
Embolismo Pulmonar	0.22
Morbilidad Total	30.1
Mortalidad *	0.63

* 6 casos; 1 muerte en los últimos 15 años (12).

H. DISCUSION

La cesárea hysterectomía continua siendo la herramienta importante del obstetra. La hysterectomía periparto debe ser usada con frecuencia en el manejo de la hemorragia intratable que se asocia con complicaciones del parto obstétrico. El mejoramiento de los métodos de manejo ha reducido la necesidad de hysterectomía periparto de emergencia. Los métodos de embolización arterial radiológica y la sutura de reparación, han suplantado en algun grado la hysterectomía para el tratamiento del trauma uterino. La inyección intramiométrica de prostaglandinas ha reducido pero no eliminado la necesidad de hysterectomía en la atonía uterina que no responde. La técnica de la cesárea hysterectomía continua siendo útil para muchas de las operaciones de NO emergencia y electivas. (1,3,6,8,9,12,13).

El número de partos por cesárea en Estados Unidos ha incrementado dramáticamente en la última década. La proporción de partos por cesárea incremento de 16.5 % en 1980 a 24.7 % en 1988, y continua incrementando. El número de dehiscencia de operación cesárea y la ruptura de la herida incrementa en proporción al número de operaciones cesáreas. La proporción de parto vaginales después de parto por cesárea (PVDC) incremento de 3.4 % en 1980 a 12.6 % en 1988, y también continua incrementando. La ruptura uterina mayor ocurre infrecuentemente (0.3 % a 1 %) con PVDC. Con más de 150,000 PVDC por año en los Estados Unidos, ocurren varios cientos de rupturas mayores de útero, algunas de las cuales requieren histerectomía periparto. (3,6,12,13).

La paciente debe ciertamente ser avisada del riesgo significativo de ruptura y, de ocurrir, ella podría perder sangre excesivamente, requiriendo transfusión y podría necesitar una operación mayor resultando en esterilización. Plauché, von Almen, y Muller recientemente reportaron una incidencia de 32 % de muerte fetal con ruptura catastrófica de la cicatriz del útero. Reportes recientes indican que el riesgo de muerte fetal es menor de 1 %. (1,3,5,6,8,12,13).

La sutura de reparación de la dehiscencia de cicatriz uterina, goza de incrementada popularidad como una alternativa a la histerectomía. La decisión de reparar más que remover el útero, algunas veces depende de la experiencia y habilidad del cirujano. Un gran número de pacientes con ruptura uterina que fueron manejados con reparación por sutura han sido reportados. (3,5,12).

Muchos pacientes han sido seguidos por tiempo suficiente lo que permite predicciones confiables del resultado subsecuente de embarazos después de reparación por sutura de ruptura uterina. Ritchie resumio 253 embarazos en 194 mujeres quienes tenían reparación por sutura previa por ruptura uterina. (5,12).

La reruptura aparecio en 10 % de pacientes. La proporción de mortalidad materna en este grupo fué 0.8 % (2 muertes). La proporción de mortalidad perinatal para infantes fué 59 por 1000. (5,12).

Muchos de los riesgos de reruptura vienen de la reparación de rupturas del fondo del útero. Reparaciones del segmento inferior del útero tienen una menor frecuencia de reruptura durante los embarazos siguientes. (5,12).

Textiles quirurgicos han encontrado lugar en la reparación de defectos mayores por ruptura uterina. En 1990, Martin y colegas reportaron el uso del primer parche de fibras textiles sinteticas para reparar una ruptura espontanea del útero en el segundo trimestre. El embarazo continuo satisfactoriamente después de la reparación. (5,12).

Los recursos de engrapado automático son usados con incrementada frecuencia, particularmente para histerectomía ginecológica laparoscópica asistida. Los reportes de histerectomía periparto no han demostrado ninguna tendencia hacia el uso de la técnica de engrapado. Las histerectomías periparto deben ser realizadas por clamp y técnicas de sutura como ya se describió. (5,6,8,12).

Las series de cesárea histerectomía del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Louisiana en New Orleans, ha incrementado de 211 a más de 1200 casos desde 1984. Esta serie es actualizada en 1991 incluyendo los reportes de Gousoulin y asociados, y Bey y otros. (3).

CESAREA HISTERECTOMIA ELECTIVAS

Realizadas en la Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Louisiana, New Orleans, Departamento de Ginecología y Obstetricia de 1984 a 1991 (3).

Perdida de Sangre Estimada		1016 ml (396 ml)
Tiempo operatorio		109 min (27 min)
Pacientes que requirieron transfusión		18 %
Complicaciones Intraoperatorias		2.1 %
Cistotomía inadvertida	3 (1.6 %)	.
Hematoma Intraoperatorio	1 (0.5 %)	.
Complicaciones Postoperatorias		30.7 %
Celulitis del Muñon	29 (15.3 %)	
Infección del Tracto Urinario	13 (6.9 %)	
Infección de Herida Op	9 (4.8 %)	
Dehiscencia de Herida Op	2 (0.9 %)	
Sangrado del Muñon	2 (0.9 %)	
Neumonitis	2 (0.9 %)	
Ileo	1 (0.4 %)	
Días de Hospitalización		4.6 días (1.8 días)

(3).

La cesárea histerectomía solamente para esterilización es un punto controversial que permanece. Los que proponen este procedimiento señalan las proporciones bajas de morbilidad y mortalidad para la cesárea histerectomía cuando se realiza como un procedimiento electivo. Sciarra propone no basarse en conclusiones de reportes de operaciones que son de casos de emergencia catastróficos. Al contrario, se propone que la cesárea histerectomía debe reconocer lo serio de la morbilidad y los cuidados individuales de la operación, según las necesidades y decesos de la paciente. (1,3,6,8,12).

La cesárea hysterectomía permanece como una operación cuyas indicaciones se elevan infrecuentemente en la práctica obstétrica. Cuando la ocasión aumenta, es siempre realizada bajo circunstancias muy adversas. La cesárea hysterectomía es la operación obstétrica más difícil cuando es realizada como un procedimiento de emergencia. Alguna experiencia con sencillez, sin prisa, de cesárea hysterectomía planificada, es de mucho valor para la formación del especialista quien podrá realizar con seguridad esta operación bajo condiciones formidables en casos de emergencia. (1,3,5,8,12,13).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo - Descriptivo.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

1. Se revisaran los libros de Labor y Partos, Post - Parto y Sala de Operaciones, en busca del número de registro clínico de pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Obstetrica, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo de junio de 1985 a junio de 1995.

Se realizará un listado del número de registro clínico de las pacientes a investigar, para su aprobación por la Jefatura del Departamento de Registro y Estadística, y posterior revisión en la Sección de Registros Médicos.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se analizaron 43 de los registros clínicos de las pacientes con Histerectomía Obstetrica, que dentro del periodo de estudio cumplieron con los criterios de inclusión.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

- CRITERIOS DE INCLUSION:

Toda paciente quien se le efectuó Histerectomía Obstetrica, en el periodo ya descrito, no importando si la resolución del embarazo fué por parto vaginal o por cesárea y no importando la indicación de la Histerectomía.

- CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes no embarazadas que se les realizó histerectomía

E. INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LAS VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
a. EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Será obtenida de la edad anotada en años cumplidos, en la historia clínica.	años
b. PARIDAD	Número de Partos que ha tenido una paciente	Se obtendrá de las historias clínicas	Gestas, Partos, Abortos, Cesáreas,
c. MORBILIDAD	Número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinado.	Se obtendrá de la revisión de las historias clínicas del número total de pacientes estudiadas.	Se expresará en porcentaje y causas.
d. MORTALIDAD	Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados.	Desenlace final del paciente, escrito en las notas de evolución	Se expresará en porcentaje.
e. EDAD GESTACIONAL	Tiempo transcurrido desde la concepción hasta el momento del parto.	Se obtendrá de las Historias Clínicas	Se tomará ya sea por Fecha de Última Regla, Ultrasonido, Altura Uterina.
f. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	Tiempo de Permanencia de un enfermo en un hospital, desde su ingreso hasta su egreso.	Se obtendrá de las Historias Clínicas	Se medirá en días.
g. HEMORRAGIA	Perdida de sangre uterina	Se obtendrá de la hoja de anestesia y/o notas de evolución	Se expresará en mililitros (ml).

h. TIEMPO OPERATORIO	Duración el acto quirúrgico desde el inicio hasta su finalización Nacimiento del feto.	Se obtendrá de la hoja de anestesia	Se expresará en horas y minutos Se expresará por parto vaginal o Cesárea.
i. VIA DE RESOLUCION		Se obtendrá de las Historias Clínicas	

F. RECURSOS:

1. Materiales:

- a. Hospital General San Juan de Dios.
 - i. Departamento de Ginecología - Obstetricia
 - ii. Departamento Registros Médicos.
- b. Libro de Labor y Partos, Post-parto y Sala de Operaciones.
- c. Historias clínicas de las pacientes correspondientes al estudio.
- d. Boleta de recolección de datos.
- e. Biblioteca de la USAC.

G. ETICA DE LA INVESTIGACION

La presente investigación no incluye la experimentación en humanos ni animales; tampoco la aplicación de técnicas quirúrgicas y/o medicamentos no autorizados. No está demás recordar que este estudio es de tipo Retrospectivo en el cual el investigador se limita a la narración de los acontecimientos ocurridos, descritos en las historias clínicas.

H. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

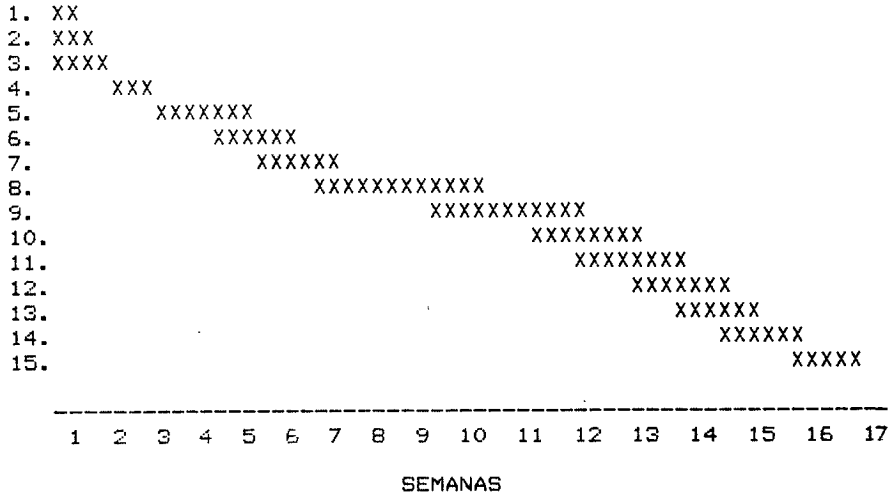
La información será recopilada, llenando una boleta de recolección de datos del paciente, los cuales se detectaran de la siguiente forma:

- 1. Se revisaran los libros de Labor y Partos, Post - Parto y Sala de Operaciones, en busca del número de historia clínica de pacientes con diagnóstico de Histerectomía Obstetrica. Realizando un listado para su aprobación por la Jefatura del Departamentode Registro y Estadística, para su revisión en el Archivo de Registros Médicos.

GRAFICA DE GANTT

Cronograma de Actividades o Grafica de Gantt, en donde se incluyen las etapas de la investigación.

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y Revisor.
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Hospital donde se efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la Coordinación de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de los resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del Informe Final para correcciones.
13. Aprobación del Informe Final.
14. Impresión del informe Final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No 1

Distribución por Edad de pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio 1985 a junio de 1995.

EDAD	TOTAL DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menor 15 a.	2	4.65 %
16 a 25 a.	8	18.61 %
26 a 35 a.	22	51.16 %
36 a 45 a.	11	25.58 %
T O T A L	43	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes del archivo médico.

CUADRO No 2

Distribución por Edad Gestacional al momento de la resolución del parto, de las pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio de 1985 a junio de 1995.

EDAD GESTACIONAL	TOTAL DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menor de 28 s.	1	2.33 %
28 a 32 s.	5	11.63 %
33 a 37 s.	9	20.93 %
38 a 40 s.	20	46.51 %
41 a 42 s.	8	18.60 %
T O T A L	43	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes del archivo médico.

CUADRO No 3

Distribución por Indicación Operatoria de pacientes sometidas a Histerectomía Obstetrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio 1985 a junio de 1995.

INDICACION OP.	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE
1. ACRETISMO PLACENTARIO	13	30.24 %
+ ATONIA UTERINA	4	9.31 %
+ PLACENTA PREVIA	1	2.32 %
2. ATONIA UTERINA	17	39.54 %
3. RUPTURA UTERINA		
- CON CIRUGIA PREVIA	3	6.98 %
- SIN CIRUGIA PREVIA	2	4.65 %
4. INVERSION UTERINA	1	2.32 %
5. FIBROMATOSIS UTERINA	1	2.32 %
6. PLACENTA PERCRETA	1	2.32 %
T O T A L	43	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clinicas de las pacientes del archivo médico.

CUADRO No 4

Distribución por días de hospitalización de pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio 1985 a junio de 1995.

DIAS / HOSPITAL	TOTAL DE PACIENTES	PORCENTAJE
3 días	11	25.58 %
4 a 6 d.	23	53.49 %
7 a 9 d.	4	9.30 %
10 a 12 d.	2	4.65 %
13 a más	3	6.98 %
T O T A L	43	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes del archivo médico.

CUADRO No 5

Distribución por Complicaciones Trans - Operatorias de
pacientes sometidas a Histerectomía Obstetrica en el
Hospital General San Juan de Dios, en el
periodo de junio 1985 a junio de 1995

COMPLICACIONES OP.	TOTAL DE CASOS	FORCENTAJE*
Hematoma de ligamento ancho	1	2.32 %
Hemoperitoneo	2	4.65 %
Cistostomía Yatrogenica	3	6.98 %
T O T A L	6	13.95 %

* Porcentaje calculado en base al total de pacientes
estudiados (43)

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas de las
pacientes del archivo médico.

CUADRO No 6

Distribución por Complicaciones Post - Operatorias de pacientes sometidas a Histerectomía Obstetrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio 1985 a junio de 1995.

PACIENTES CON 1 COMPLICACION POST - OP

COMPLICACIONES POST OP	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE *
Hemorragia de cúpula vag.	2	4.65 %
Hemoperitoneo	1	2.32 %
Shock Hipovolemico	2	4.65 %
Ileo Paralítico	1	2.32 %
T O T A L	6	13.94 %

PACIENTES CON 2 O MAS COMPLICACIONES POST - OP

COMPLICACIONES POST OP	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE *
a) Infección Respiratoria Aguda + Neumotorax + Síndrome Diarreico Agudo + Shock Séptico.	1	2.32 %
b) Síndrome Diarreico + Infección del Tracto Urinario	1	2.32 %
c) Infección del Tracto Urinario + Infección de Herida Op. + Dehis cencia de Herida Op. + Infección Cúpula Vag. + Fistula Vesicovaginal.	1	2.32 %
d) Infección Respiratoria Aguda + Trombocitopenia.	1	2.32 %
T O T A L	4	9.28 %

* Porcentaje calculado en base al total de pacientes estudiados (43).

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes del archivo médico.

CUADRO No 7

Distribución por Paridad de pacientes sometidas a Histerectomía Obstetrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio 1985 a junio de 1995.

PARIDAD	TOTAL DE PACIENTES	FORCENTAJE
UNA	3	6.98 %
DOS	7	16.28 %
TRES	5	11.64 %
CUATRO	8	18.60 %
CINCO	6	13.95 %
SEIS	8	18.60 %
SIETE Y MAS	6	13.95 %
T O T A L	43	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clinicas de las pacientes del archivo médico.

CUADRO No 8

Distribución según Tiempo Operatorio de pacientes sometidas a Histerectomía Obstetrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio 1985 a junio de 1995.

TIEMPO OPERATORIO	TOTAL DE PACIENTES	PORCENTAJE
60 A 90 MINUTOS	5	11.63 %
90 A 120 MINUTOS	9	20.93 %
120 A 150 MINUTOS	12	27.91 %
150 A 180 MINUTOS	6	13.95 %
180 A 210 MINUTOS	6	13.95 %
210 A 240 MINUTOS	5	11.63 %
T O T A L	43	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes del archivo médico.

CUADRO No 9

Distribución según Vía de Resolución del Embarazo de pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de junio 1985 a junio de 1995.

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

VIA DE RESOLUCION	TOTAL DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARTO VAGINAL	22	51.16 %
CESAREA	21	48.84 %
T O T A L	43	100 %

CORRELACION DE LA INDICACION DE LA HISTERECTOMIA CON LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO.

INDICACION DE HAT	PARTO VAGINAL	CESAREA	TOTAL
1. ACRETISMO PLACENTARIO	5	8	13
+ ATONIA UTERINA	3	1	4
+ PLACENTA PREVIA	0	1	1
2. ATONIA UTERINA	10	7	17
3. RUPTURA UTERINA			
- CON CIRUGIA PREVIA	0	3	3
- SIN CIRUGIA PREVIA	2	0	2
4. INVERSION UTERINA	1	0	1
5. FIBROMATOSIS UTERINA	0	1	1
6. PLACENTA PERCRETA	1	0	1
T O T A L	22	21	43

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes del archivo médico.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No 1:

En este cuadro se observa, que las edades de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica, oscilaron entre 14 A 41 años, siendo el rango de edad más prevalente el de 26 a 35 años que corresponde a un 51.16%, seguido por el rango de 36 a 45 años que corresponde a un 25.58 %.

CUADRO No 2:

Este cuadro muestra que las pacientes con edad gestacional al momento de la resolución del parto, las más relevantes fueron las pacientes con 38 a 40 semanas que corresponden a un 46.51 %, seguidas por las de 33 a 37 semanas que corresponde a un 20.93 %.

CUADRO No 3:

Este cuadro muestra que la indicación más frecuente para realizar histerctomía obstétrica fué el Acretismo Placentario con 18 pacientes que corresponde a un 41.87 %, seguido por la Atonía Uterina con 17 pacientes que corresponde a un 39.54 % y la ruptura uterina con 5 pacientes (11.63%), 3 de ellas Con Cirugía Previa correspondiendo a un 6.98 % y 2 Sin Cirugía Previa que corresponde a un 4.65 %.

CUADRO No 4:

En este cuadro se puede observar que 23 de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica permanecieron hospitalizadas de 4 a 6 días que corresponde a un 53.49 %, seguida de 11 pacientes que permanecieron hospitalizadas 3 días correspondiendo a un 25.58 %.

CUADRO No 5:

Este cuadro muestra que un total de 6 pacientes tuvieron complicaciones trans- operatorias, siendo las más frecuentes, la cistostomía yatrogenica con 3 casos y el hemoperitoneo con 2 casos.

CUADRO No 6:

Este cuadro muestra que de las 10 pacientes con complicaciones Post - Operatorias, 6 presentaron una complicación (13.94 %) siendo las más relevantes el shock hipovolemico (2 casos) y la hemorragia de la cúpula vaginal (2 casos). Las otras 4 pacientes presentaron complicaciones múltiples.

CUADRO No 7:

Este cuadro muestra que el 65.10 % de las pacientes tenían 4 gestas y más, seguidas por las de 2 gestas con 16.28 % lo cual hace notar que la Histerectomía Obstetrica es más frecuente en las pacientes multiparás, mientras que en las pacientes con una y tres gestas que corresponde a un 18.62 %, aunque no es un grupo relevante también fueron sometidas a histerectomía obstetrica.

CUADRO No 8:

Este cuadro muestra que de las pacientes sometidas a histerectomía obstetrica, el tiempo operatorio en 14 de ellas fué de 60 a 120 minutos que corresponde a un 32.56 %, seguidas por 29 pacientes cuyo tiempo operatorio fué de 120 a 240 minutos con un 67.44 %.

CUADRO No 9:

Este cuadro muestra que de las 43 pacientes estudiadas, 21 fueron resueltas por Vía Cesàrea que corresponde a un 48.84 %, y 22 por Vía Vaginal que corresponde a un 51.16 %.

Segun la vía de resolución, VAGINAL, a 10 pacientes se les realizo Histerectomía por Atonía uterina, seguida por 8 pacientes con acretismo placentario.

Segun la vía de resolución, CESAREA, a 10 pacientes se les realizò histerectomía por acretismo placentario, a 7 pacientes por atonía uterina, y a 5 pacientes por presentar ruptura uterina de las cuales 3 tenían cirugía previa y 2 sin cirugía previa.

IX. CONCLUSIONES

Durante la elaboración del presente trabajo realizado en el Hospital General San Juan de Dios, se reviso los expedientes de 43 pacientes a quienes se les realizó Histerectomía Obstetrica, durante el periodo de junio de 1985 a junio de 1995 y se llego a las siguientes conclusiones:

- 1.- Se determinó que la indicación más frecuente de Histerectomía Obstetrica, fué el Acretismo Placentario con 41.87 %, seguida por la Atonia Uterina con un 39.54 %
- 2.- El grupo de edad más afectado fueron las pacientes comprendidas en las edades de 26 a 35 años correspondiendo a un 51.16 %.
- 3.- El 46.51 % de las pacientes afectadas cursaban con embarazo de 38 a 40 semanas, estando el 86 % con embarazos que oscilan entre 33 a 42 semanas.
- 4.- Se determinó que la multiparidad ejerce un factor de riesgo, ya que las las pacientes con 4 gestas y más, fueron del grupo más relevante, con un 65.10 %.
- 5.- Tomando en cuenta el tipo de cirugía de emergencia que implica la realización de una Histerectomía Obstetrica, y los riesgos quirurgicos mayores asociados a la misma (mayor riesgo de pérdida hemática), se investigó sobre las complicaciones trans - operatorias, encontrandose una incidencia de 13.95 % agrupadas así:
 - Cistostomía Iatrogénica (6.98 %)
 - Hemoperitoneo (4.65 %),
 - Hematoma del Ligamento Ancho (2.32 %)
- 6.- De las 43 pacientes estudiadas 10 presentaron complicaciones post operatorias correspondiendo a un 23.22 %, de las cuales 13.94 % presentaron 1 sola complicación, siendo la más relevante la hemorragia de la cúpula vaginal y el shock hipovolemico. Las 4 pacientes restantes presentaron varias complicaciones asociadas (ver Cuadro No.6).

- 7.- El tiempo operatorio promedio de los procedimientos estudiados fué de 120 a 240 minutos, esto se evidenció en 29 pacientes (67.44%) quienes se encontraron dentro de este rango.
- 8.- Se determinó que de las 43 pacientes estudiadas, 23 estuvieron hospitalizadas de 4 a 6 días correspondiendo a un 53.49 %, y 11 estuvieron 3 días que corresponde a un 25.58 %.
- 9.- Se concluye que en las 43 pacientes estudiadas no hubo mortalidad, ya que todas las pacientes egresaron vivas.
- 10.- Se determinó que de las 43 pacientes estudiadas, 21 resolvieron su embarazo por Cesárea que corresponde al 48.84 % y las otras 22 por Parto Vaginal que corresponde al 51.16 %.

Lo cual puede indicarnos que la vía de resolución del parto No es un factor relevante o de riesgo que determine la necesidad de realizar una Histerectomía Obstétrica.

- 11.- Al analizar las indicaciones que obligan a realizar Histerectomía Obstétrica, podemos concluir que fué el Acretismo Placentario la causa más frecuente con un total de 18 pacientes (41.87 %), solo o asociado a otra complicación (ver cuadro No 9), las cuales se presentaron en igual magnitud en pacientes con cesárea y con parto vaginal.

La segunda causa fué la Atonia Uterina con un total de 17 pacientes (39.54%), tampoco en este caso hubo diferencia en el tipo de resolución que tuvo el embarazo.

Llama la atención que contrario a lo esperado la incidencia de ruptura uterina, se dio en la misma proporción en pacientes con Cesárea o Cirugía Previa que en las pacientes Sin antecedentes quirúrgicos previos.

X. RECOMENDACIONES

En vista de que la Histerectomía Obstétrica es en la mayoría de los casos realizada bajo condiciones de emergencia, esto aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad para la paciente; es importante tomar en cuenta los riesgos quirúrgicos mayores asociados a la misma: Riesgo de Pérdida Hemática Significativa, la Cistostomía Yatrogenica, el Hemoperitoneo y el Hematoma del Ligamento Ancho.

Así también el tiempo quirúrgico, cuyo aumento es proporcional a las complicaciones en la paciente complicada, muchas veces con Hemoperitoneo y Hematoma del Ligamento Ancho, así como el riesgo de lesiones a órganos vecinos principalmente del Tracto Urinario.

Se debe tomar en cuenta la Paridad de las pacientes ya que la Multiparidad ejerce un factor de riesgo para la realización de la Histerectomía Obstétrica.

Es importante el adecuado Monitoreo Materno - Fetal en toda paciente que se encuentre en trabajo de parto, ya que como se puede apreciar en el estudio, el riesgo de que la paciente requiera de una Histerectomía Obstétrica, no depende de los Antecedentes Quirúrgicos previos, ni de la forma en que sus embarazos anteriores hayan sido resueltos. Ya que la incidencia fué similar en pacientes con partos anteriores normales comparadas con el grupo de pacientes con antecedentes de Cesárea.

La Edad de la Paciente y la Edad Gestacional tampoco son factores determinantes, tan solo la Paridad elevada resulta un riesgo tal y como ya fué descrito.

Esto requiere que en el manejo de este tipo de pacientes, siempre tome parte el personal médico más experimentado, para reducir en esta forma las complicaciones mencionadas.

XI. RESUMEN

Debido a que no existen estudios de Tesis sobre la Histerectomía Obstetrica, se hizo necesario realizar un estudio al respecto. Se revisaron los expedientes clínicos de 43 pacientes sometidas a Histerectomía Obstetrica en el Hospital General San Juan de Dios, en el periodo comprendido de junio 1985 a junio 1995, en donde se analizaron las indicaciones, grupo de edad más afectado, Edad Gestacional, Paridad, Complicaciones Intra y Post Operatorias, Tiempo Operatorio, días de Hospitalización, Morbilidad y Mortalidad y La vía de Resolución del Embarazo.

Los resultados demostraron que la indicación más frecuente fué el Acretismo Placentario que corresponde al 41.87 %, seguida por la Atonía Uterina que corresponde al 39.54 %, El grupo de edad más afectado, fué el comprendido en el rango de 26 a 35 años (51.16 %).

El 46.51 % de las pacientes afectadas cursaban con embarazo de 38 a 40 semanas, estando el 86 % con embarazos que oscilan entre 33 a 42 semanas.

Se determinó que la multiparidad ejerce un factor de riesgo, ya que las pacientes con 4 gestas y más fueron el grupo más relevante (65.10 %). Entre las complicaciones Trans - Operatorias las más relevantes fueron el la Cistostomía Yatrogenica con 6.98 % y el hemoperitoneo con 4.65 %.

De las 43 pacientes estudiadas 10 presentaron complicaciones post operatorias correspondiendo a un 23.22 %, de las cuales 13.94 % presentaron 1 sola complicación, siendo la más relevante la hemorragia de la cúpula vaginal y el shock hipovolemico. Las 4 pacientes restantes presentaron varias complicaciones asociadas (ver Cuadro No.6).

El tiempo operatorio quirurgico promedio fué de 120 a 240 minutos. El tiempo promedio de hospitalización fué de 4 a 6 días.

En las 43 pacientes estudiadas no se evidencio mortalidad. La vía de resolución de embarazo fué por Cesárea en 21 de ellas (48.84 %) y por vía Vaginal en las otras 22 (51.16%). Segun la correlación de la indicación de la histerectomía con la vía de resolución del embarazo, 10 pacientes con parto vaginal presentaron Atonía Uterina, mientras que pacientes con cesárea 7 presentaron Atonía Uterina y 10 Acretismo Placentario.

Contrario a lo esperado la Ruptura Uterina se presento en la misma proporción en pacientes Con Cirugía Previa y Sin Cirugía Previa.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bergman D.I. et al. Ten Years Experience with Cesarean Hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1991; 164 No.1: 407.
2. Bernard L. et al. Catastrophic Complications of Previous Cesarean Section. Am J Obstet Gynecol 1990; 163 No.3: 303-307.
3. Gonsoulin W. et al. Elective Versus Emergency Cesarean Hysterectomy cases in a residency program setting: A review of 129 cases from 1984 to 1988. Am J Obstet Gynecol 1991; 165 No 1: 91-94.
4. Ham A.W. & Cormack D.H. Tratado de Histología. Editorial Interamericana. México, D.F. 1984. 8a Edición. pp. 939-984.
5. Haut J.C. et al. Spontaneous Rupture of a Nulliparous Uterus Due to Placenta Percreta. Am J Obstet Gynecol 1989; 9 No3: 202-205.
6. Martinez C. et al. Análisis de 1.000 Histerectomías. Simplificación de Técnica y Reflexiones. Ginecología y Obstetricia de México. 1994; 62: 35-39.
7. Novales E. et al. Cesárea su Frecuencia e Indicaciones. Ginecología y Obstetricia de México. 1993; 61: 168-170.
8. Perez S. et al. La Histerectomía Abdominal en el Hospital de Especialidades Dr Miguel Dorantes Mesa, S.S. Informe de 140 casos. Ginecología y Obstetricia de México. 1994; 62: 296-299.
9. Pritchard J. et al. Williams Obstetricia. Salvat Editores S.A. México D.F. 1987. 3a Edición. pp.841-859.
10. Quiroz Gutiérrez F. et al. Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrúa, S.A. México D.F. 1984. 25 Edición. Tomo II. pp. 112-116.

11. Quiroz Gutiérrez F. et al. Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrúa, S.A. México D.F. 1984. 25 Edición. Tomo III. pp. 307-341.

12. Sciarra J.J. et al. Cesarean Hysterectomy. GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Revised Edition 1994. Philadelphia, J.B. Lippincott Company. Volume 2. Chapter 84. (1-12).

13. Zelop C.M. et al. Emergency Peripartum Hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168 No5: 1443-1448.

XIII. ANEXOS

FECHA_____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES CON
HISTERECTOMIA OBSTETRICA

1. Nombre:_____ Edad:_____
2. Historia Clínica:_____
3. Embarazos:_____ Partos_____ Abortos_____
CesÁreas:_____
4. Edad Gestacional_____
5. Tipo de Histerectomía Urgencia del Procedimiento
 - * Emergencia
 - * No emergencia
 - * Electiva
6. Indicación de la Histerectomía Obstetrica:

7. Complicaciones:
 - a. Intraoperatorias
 - * Lesiones del tracto urinario y tipo de lesión.
 - * Hematoma intraperitoneal
 - * Lesiones Intestinales
 - * Lesiones Vasculares
 - * Otras_____
 - b. Post - operatorias
 - * Celulitis del muñon
 - * Infección del Tracto Urinario
 - * Infección de Herida Operatõria
 - * Dehiscencia de Herida Operatoria
 - * Sangrado del muñon
 - * Neumonitis
 - * Atelectasia
 - * Embolismo Pulmonar
 - * Fístula
 - Vesicovaginal
 - Ureterovaginal
 - Rectovaginal
 - * Ileo Paralítico
 - * Otras
8. Mortalidad SI / NO
9. Días de Hospitalización. _____
10. Tiempo Operatorio. _____
11. Via de Resolución: Vaginal_____ CesÁrea_____