UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

"HISTERECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA".

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Viviana del Pilar Arízaga Paredes

DIRECTORA:

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

LOJA – ECUADOR
2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 28 de Septiembre de 2017

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado: **"HISTERECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA"**, de autoría del Srta. Viviana del Pilar Arízaga Paredes estudiante de la carrera de Medicina Humana previo a la obtención del título de Médico General; y por considerar que ha sido revisada en su integridad y que se encuentra concluida en su totalidad, autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.

Atentamente,

.....

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Viviana del Pilar Arízaga Paredes, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional-Biblioteca-Virtual.

Autora: Viviana del Pilar Arízaga Paredes

Firma:.....

Cédula: 1104865520

Fecha: Loja, 28 de Septiembre de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Viviana del Pilar Arízaga Paredes, autora del trabajo de investigación **"HISTERECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA",** autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI).

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veintiocho días del mes de septiembre del dos mil diecisiete, firma la autora

Firma: .....Viviana Arízaga.....

Autora: Viviana del Pilar Arízaga Paredes

Cédula: 1104865520

Dirección: Av. San Agustín entre San Francisco y San Martin de Porres

E-mail: manzanita_supi_1104@hotmail.com

Celular: 0939716758

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Tribunal de grado: Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Mg. Sc.
Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.
Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DEDICATORIA

A mi familia por su amor, apoyo en los buenos y malos momentos de mi vida. A mi hijo y al amor de mi vida que son los pilares fundamentales en mi vida y sin ellos no hubiese podido lograrlo.

Viviana Arízaga Paredes

AGRADECIMIENTO

Al término de esta tesis agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de escoger esta carrera y las oportunidades que me brinda día a día, a todos mis docentes de pregrado, por compartir sus experiencias y conocimientos durante mi vida académica y en especial a la Lic. Silvana Trujillo, a la Dra. Sandra Mejía y la Dra. María de los Ángeles Sánchez por ayudarme con la guía para la elaboración del presente trabajo.

A mis padres, por formarme como persona de bien y quienes me apoyaron y motivaron a seguir adelante y prepararme para el futuro, a mi familia y amistades que creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades. Gracias por creer en mí.

Viviana Arízaga Paredes

ÍNDICE

CARÁTULA…...……..i
CERTIFICACIÓN……..... ii
AUTORÍA……...…….……..... iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN…….. iv
DEDICATORIA…….……..... v
AGRADECIMIENTO….……..……..... vi
ÍNDICE……vii
ÍNDICE DE FIGURAS….……...…….. ix
1. TÍTULO……..……..……..... 1
2. RESUMEN……...……..……...…. 2
3. INTRODUCCIÓN……...4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA……...……...……..6
4.1 Histerectomía……6
4.1.1 Definición……...6
4.1.2 Indicaciones……... 6
4.1.2.1 Ginecológicas…….. 6
4.1.2.1.1 Fibromas uterinos……...6
4.1.2.1.2 Endometriosis……. 7
4.1.2.1.3 Adenomiosis……...…. 8
4.1.2.1.4 Prolapso del útero o genital……... 8
4.1.2.1.5 Sangrado uterino anormal……..9
4.1.2.1.6 Cáncer……...……..10
4.1.2.2 Obstétricas…….....10
4.1.2.2.1 Hemorragia postparto…… 10
4.1.2.2.2 Alteraciones de la placenta…… 11
4.2 Tipos de histerectomía…… 12
4.2.1 Subtotal……. 12
4.2.2 Total…….. 12
4.2.3 Total con salpingo-ooforectomía bilateral…… 12
4.2.4 Radical…….. 12
4.3 Abordajes quirúrgicos de histerectomía…… 12

4.3.1 Abdominal…….. 12
4.3.2 Vaginal…….....12
4.3.3 Laparoscópica……..... 13
4.3.4 Robótica……...….... 13
4.4 Complicaciones de histerectomía…… 14
4.4.1 Infección……...….. 14
4.4.2 Hemorragia……..... 15
4.4.3 Lesión de órganos adyacentes……. 15
4.4.4 Lesiones neurológicas asociadas a histerectomía…… 16
4.4.5 Nervios Iliohipogástrico e Ilioinguinal…… 16
4.4.6 Nervio Peroneo……..... 17
4.4.7 Otras complicaciones……..……18
4.4.7.1 Menopausia temprana……. 18
4.4.7.2 Dehiscencia del manguito vaginal…….. 18
5. MATERIALES Y MÉTODOS……..…….....20
6. RESULTADOS…….. 23
6 DISCUSIÓN……...…… 26
7 CONCLUSIONES……...……...27
8 RECOMENDACIONES…….. 28
9 BIBLIOGRAFÍA……...……..... 29
10 ANEXOS……...….....32

Índice de figuras

Figuras **PÁG.**

Figura Nº1……..……. 23
Figura Nº2……....…….…….. 24
Figura Nº3……...…… 25

1. TÍTULO

“Histerectomía en pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia Del Hospital General Isidro Ayora de Loja**”.**

2. RESUMEN

La histerectomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, disminuyendo la morbi-mortalidad. Por lo que se ha propuesto el presente trabajo de investigación titulado: Histerectomía en las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, tipo de estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, correlacional, cuyo objetivo general es: Determinar la histerectomía en las pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja y los objetivos específicos son: Conocer la frecuencia de histerectomía de acuerdo al grupo etáreo, Identificar el diagnóstico preoperatorio y Contrastar las principales complicaciones de acuerdo al tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía empleado en las pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja período 2015. La muestra fue de 48 pacientes, obteniendo los siguientes resultados: el grupo etáreo en el que se realizó con mayor frecuencia histerectomía es de 36 a 45 años y de 46 a 55 años que corresponden al 35.42% y 33.33% respectivamente, el diagnóstico preoperatorio que predominó es miomatosis uterina con un 66.67%, las complicaciones corresponden de acuerdo al abordaje quirúrgico al 8.3% hemorragia por histerectomía abdominal simple, misma que por el tipo corresponde a histerectomía subtotal en el 12% y total el 9%; seguida del 4.2% a lesión vesical por histerectomía abdominal simple, y 9% por tipo de histerectomía total.

Palabras Clave: Histerectomía, Complicaciones, Tipo y Abordaje Quirúrgico.

SUMMARY

Hysterectomy has become one of the most widely used surgical procedures worldwide for the treatment of benign and malignant uterine pathologies, reducing morbidity and mortality. The present research work named Hysterectomy in patients attended in the gynecology and obstetrics area in the Isidro Ayora General Hospital of Loja, type of retrospective, cross-sectional descriptive, correlational study. The general objective is to determine the hysterectomy in patients attended in the Gynecology and Obstetrics Area in the Isidro Ayora general hospital of Loja. The specific objectives are to know the frequency of hysterectomy according to the age group, to identify the preoperative diagnosis and to compare the main complications according to the type and surgical approach of hysterectomy used in the patients attended in the Gynecology and Obstetrics Area in the Isidro Ayora general hospital of Loja period 2015. The sample was 48 patients, obtaining the following results: the age group in which it was performed with greater frequency hysterectomy is 36 to 45 years and 46 to 55 years corresponding to 35.42% and 33.33% respectively. The preoperative diagnosis that predominated is uterine myomatosis with 66.67%, the complications correspond according to the surgical approach to 8.3% hemorrhage by simple abdominal hysterectomy, same as the corresponding type to subtotal hysterectomy in 12% and total 9%; followed by 4.2% to bladder injury due to simple abdominal hysterectomy, and 9% to type of total hysterectomy.

***Keywords**:* Hysterectomy, complications, type of surgery approach.

3. INTRODUCCIÓN

La histerectomía (extirpación del útero), es la operación ginecológica que con más frecuencia se efectúa a nivel mundial en el que ocupa el segundo lugar después de la cesárea, y como procedimiento quirúrgico más común en edad fértil. (Mogrovejo, Moreno, & Padilla, 2015).

Representa un proceso quirúrgico de riesgo, que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna y con altos estándares de calidad. (Ortega, 2011)

En Europa reportes actuales indican que este número de pacientes ha incrementado. En España esta cifra no supera los 150 casos por cada 100,000 mujeres al año y es uno de los 15 procedimientos hospitalarios más realizados. La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años. (Ponce, 2014)

En Estados Unidos, con una cantidad superior a los 600.000 procedimientos al año con una tasa de mortalidad de 0.4%, y el 60% se realiza por vía abdominal. Casi el 90% se realizan por indicaciones benignas, además se incluyeron una o más de las siguientes causas: Leioiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las que son responsables del 80% de histerectomías realizadas. (Arias Arias & Tenezaca Alao, 2012)

En Ecuador - Guayaquil en el estudio de Indacochea en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, en el que se analizaron 412 historias clínicas; de todas la histerectomías que tuvieron como indicación una patología benigna presentaron, una edad media de 46.5 años; la causa más frecuente fue el miomatosis uterina en un 70.38%; el abordaje quirúrgico fue realizado por vía abdominal en un 84.46%. Entre las complicaciones más significativas: infección del sitio quirúrgico, 2.91%; absceso del muñón vaginal 0.24%; infección de vías urinarias 2.48%; reingreso hospitalario del 1.69%, necesitando transfusión sanguínea el 0.24% de las pacientes estudiadas. (Indacochea, 2011)

Apolo 2014, en un estudio investigación cuyo Título es “Correlación Ecográfica E Histopatológica De Las Histerectomías Abdominales Realizadas En El Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS de Loja, la edad en la que se presentan mayor número de histerectomías está entre 41 y 50 años con un 50,0%; el 37,5% entre 51 y 60 años, el 7,1% entre 31 y 40 años y un porcentaje pequeño en pacientes mayores a 60 años, La principal causa de la histerectomía ginecológica es la Miomatosis uterina con un 91,07%, seguida de Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado con 7,14% y finalmente el cáncer de cérvix con el 1,79%. Además el 78,6% de las intervenciones solo fueron histerectomía, y el 21,4% se acompañaron de anexectomía. En el periodo estudiado, se presentó una sola complicación por una herida infectada, correspondiendo al 1,8%. (APOLO, 2012)

Al ser la histerectomía una de las cirugías ginecológicas más frecuente por su amplia variedad de causas, en nuestro medio son necesarios datos estadísticos que nos den a conocer con exactitud nuestra realidad, lo que nos permitirá analizar las posibles falencias y así tomar los correctivos necesarios para salvar la vida de las pacientes, constituyendo un recurso importante en la prevención, detección oportuna y disminución de complicaciones como infecciones, hemorragias, lesiones de órganos adyacentes, etc., de las paciente que son sometidas a este procedimiento quirúrgico lo cual tendrá una relevancia social, al mejorar la calidad de su atención y no tratarse solamente de una solución terapéutica.

Por lo que se ha propuesto el presente trabajo de investigación cuyo objetivo general es: Determinar la histerectomía en las pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja y los objetivos específicos son: Conocer la frecuencia de histerectomía de acuerdo al grupo etáreo, Identificar el diagnóstico preoperatorio y Contrastar las principales complicaciones de acuerdo al tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía empleado en las pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja período 2015.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Histerectomía

4.1.1 Definición. La histerectomía es la extirpación del útero o matriz. (Del griego "hystera" = útero y "ektone" = incisión).(“Histerectomía,” n.d.). Es una de las intervenciones quirúrgicas más habituales en ginecología. La extirpación del útero se suele llevar a cabo por enfermedades benignas y malignas del órgano. (Onmeda, 2012). Las vías de abordaje son: abdominal, vaginal y asistida por vía laparoscópica. (Tango, 2015)

4.1.2 Indicaciones.

4.1.2.1 Ginecológicas.

4.1.2.1.1 Fibromas uterinos. Los fibromas son tumores comunes benignos (no cancerosos) que crecen en el músculo del útero. Se inician bajo forma de pequeños nódulos, que van aumentando muy lentamente. En la mayor parte de los casos, los nódulos se encuentran en el cuerpo del útero (en el 95% de los casos), y sólo mucho más raramente en el cuello o en el istmo. Los que se localizan en la pared del útero, se clasifican como fibromiomas intersticiales o intramurales; si se encuentran bajo la mucosa, son fibromiomas submucosos, finalmente, los que se encuentran bajo el peritoneo que recubre la superficie externa del útero, se denominan los fibromiomas subserosos. A menudo, los fibromas no causan síntomas y no requieren tratamiento y normalmente se encogen después de la menopausia. Pero, en ocasiones los fibromas causan dolor muy intenso y sangrado uterino anormal. Existen alternativas a la histerectomía para tratar los fibromas, lo que puede ser especialmente importante para las mujeres jóvenes en edad fértil. (Ibáñez, 2015). A veces se utiliza tratamiento farmacológico u otros tipos de tratamiento planeados para encoger dichos tumores. (Karen, Vargas, & Arceo, n.d.).

Sin embargo, esto es solamente temporal, porque cuando se suspende la medicina, los fibromas vuelven a crecer. Cuando, durante el embarazo, se descubran fibromas subserosos que pueden complicar seriamente el parto, es oportuna su extirpación quirúrgica dentro del primer trimestre, período en el que la intervención no resulta peligrosa para el buen resultado del embarazo. (GeoSalud, 2013).

El mayor número de histerectomías se realiza a causa de la aparición de fibromas que por cualquier otro problema del útero en si es la operación más común para los miomas. Anteriormente se consideraba que cuando el útero superaba un tamaño mayor a 12 semanas de gestación era una recomendación para cirugía, por el riesgo de leiomiosarcoma, la compresión de órganos vecinos o la posibilidad de una cirugía más complicada si se realizaba en forma tardía. Sin embargo, no existen datos para apoyar esta recomendación. (Cerrella, 2014)

En relación al tamaño, los úteros con un tamaño mayor a 20 semanas serían casos para considerar histerectomía. Los úteros aumentados de tamaño entre 16 y 20 semanas serían intermedios; en los menores de 16 semanas la histerectomía no debe considerarse solo por el tamaño. Las indicaciones de histerectomía en pacientes asintomáticas son el crecimiento rápido o el riesgo de leiomiosarcoma en pacientes menopáusicas con miomas en crecimiento, dolor y sangrado anormal. La histerectomía no debe ser indicada como profilaxis del crecimiento de los miomas. En pacientes que presentan sintomatología importante como consecuencia de los miomas, la histerectomía es una alternativa si la paciente no tiene deseos de embarazos futuros. En estos casos, y luego de explicar claramente los riesgos y beneficios, la cirugía se asocia con alto nivel de satisfacción (recomendación clase II-A). (Cerrella, 2014)

4.1.2.1.2 Endometriosis. Es la segunda razón principal para la realización de histerectomías, debido a que es una condición benigna que afecta al útero. Es más común en mujeres mayores de treinta y menores de cincuenta años de edad, especialmente en mujeres que nunca se han embarazado. La endometriosis ocurre cuando el tejido endometrial (el revestimiento interior del útero) comienza a crecer fuera del útero y sobre órganos adyacentes. Esta condición puede causar períodos menstruales dolorosos, sangrado vaginal anormal y algunas veces infertilidad. Normalmente, la endometriosis no es un problema para las mujeres que ya han pasado por la menopausia. Las mujeres con endometriosis reciben tratamiento con hormonas y otros fármacos que reducen los niveles de estrógeno. Puede realizarse una cirugía para extraer los parches de tejido endometrial que causan los síntomas, usando un laparoscopio o por medio de un corte más amplio en el abdomen (laparotomía.) Como regla general una histerectomía no se realiza a menos que haya fallado algún otro tratamiento. (GeoSalud, 2013)

4.1.2.1.3 Adenomiosis. Esta afección hace que el tejido que cubre el útero comience a crecer dentro de la pared del músculo del mismo. Estas paredes del útero se engrosan, causando períodos seriamente dolorosos y sangrado excesivo. (“HisterectomíÃ_a _ womenshealth,” 2015)

La causa de la adenomiosis es desconocida, aunque se le ha asociado con una variedad de traumas que pueden en algún momento romper la barrera entre el endometrio y el miometrio, incluyendo una cesárea, ligadura de trompas, aborto o incluso un embarazo cualquiera. Se ha sugerido que la razón por la que la adenomiosis es más común en mujeres entre 35 y 50 años de edad está en el exceso de estrógeno presente en mujeres de esas edades. (Anónimo, 2016)

En mujeres peri-menopáusicas o menopáusicas, la histerectomía puede ser una opción del tratamiento donde el resto de las opciones han fallado. (“HisterectomíÃ_a _ womenshealth,” 2015)

4.1.2.1.4 Prolapso del útero o genital. Esta es una condición benigna en la cual el útero se desplaza de su lugar normal hacia la vagina. El prolapso del útero es causado por el debilitamiento y ensanchamiento de los ligamentos y tejidos pélvicos. También pueden afectarse otros órganos como la vejiga. El alumbramiento, la obesidad y la pérdida de estrógeno después de la menopausia pueden contribuir a la aparición de este problema. El tratamiento puede incluir terapia de estrógeno, ejercicios para fortalecer los músculos del piso de la pelvis o el uso de un pesario, que es un anillo de plástico insertado por la vagina para ayudar a sostener el útero en su lugar. En casos más graves, la cirugía puede restaurar los órganos hundidos a su ubicación normal y reparar los tejidos de apoyo. En ocasiones puede realizarse la histerectomía que representa cerca del 16% de las intervenciones realizadas si el prolapso está causando problemas graves. (Mandal, 2014)

La clasificación más usada hasta el momento fue ideada por Baden y Cols., Llamado sistema de media distancia pues toma como punto de medición estándar el introito vaginal. Este sistema de clasificación, usado por más de 20 años y hasta la actualidad por muchos clínicos, ha probado no ser del todo eficaz ya que conlleva, sobre todo, diferencias importantes cuando se es usado en la misma paciente por diversos observadores.

- Grado I: Descenso entre posición normal e introito.
- Grado II: Descenso a nivel del introito.
- Grado III: Descenso por fuera del nivel del introito.
- Grado IV: Prolapso total, fuera del plano vulvar. (Pérez, Gómez Emilia, 2012)

4.1.2.1.5 Sangrado uterino anormal. Se produce cuando la frecuencia o cantidad de sangrado uterino difiere de los parámetros indicados anteriormente o cuando la mujer se ha manchado o sangrado entre sus períodos menstruales. El sangrado uterino anormal puede ser causado por una variedad de factores. Las dos causas más comunes son las anomalías estructurales del sistema reproductivo y los trastornos de la ovulación. El sangrado uterino anormal (SUA) puede deberse a anomalías estructurales del útero. Algunas de las más comunes se son lesiones benignas (no cancerosas) del útero, como pólipos, fibromas y adenomiosis. (Heidy, Monta, Hugo, & Cassab, 2013)

Otras causas incluyen sangrado asociado al embarazo ectópico y el aborto espontáneo, así como trastornos hemorrágicos que afectan la capacidad de la sangre de coagularse normalmente. Las lesiones del cuello uterino o de la vagina (benignas y cancerosas), las infecciones crónicas del endometrio (endometritis), el tejido cicatricial (adherencias) en el endometrio y el uso de un dispositivo intrauterino (DIU). Medicamentos que pueden afectar la liberación normal de estrógeno y progesterona; los problemas médicos crónicos como la diabetes mellitus o los trastornos en el hígado, los riñones, la glándula tiroidea o las glándulas suprarrenales, u otros problemas médicos que pueden afectar la producción y el metabolismo del estrógeno y la progesterona. El estrés emocional o físico, así como los cambios significativos en el peso corporal, pueden alterar la liberación de la FSH y la LH por parte de la glándula pituitaria y prevenir la ovulación. (Heidy, Monta, Hugo, & Cassab, 2013)

La evaluación debe incluir la búsqueda de la causa, problemas del tracto reproductivo, como son los pólipos; la neoplasia endometrial; problemas asociados al embarazo. Dependiendo de la severidad de los síntomas, la edad de las pacientes y el deseo o no de conservar su fertilidad, podemos considerar la realización de procedimientos quirúrgicos como la histerectomía. (México & Salud, 2010)

4.1.2.1.6 Cáncer. Los tipos de cáncer que afectan a los órganos de la pelvis representan cerca del diez por ciento de todas las histerectomías realizadas. El cáncer endometrial (cáncer del revestimiento del útero), el sarcoma uterino, el cáncer cervical (cáncer del cuello del útero) y el cáncer de los ovarios o de las trompas de Falopio requieren a menudo de una histerectomía. También pueden usarse otras clases de tratamiento como la radiación o terapia con hormonas dependiendo del tipo y extensión del cáncer. (GeoSalud, 2013)

4.1.2.2 Obstétricas. Se realizan generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por una complicación de una enfermedad existente. El acretismo placentario y la atonía uterina son las razones más comunes de histerectomía postparto. (México & Salud, 2010)

4.1.2.2.1 Hemorragia postparto. La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. (México & Salud, 2010)

La hemorragia postparto precoz (HPP) grave se define como una pérdida de sangre de 1000 ml o más dentro del mismo marco temporal. La HPP afecta a, aproximadamente, el 2 % de todas las mujeres parturientas: Está asociada no solo a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. La atonía uterina es la causa más común de HPP, pero el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP, esta puede verse agravada por anemia preexistente y, en dichos casos, la pérdida de un volumen de sangre menor, de todos modos, puede provocar secuelas clínicas adversas. Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento con agentes uterotónicos y de otras intervenciones conservadoras disponibles (por ejemplo, masaje uterino, taponamiento con balón), se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas por ejemplo realizar suturas de compresión y, si estas fallan, entonces se puede intentar la ligadura de los vasos uterinos, útero-ováricos e hipogástricos. Pero si el sangrado potencialmente mortal continúa incluso después de la ligadura, debe

realizarse la histerectomía subtotal (conocida también como supracervical) o total. (OMS, 2014)

4.1.2.2.2 Alteraciones de la placenta. Se reconocen 3 categorías de adherencia anormal de la placenta, las cuales se definen de acuerdo con la profundidad de la invasión.

- Placenta acreta (PA): ocurre cuando toda o una parte de la placenta se encuentra adherida anormalmente al miometrio. La incidencia se ha incrementado de 0.8 a 3 por cada 1,000 embarazos; los principales factores de riesgo son cirugías uterinas, placenta previa y multiparidad. (Sumano-Ziga, Veloz-Martínez, Vázquez-Rodríguez, Becerra-Alcántara, & Jimenez Vieyra, 2015). Abarca diversos tipos de placentación anormal en la que las vellosidades coriónicas se conectan directamente a, o invaden el miometrio. (México & Salud, 2010). PA es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y ahora es la causa más común de histerectomía posparto emergente, es el tratamiento definitivo pero radical. Suele ser necesaria una histerectomía total ya que es en el segmento donde se inserta la placenta.(Perelló, Mula, & López, 2012). Adherencia anormal de la placenta a la pared uterina sobrepasando la capa fibrinoide de Nitabuch sin que el trofoblasto penetre el miometrio. (México & Salud, 2010).

- Placenta increta: La placenta penetrante o increta invade el miometrio. El trofoblasto penetra el miometrio. (México & Salud, 2010)

- Placenta percreta: Placenta perforante (placenta percreta) perfora la pared uterina hasta invadir la capa serosa y las estructuras pélvicas circundantes, por lo general la vejiga. El trofoblasto penetra el miometrio y sobrepasa la serosa. (México & Salud, 2010).

La placenta acreta se presenta en el 81.6% de los casos, la increta, en el 11.8%, y la percreta, hasta en un 6.6%. Debido a la adherencia anormal esta entidad se asocia con incapacidad para la extracción placentaria y hemorragias severas en el momento del parto, siendo frecuente la necesidad de realizar una histerectomía para controlar la hemorragia, así como la transfusión de hemoderivados en la mayoría de los casos. (Sumano-Ziga et al., 2015)

4.2 Tipos de histerectomía

4.2.1 Subtotal. También llamada supracervical o parcial. Procedimiento que implica remover el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio. (ACOG, 2015)

4.2.2 Total. Extirpación del útero y el cérvix. Éste es el procedimiento más común de la histerectomía. (México & Salud, 2010)

4.2.3 Total con salpingo-ooforectomía bilateral. En este procedimiento, se extirpa el útero, el cérvix, las trompas de Falopio y los ovarios. (Dr. Ananya Mandal, 2014)

4.2.4 Radical. Se extirpa el útero, el tejido en ambos lados del cuello uterino y la parte superior de la vagina. Ésta se hace principalmente si se presenta cáncer. (Dr. Ananya Mandal, 2014)

4.3 Abordajes quirúrgicos de histerectomía

4.3.1 Abdominal. La histerectomía se define como la extirpación quirúrgica del útero. Una histerectomía abdominal estándar incluye la extirpación del útero y el cuello uterino. Es el procedimiento ginecológico más comúnmente realizado, gracias a una serie de factores como los avances en anestesiología, antibioticoterapia y seguridad de la técnica quirúrgica. Dos tercios de las histerectomías son realizadas mediante abordaje abdominal. (ACOG, 2015).

La histerectomía abdominal está asociada con un mayor riesgo de complicaciones, como infección en la herida, sangrado, coágulos de sangre y daño a los nervios y tejidos, que con la histerectomía vaginal o laparoscópica. (FUSM, 2016). El período de hospitalización y recuperación generalmente son mayores que con la histerectomía vaginal o laparoscópica comprendido de 4 a 6 semanas. (Anónimo, 2015).

4.3.2 Vaginal. La histerectomía vaginal es la vía clásica y menos invasiva para realizar este procedimiento, además es el patrón de referencia para la remoción quirúrgica del

útero, técnica mínimamente invasiva y con máximas ventajas para la paciente. Las contraindicaciones relativas de la histerectomía vaginal se refieren al tamaño del útero o falta de descenso (prolapso); sin embargo, existen la técnica de morcelación y la de aguja de Deschamps que permiten la extracción de este tipo de úteros. La vía vaginal tiene las ventajas de utilizar un orificio natural del cuerpo, minimizar la cicatrización y utilizar suturas reabsorbibles que disminuyen los costos en comparación con la cirugía laparoscópica o robótica, además de implicar menor sangrado, complicaciones y tiempo de recuperación, aún en pacientes con miomatosis, que la convierte en la opción ideal para la histerectomía en casos de alteración benigna. Se hace una incisión en la parte superior de la vagina, a través de la cual el útero, (incluyendo el cuello del útero) es separado del tejido circundante y luego se lo extrae a través de la vagina. (Santos, Gorbea, Colorado, Isarraraz, & Gámez, 2015). El tiempo de recuperación por lo general se tomará cerca de cuatro semanas.("Histerectomía _ Ethicon - Chile," n.d.)

4.3.3 Laparoscópica. La laparoscopia representa actualmente la mínima invasión en cirugía ginecológica. Es una técnica que permite la visión de la cavidad abdomino-pélvica a través del laparoscopio, un instrumento que se introduce por una pequeña incisión y que consta de una fuente de luz transmitida por una fibra óptica, y una cámara que se conecta a un monitor de televisión. (Fuentes, 2011).

Requiere solo unas pequeñas incisiones (de aproximadamente media pulgada de largo) en el abdomen. Se introduce un laparoscopio que es un tubo angosto con una cámara diminuta en el extremo. El cirujano hará de 3 a 4 incisiones pequeñas en su abdomen e introducirá el laparoscopio y otros instrumentos quirúrgicos a través de dichas aberturas. Luego, corta el útero en pedazos pequeños que se puedan extraer a través de estas pequeñas aberturas. Es menos dolorosa, conlleva un menor riesgo de infección y el período de hospitalización es más corto. Podría reanudar más pronto sus actividades habituales de 2 a 4 semanas. (ACOG, 2015)

4.3.4 Robótica. Este procedimiento es similar a la cirugía laparoscópica, pero se utiliza una máquina especial (robot). La cirugía robótica casi siempre se usa para llevar a cabo una histerectomía cuando una paciente tiene cáncer o sobrepeso y la cirugía vaginal no es

segura.(“Histerectomía _ Ethicon - Chile,” n.d.). El tiempo de recuperación promedio es de 2 a 4 semanas. (Anónimo, 2015)

4.4 Complicaciones de histerectomía

El índice de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable. Las tasas informadas son de 10.5% para la histerectomía abdominal, 13.0% para la histerectomía vaginal y 9.0% para la histerectomía laparoscópica. Estas tasas se basan en varios factores, incluyendo la profilaxis antimicrobiana preoperatoria, status socioeconómico, índice de masa corporal, procedimientos concurrentes, experiencia del cirujano, y sitio de estudio. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

Las complicaciones obstétricas no son exclusivas de esta intervención, sin embargo, algunas se presentan con más frecuencia que en la intervención ginecológica. Las más comunes son: hemorragia transpostoperatoria, laceración vesical, fístula vesicovaginal, ureterovaginal y rectovaginal; también eventos tromboembólicos, infecciones vesicales de cúpula y hasta peritonitis. (García, López, & Estrada, 2010)

4.4.1 Infección. La infección de la herida quirúrgica suele ocurrir ya sea al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías se clasifican como procedimientos "limpios-contaminados" con entrada controlada hacia el tracto genitourinario (vagina). La histerectomía puede ser un procedimiento "contaminado" si está presente una infección en el momento de la cirugía, ya sea en forma de una infección del tracto urinario o como una infección por vaginosis bacteriana. La incidencia de infección de la herida después de histerectomía oscila desde 0% hasta una incidencia tan alta como 22.6%. Ésta incidencia varía ampliamente en función del nivel de contaminación presente. Los síntomas de infección de la herida pueden incluir fiebre, posiblemente con un pico diario, y un aumento del dolor en el sitio de la incisión. El examen puede revelar secreción purulenta de la incisión, eritema cutáneo, o induración, y posible dehiscencia fascial al revisar las capas más profundas. La terapia incluye la apertura y el desbridamiento de la herida, seguida por cambios de apósito húmedo a seco. Una vez que la infección se resuelve y la herida está granulando, el cierre es a menudo por segunda intención. Después de que se ha eliminado la infección, el uso de aspiración de la herida

puede ayudar a acelerar el proceso de curación. También es necesario aplicar terapia antimicrobiana. Las infecciones de aparición temprana son más comúnmente causadas por estreptococos ß-hemolíticos del grupo A o posiblemente estreptococos ß- hemolíticos del grupo B. Las infecciones de aparición tardía son a menudo atribuibles al Staphylococcus aureus. Los antibióticos a base de penicilina funcionan mejor para la terapia empírica. Es importante hacer un cultivo de la herida para descartar Pseudomonas o S. aureus resistente a la meticilina; este último requiere vancomicina. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

4.4.2 Hemorragia. Las complicaciones hemorrágicas asociadas a la histerectomía se relacionan con diversas variables, incluyendo el tipo de histerectomía realizada. Con base en los resultados de los estudios aleatorios que comparan dos o más rutas de histerectomía, la media estimada de pérdida de sangre para histerectomía abdominal es de 238-660 ml; para la histerectomía laparoscópica, de 156-568 ml; y para la histerectomía vaginal, de 215-287 ml. Al comparar la pérdida de sangre estimada basada en la ruta de la histerectomía, una revisión Cochrane mostró que la histerectomía laparoscópica tuvo una pérdida sanguínea estimada significativamente más baja que la abdominal, y la histerectomía vaginal tuvo una pérdida estimada de sangre significativamente menor que la histerectomía laparoscópica. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

Existen muchas variables que contribuyen a mayores complicaciones hemorrágicas, incluyendo obesidad, mala exposición visual (atribuible a endometriosis, adherencias, grandes masas), anatomía distorsionada, fibromas uterinos, habilidad del cirujano, su experiencia práctica, volumen de cirugías que practica el hospital, profilaxis farmacológica de la tromboembolia venosa, uso concomitante de aspirina y otros fármacos antiplaquetarios, y preparados que se venden sin receta.(Clarke-Pearson & Geller, 2013)

4.4.3 Lesión de órganos adyacentes. Las lesiones a órganos adyacentes durante la histerectomía son complicaciones frecuentes: Que afecta sobre todo a la vejiga, el intestino y el uréter. Parece que la tasa de infección vesical durante la histerectomía es cada vez mayor. El estudio CREST informó lesión vesical de 0.3 para AH y 1.6% para VH. Son más frecuentes en VH en caso todos los estudios. Investigaciones más recientes han señalado una tasa global de 1 a 2 % para la lesión vesical. Las posibles explicaciones para el aumento de la tasa de lesiones vesicales son:

- Posible aumento en el número de histerectomías vaginales difíciles y
- Un mayor número de mujeres histerectomizadas con antecedente de cesárea. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

El riesgo de lesión de la vejiga en el momento de la histerectomía es mayor si hay antecedente de una cesárea. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

Lesiones vesicales: Suelen identificarse, generalmente, por la inesperada, repentina y desagradable aparición del globo de la sonda uretral en el campo operatorio, por hematuria o por fuga de orina hacia el campo quirúrgico. El riesgo varía según el grado de distensión de la vejiga; por ello, a mayor llenado vesical, más probabilidades de complicaciones. Cuando se identifica una lesión, debe colocarse un hilo de sutura de referencia, realizar tracción muy suavemente la vejiga y terminar la disección planeada, debido a que durante disecciones difíciles existe la posibilidad de causar varias lesiones. Esta maniobra evita suturar más de una vez la vejiga. (Benítez & Avilés-Cabrera, 2010)

4.4.4 Lesiones neurológicas asociadas a histerectomía. La neuropatía después de histerectomía es un evento poco común, pero significativo. Una revisión de la literatura revela una tasa de 0.2-2% después de cirugía pélvica mayor.58,59 Para histerectomía benigna, la tasa está probablemente más cerca del extremo inferior de este rango, ya que una mayor cantidad de lesiones nerviosas se asocian a la cirugía radical del cáncer pélvico. El siguiente análisis aborda las principales neuropatías que pueden ocurrir durante la histerectomía. Se abarcan específicamente los principios de prevención, identificación y manejo para las neuropatías más comunes asociadas con la histerectomía.(Clarke-Pearson & Geller, 2013)

4.4.5 Nervios Iliohipogástrico e Ilioinguinal. También están en riesgo de lesión durante la histerectomía, aunque con menor frecuencia que el nervio femoral. Estos nervios emergen de la región T12 a L1 y L1 a L2, respectivamente, y corren a través de los músculos de la pared abdominal anterior. Específicamente, el iliohipogástrico penetra en la fascia del oblicuo interno y el ilioinguinal penetra en la fascia del músculo transverso del abdomen. Los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico proporcionan suministro sensorial a la parte media del muslo, así como a los labios mayores, labios menores y monte de Venus. No contribuyen a ninguna función motora en la pelvis. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

En una histerectomía abdominal, el sitio más común de lesión de estos nervios es a nivel de la pared abdominal anterior, donde pueden ser seccionados por una incisión Pfannenstiel ancha o simplemente por estiramiento lateral excesivo de las capas subyacentes de la fascia. Por lo general, una incisión Pfannenstiel es de 10 a 15 cm de longitud. El riesgo de lesión de los nervios aumenta significativamente si la incisión se extiende más allá de los bordes laterales de los músculos rectos. Puede ocurrir una lesión por estiramiento debido a la colocación de un retractor de autoretención en una incisión ya ensanchada. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

Durante la histerectomía laparoscópica, los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal se pueden lesionar con trocares colocados lateralmente. Una buena regla general es colocar estos trocares por lo menos a dos dedos en sentido medial de las espinas ilíacas anterosuperiores. Es importante observar que el daño también puede producirse por atrapamiento o cicatrización relacionada con el cierre de incisiones fasciales. Los síntomas de lesión por lo general incluyen dolor agudo y urente en el área de distribución sensorial. Este dolor puede irradiar hacia el perineo. Los signos de lesión suelen ocurrir en cuestión de horas o días de la lesión. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

4.4.6 Nervio Peroneo. Se origina en la región L4 a S2 de las raíces lumbosacras, emergiendo de la división del nervio ciático en la fosa poplítea. Es poco común que ocurra una lesión del nervio peroneo durante la histerectomía. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

A nivel de la cabeza del peroné, el nervio peroneo común se divide en las ramas perineales superficial y profunda. La rama superficial es más propensa a las lesiones, debido a que se envuelve alrededor de la cara lateral de la cabeza fibular y sólo está protegida por una capa de tejido subcutáneo. El nervio peroneo superficial tiene tanto función motora como sensorial. Inerva los músculos peroneos largo y corto en la parte inferior de la pierna. También proporciona sensibilidad a las caras anterior y lateral de la parte inferior de la pierna y al dorso del pie, excluyendo la piel entre los ortejos mayor y segundo. La lesión del nervio peroneo puede ocurrir durante la histerectomía cuando la paciente está colocada en posición de litotomía dorsal con estribos. La presión del estribo en el borde lateral de la cabeza del peroné es la causa de esta lesión por compresión. El hallazgo clásico en una lesión del nervio peroneo es el "pie péndulo". Esto a menudo se

observa la primera vez que la paciente intenta caminar después de la cirugía. También puede haber deficiencias sensoriales evidentes a lo largo de la distribución sensitiva de este nervio. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

Las neuropatías asociadas a la histerectomía son poco comunes pero pueden ser debilitantes si ocurren. La mayoría de las neuropatías se pueden evitar con una cuidadosa atención a la colocación sobre la mesa de operaciones y una buena técnica quirúrgica. Una comprensión rigurosa de la fisiopatología de la lesión, la identificación de la disfunción, y la iniciación oportuna del tratamiento son esenciales para optimizar el resultado y para reducir al mínimo la ansiedad de la paciente cuando se trata de este tipo de lesiones. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

Afortunadamente, la mayoría son transitorias y se recuperan espontáneamente, aunque esto puede tomar varias semanas o meses. Es esencial asesorar diligentemente a las pacientes no sólo después de una lesión, sino también en el periodo preoperatorio. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

4.4.7 Otras complicaciones.

4.4.7.1 Menopausia temprana. Las mujeres que han tenido una histerectomía pueden experimentar la menopausia antes que la media de edad de la menopausia (51 años). (Torres & Borda, 2012). Esto puede ser debido a una interrupción en el flujo de sangre a los ovarios como resultado de una histerectomía que combina de ooferectomía. (Esquivel, Rodríguez, Gómez, & Prieto, 2013)

4.4.7.2 Dehiscencia del manguito vaginal. Es una complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. Aunque es una complicación poco frecuente, puede dar lugar a morbilidad grave. La incidencia estimada de dehiscencia del manguito vaginal, basada en 10 años de datos acumulados, es de 0.24%, pero es ligeramente superior (0.39%) al evaluar los años más recientes. La histerectomía laparoscópica total tiene la mayor tasa de dehiscencia del manguito vaginal (1.35%) en comparación con histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica (0.28%; OR 4.9, CI 1.1-21.5), histerectomía abdominal total (0.15%, OR 9.1, CI 4.1-20.3), e histerectomía vaginal total (0.08%; OR 17.2, CI 3.5-75.9). Un estimado de dehiscencia del manguito después de histerectomía total robótica basado

en 510 pacientes fue del 4.1%. Sin embargo, no hubo comparación con las otras rutas. Un metaanálisis comparando el cierre del manguito vaginal por las rutas vaginal, laparoscópica y robótica encontró que el cierre vaginal tiene la incidencia más baja (0.18%), seguido por la laparoscópica (0.64%; OR 3.57, CI 1.54-8.33), y la robótica (1.64%; OR 9.09, CI 3.86-25.0). Se piensa que el aumento del riesgo observado con las rutas asistidas por laparoscopía es atribuible a la utilización única de la electrocirugía monopolar para realizar colpotomía con estas modalidades y a las posibles diferencias en los métodos y las técnicas de cierre. (Clarke-Pearson & Geller, 2013)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se llevó a cabo en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, ubicado en Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego, en el periodo de tiempo comprendido de Enero a Diciembre del 2015.

5.1 Enfoque y Tipo de diseño

5.1 .1 Enfoque. Cuantitativo

5.1.2 Tipo de diseño. Retrospectivo, descriptivo de corte transversal.

5.2 Unidad de estudio, universo y muestra

5.2.1 Unidad de estudio. Pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja de enero a diciembre del 2015.

5.2.2 Universo. 50 pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja de enero a diciembre del 2015.

5.2.3 Muestra. Integrado por 48 pacientes histerectomizadas que cumplían con los criterios de inclusión en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja de enero a diciembre del 2015 y se excluyeron 2 pacientes por que los expedientes estaban incompletos y no correspondían a los rangos de edad en estudio.

5.3 Criterios de inclusión.

- Expediente de paciente con diagnóstico de histerectomía que se haya realizado Hospital General Isidro Ayora de Loja período 2015.
- Pacientes mayores de 15 años hasta los 75 años.
- Pacientes que se les realizó histerectomía, por presentar patología uterina benigna.
- Pacientes que se les realizó histerectomía por presentar patologías obstétricas.
- Pacientes que presenten comorbilidades.

5.4 Criterios de exclusión

- Expediente de paciente con diagnóstico de histerectomía, que no se haya realizado Hospital General Isidro Ayora de Loja en el período 2015.
- Pacientes a las que se les realizó una Histerectomía, por presentar patología uterina maligna.
- Expediente incompleto.

5.5 Técnica

- Solicitar la aprobación del trabajo por las autoridades de la Universidad Nacional de Loja (anexo 2).
- Oficio (anexo 3) para ingreso al departamento de estadística del Hospital General Isidro Ayora de Loja previa solicitud mediante oficio dirigida al Ing. Byron Guerrero Jaramillo Gerente del mismo, en el cual certifica el acceso al sistema electrónico y expedientes clínicos, mediante los cual se recolectó los datos de la presente investigación.
- Hoja de recolección de Datos (anexo 1)

5.6 Instrumento

Hoja de recolección de datos previamente diseñada por la autora (anexo 1).

5.7 Procedimiento

El presente estudio se desarrolló con previo permiso del Ing. Byron Guerrero Jaramillo Gerente del Hospital General "Isidro Ayora de Loja" para ingreso a estadística, donde se procedió con la revisión y recolección de datos de los expedientes clínicos, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados para los alcances del presente estudio, los mismos que fueron plasmados en la hoja de recolección de datos previamente diseñada por la autora (anexo 1).

5.8 Equipo y Materiales

- Hojas de recolección de datos
- Computador Portátil
- Impresora
- Materiales de oficina
  - Hojas de papel bond
  - Esferográficos
  - Borrador
  - Copias
- Transporte

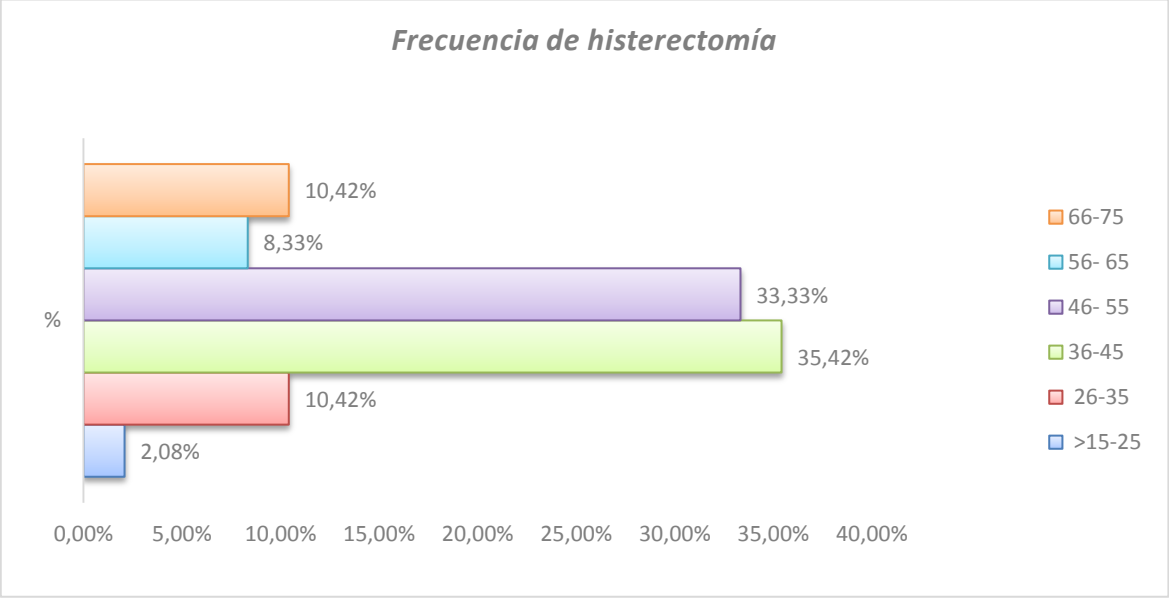
5.9 Análisis estadístico

Con todos los resultados obtenidos, mismos que fueron analizados e interpretados mediante tablas y gráficos utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel 2013, con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

6. RESULTADOS

Figura Nro. 1

Frecuencia de Histerectomía de acuerdo al grupo etáreo en las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Período 2015

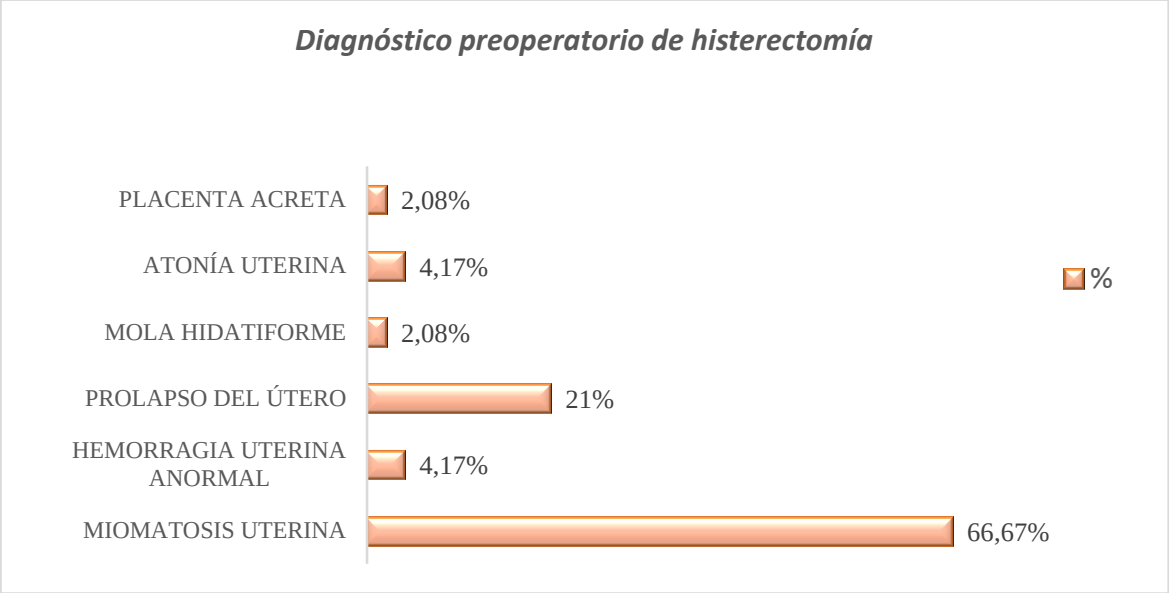


Fuente: Registro de resultados
Elaborado: Viviana Del Pilar Arízaga Paredes

Interpretación de resultados: El grupo etáreo en el que se realiza con mayor frecuencia corresponde a 36-45años con el 35.42%, seguido de 46 a 55 años con el 33.33%, y >15-25 años con el 2.08% que es el menos frecuente.

Figura Nro. 2

Diagnóstico preoperatorio de Histerectomía de las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Período 2015

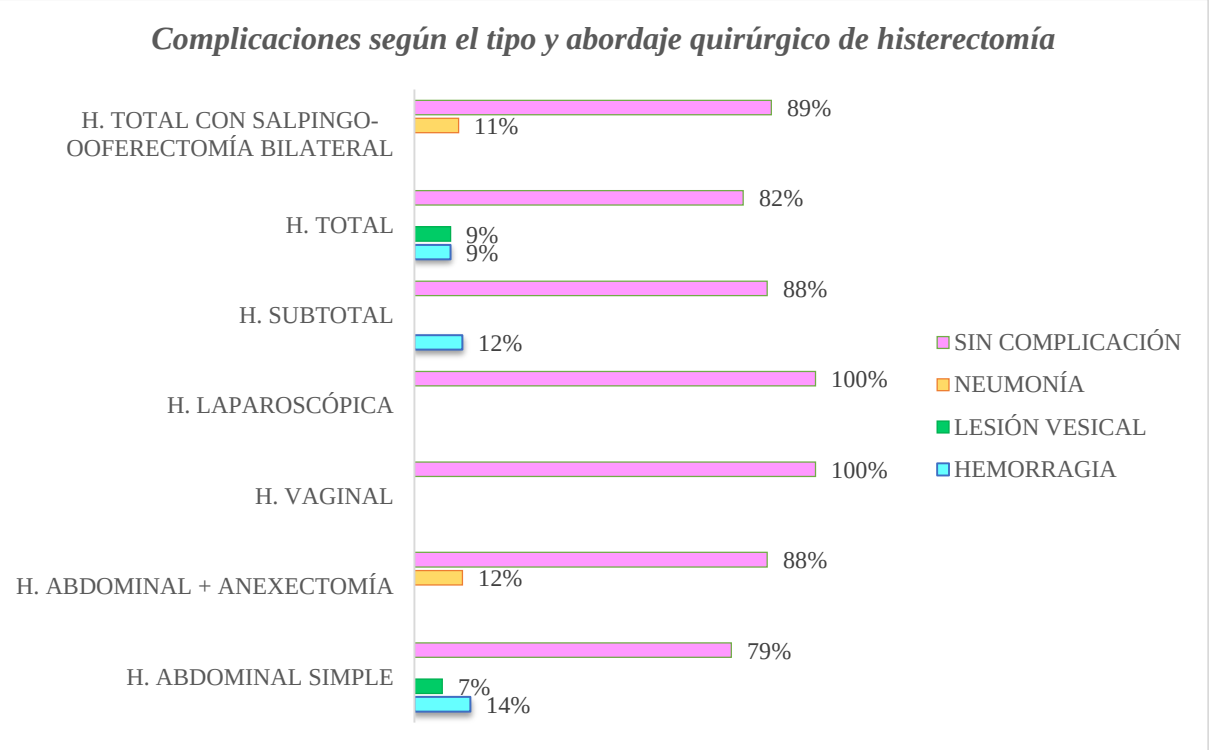


Fuente: Registro de resultados
Elaborado: Viviana Arízaga

Interpretación de resultados: El diagnóstico preoperatorio más frecuente es miomatosis uterina con el 66.67%, seguido del 21% prolapso del útero.

Figura Nro. 3

Principales complicaciones de acuerdo al tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía empleado en las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Período 2015



Fuente: Registro de resultados
Elaborado: Viviana Del Pilar Arízaga Paredes

Interpretación de resultados: las principales complicaciones de acuerdo al tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía corresponden: al 8.3% hemorragia por histerectomía abdominal simple, y por el tipo de histerectomía corresponde a subtotal en el 12% y total el 9%; seguida de lesión vesical del 4.2% por histerectomía abdominal simple y 9% por tipo de histerectomía total.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en 48 pacientes en las que se les realizó histerectomía en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja de enero a diciembre del 2015, se verificó que el 35.4 2% comprende al grupo etáreo que predominó entre 36 a 45 años; el 33.33% de 46 a 55 años y el 2.08% corresponde a >15-25 años que es el menos frecuente. De acuerdo a Apolo 2014, en su estudio de "Correlación Ecográfica E Histopatológica de las Histerectomías Abdominales realizadas en el Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS de Loja, la edad con mayor número de histerectomías está entre 41 y 50 años con un 50,0%; el 37,5% entre 51 y 60 años, el 7,1% entre 31 y 40 años y un porcentaje pequeño en pacientes mayores a 60 años, lo que guarda relación con lo reportado aunque no en los mismos grupos etáreos. La principal causa de la histerectomía ginecológica es la Miomatosis uterina con un 91,07%, mientras que en nuestro estudio corresponde al 66.77%, diagnóstico que prevalece incluso en otros revisiones bibliográficas.

Las complicaciones reportadas corresponden de acuerdo al abordaje quirúrgico a hemorragia con el 8.3% por histerectomía abdominal simple, y por el tipo de histerectomía corresponde a subtotal en el 12% y total el 9%; seguida de lesión vesical del 4.2% por histerectomía abdominal simple y 9% histerectomía total. Comparando con el estudio realizado en México, por Granados y colaboradores, en pacientes a las que se les realizó histerectomía en el periodo comprendido de enero de 2008 a diciembre de 2010, la frecuencia de lesión de tracto urinario fue de 5.7%, con predominio de lesión vesical en un 4.17% por histerectomía total abdominal, mismos datos que se relacionan con nuestro estudio en cuanto a la presencia de lesión vesical.

8. CONCLUSIONES

- El grupo etáreo de las pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, en el que se realiza con mayor frecuencia histerectomía está entre 36 a 45 años y el menos frecuente en las pacientes >15-25 años.

- El principal diagnóstico preoperatorio de las pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, por él que se realiza histerectomía es miomatosis uterina seguido de prolapso de útero.

- Al contrastar las principales complicaciones según el tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía de las pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, son hemorragia y lesión vesical.

9. RECOMENDACIONES

- Llevar un adecuado diagnóstico de las patologías que podrían derivar a histerectomía, apoyándose en la historia clínica y exámenes complementarios, para que el médico opte por el mejor tratamiento de la paciente acorde a la edad, patología y si fuera necesario elegir el mejor tipo y abordaje quirúrgico, con el afán de contribuir a reducir la morbi-mortalidad de la población en general.
- El personal médico a cargo al momento de indicar la Histerectomía debería dar información médica clara y precisa satisfaciendo todas las inquietudes, dudas y retirar posibles miedos acerca de la intervención a la cual van a ser sometidas, realizar controles subsecuentes , en el que se incluya apoyo psicológico, dado que se pueden presentar síndromes depresivos.
- Plantear nuevas investigaciones sobre el tema en cuestión, con el afán de contribuir a reducir las complicaciones y morbi-mortalidad de las pacientes sometidas a histerectomía.
- En este estudio se evidencio que las medidas terapéutico-quirúrgicas, que se están ofreciendo en esta institución de salud están brindando los resultados esperados, hay un presentación mínima de complicaciones, por ende se debería continuar con las mismas.

10. BIBLIOGRAFÍA

ACOG. (2015). La Histerectomía. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 5.

Anónimo. (2015). Asociación Colombiana de Endometriosis e Infertilidad_ Conoce todo sobre la Histerectomía. http://doi.org/file:///C:/Users/Usuario/Desktop/PEDIATRIA/TITULACI%C3%93N/marco%20teorico%202016%20histerectom%C3%ADa/Asociaci%C3%B3n%20Colombiana%20de%20Endometriosis%20e%20Infertilidad_%20Conoce%20todo%20sobre%20la%20Histerectom%C3%ADa.html

Anónimo. (2016). Asociación Colombiana de Endometriosis e Infertilidad_ Adenomiosis, adenomioma o endometriosis interna. http://doi.org/http://endometriosiscolombia.blogspot.com/2016/01/adenomiosis-adenomioma-o-endometriosis.html

APOLO, M. (2012). *Universidad Nacional de loja*. Retrieved from http://dspace.unl.edu.ec:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4343/ARELLANO WASHINGTON - JIMENEZ GALO.pdf?sequence=1

Arias Arias, P. C., & Tenezaca Alao, D. A. (2012). *Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres*. UNIVERSIDAD DE CUENCA.

Benítez, C. Q. G., & Avilés-Cabrera, R. N. (2010). Accidentes e incidentes en cirugía ginecológica. *Ginecologia Y Obstetricia de Mexico*, *78*(4), 238–244.

Cerrella, G. (2014). No Title.

Clarke-Pearson, D. L., & Geller, E. J. (2013). Complicaciones de la histerectomía. *Ostretrics and Gynecology*, 1–28.

Dr. Ananya Mandal, D. E. M. (2014). Tipos de Hiterectomía.

Esquivel, G., Rodríguez, F., Gómez, Á. H., & Prieto, F. J. A. (2013). Histerectomía radical . http://doi.org/http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundario

s/efectossecundariosfisicos/fragmentado/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer-sex-and-pelvic-surgery-rad-hysterectomy

Fuentes, G. (2011). Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada Mª Gádor Manrique Fuentes 3 de Noviembre de 2011, 1–27.

FUSM. (2016). FUSM-OBGIN - - Histerectomía Abdominal. http://doi.org/https://fusmobgin.wikispaces.com/-+Histerectomía+Abdominal

García, R. R., López, G. R., & Estrada, G. H. (2010). Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, *II*(1), 11–14.

Heidy, N., Monta, M., Hugo, E., & Cassab, V. (2013). Sangrado Uterino Anormal. *AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE*, *4*(5), 64–66.

Histerectomía. (n.d.).

Histerectomía _ Ethicon - Chile. (n.d.).

Ibáñez, A. P. (2015). Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS, 1–27.

Indacochea, R. M. (2011). *Cuasas y complicaciones de histerectomia abdominal y vaginal: Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor Cuasas y complicaciones de histerectomia abdominal y vaginal: Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor. Universidad De Guayaquil*. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

Karen, J., Vargas, C., & Arceo, S. D. Q. (n.d.). año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina General Integral. Filial de Ciencias Médicas "Efraín Benítez Popa", Bayamo 2 Estudiante de 4, *54*(257), 59–70.

Mandal, A. (2014). Indicaciones de la cirugía plastica.

México, & Salud, S. de. (2010). Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomia en el Segundo Nivel de Atencion.

Mogrovejo, L. K., Moreno, A. V., & Padilla, M. M. (2015). *Diagnóstico Clínico, Diagnóstico Por Ultrasonido Versus Diagnostico Anatomo Patológico De Pacientes*

Histerectomizadas En El Hospital Vicente Corral Moscoso, 2008-2013. Cuenca - Ecuador. Universidad De Cuenca. UNIVERSIDAD DE CUENCA.

OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. *Organización Mundial de La Salud*, 1–48. http://doi.org/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf

Onmeda, R. (2012). Extirpación del útero (histerectomía) - Onmeda. Retrieved from http://www.onmeda.es/exploracion_tratamiento/histerectomia.html

Ortega, R. (2011). Histerectomía Abdominal. *Servicio de Obstetricia Y Ginecología*, 1 – 19.

Perelló, M., Mula, R., & López, M. (2012). Anomalías Placentarias Y Manejo De La Hemorragia De Tercer Trimestre. *CLÍNIC Barcelona*, 1–15.

Pérez, Gómez Emilia. (2012). HISTERECTOMÍA VAGINAL, 1–20.

Ponce, D. R. S. (2014). La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales _ Sardiñas Ponce _ Revista Cubana de Cirugía. *2 de Mayo de 2014*. Retrieved from http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/198/104

Santos, A., Gorbea, V., Colorado, S., Isarraraz, C., & Gámez, P. (2015). Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante morcelación y aguja de Deschamps, 148–154.

Sumano-Ziga, E., Veloz-Martínez, M. G., Vázquez-Rodríguez, J. G., Becerra-Alcántara, G., & Jimenez Vieyra, C. R. (2015). Histerectomía programada vs. histerectomía de urgencia en pacientes con placenta acreta, en una unidad médica de alta especialidad. *Cirugia Y Cirujanos*, *83*(4), 303–308. http://doi.org/10.1016/j.circir.2015.01.001

Tango, I. (2015). Histerectomía.

Torres, M., & Borda, R. (2012). FUSM-OBGIN - - Histerectomía Abdominal. http://doi.org/https://fusmobgin.wikispaces.com/-+Histerectom%C3%ADa+Abdominal

11. ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de recolección de datos

"Histerectomía En Pacientes Atendidas En El Área De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital General Isidro Ayora De Loja".

HC N°:

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

- >15-25 años ( )
- 26-35 años ( )
- 36-45 años ( )
- 46- 55 años ( )
- 56- 65 años ( )
- 66-75 años ( )

INDICACIONES:

- Ginecológicas:
  - Fibromas uterinos ( )
  - Endometriosis ( )
  - Adenomiosis ( )
  - Miomatosis ( )
  - Períodos Pesados ( )
  - Prolapso del útero ( )
  - Hematómetra ( )
  - Mola Hidatiforme ( )
  - Hiperplasia Endometrial ( )
  - Enfermedad inflamatoria Pélvica (EPI) ( )
  - Hemorragia uterina anormal (HUA) ( )

- Obstétricas:
  - Hemorragia postparto
    - Atonía uterina ( )
    - Traumas/laceraciones ( )
    - Retención de productos y alteraciones de la coagulación ( )
  - Alteraciones de la placenta
    - Placenta ácreta (PA) ( )
    - Placenta íncreta ( )
    - Placenta pércreta ( )

COMPLICACIONES

- INMEDIATA

  - Hemorragia ( )
  - Lesión intestinal ( )
  - Lesión vesical ( )
  - Lesión uréteres ( )
  - Tromboembolismo pulmonar (TEP) ( )
  - Infarto Miocardio ( )
  - Reacción anafiláctica ( )
  - Coagulación intravascular diseminada (CID) ( )

- MEDIATAS Y TARDIAS

  - Infección de herida Quirúrgica ( )
  - IVU ( )
  - Neumonía ( )
  - Absceso y/o Hematoma de muñón ( )
  - Dehiscencia ( )
  - Sepsis ( )
  - Absceso Pelviano ( )
  - Fístulas ( )
  - Hematoma de pared ( )
  - Reintervención ( )
  - Mortalidad ( )
- SIN COMPLICACIONES ( )

TIPO DE HISTERECTOMIA

- Subtotal ( )
- Total ( )
- Total con salpingo-ooforectomía bilateral ( )
- Radical ( )

TÉCNICA DE HISTERECTOMIA

- H. Abdominal simple ( )
- H. Abdominal + Anexectomía ( )
- H. Vaginal ( )
- H. Vaginal + Anexectomía ( )
- H. laparoscópica ( )

Anexo 2: Aprobación del proyecto de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 02803CM-ASH-UNL

PARA: Srta. Viviana del Pilar Arìzaga Paredes
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 07 de Diciembre de 2015

ASUNTO: **APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS**

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema **"CARACTERIZACIÒN DE HISTERECTOMÌA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERÌODO 2015"**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 3: Pertinencia del proyecto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 0501CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Viviana del Pilar Arìzaga Paredes
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de febrero de 2016.

ASUNTO: **Informe del trabajo de Investigación**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"CARACTERIZACIÒN DE HISTERECTOMÌA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERÌODO 2015"**, de su autoría, que su tema **es pertinente**, sugiriendo modificaciones en su estructura y puntualmente por ser un estudio retrospectivo debería reemplazarse el término ingresadas por el de atendidas en el titulo, quedando de la siguiente manera: **"CARACTERIZACIÒN DE HISTERECTOMÌA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERÌODO 2015"**, según informe adjunto de la **Dra. Alba María Guerrero Iñiguez,** por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo
Sip

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 4: Director de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro. 0697 CCM-ASH-UNL

PARA: Dra. Maria de los Angeles Sànchez
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 04 de marzo de 2016

ASUNTO: **Designar Director de Tesis**

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Directora del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema es **"CARACTERIZACIÒN DE HISTERECTOMÌA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERÌODO 2015"**, de autoría de la **Srta. Viviana del Pilar Arìzaga Paredes,** estudiante de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo
Sip

RECIBIDO
POR: Mazaly C.
FECHA: 07/04/2016

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 5: Autorización para la recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro.0749CCM-ASH-UNL

Autorizado 11/04/2016
QUIPUX: DI 2016-0047-M;
Ing. Daniel León

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 09 de marzo de 2016

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA" COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Viviana del Pilar Arìzaga Paredes,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la obtención de Historias Clínicas de los pacientes intervenidos por histerectomía; información que le servirá para la realización de la tesis: **"CARACTERIZACIÒN DE HISTERECTOMÌA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERÌODO 2015",** trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. María de los Ángeles Sánchez,** Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja a 14/03/2016 Hora 11:59
Firma: D.B
SECRETARIA DE GERENCIA

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA – UNL

C.c.- Archivo
Sip

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

Anexo 6:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORANDUM Nro. 0840CNP-ASH-UNL

PARA: Dra. Ena Peláez Soria, Mg. Sc.
SECRETARIA– ABOGADO DEL AREA DE LA SALUD HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de marzo de 2016

ASUNTO: **Modificación de Tema de Tesis**

Con un atento saludo me dirijo a usted, para comunicarle que esta Coordinación autoriza la **modificación** del Tema de Tesis, y con ello el proyecto de Tesis: titulado: "CARACTERIZACIÓN DE HISTERECTOMÌA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERÌODO 2015", por el de **"HISTERECTOMÌA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA"**, de autoría de la **Srta. Viviana del Pilar Arìzaga Paredes,** estudiante de la Carrera de Medicina;

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA – UNL

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

RECIBIDO
FECHA: 24.03.16
15:59

C.c.- Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia
Srta. Viviana del Pilar Arizaga Paredes

Archivo

Anexo 7: Certificado de traducción del resumen

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "HISTERECTOMÍA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA" autoría de la Srta. Viviana del Pilar Arizaga Paredes, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 20 de Septiembre de 2017

"FINE-TUNED ENGLISH" CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Telefóno: 2678442

Anexo 8: Proyecto

1. Tema:

“Histerectomía en pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia Del Hospital General Isidro Ayora de Loja**”.**

2. Problematización

La histerectomía (extirpación del útero), es la operación ginecológica mayor que con más frecuencia se efectúa a nivel mundial en el que ocupa el segundo lugar después de la cesárea, y como procedimiento quirúrgico más común en edad fértil. (Mogrovejo et al., 2015)

Representa un proceso quirúrgico de riesgo, es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna y con altos estándares de calidad. (Ortega, 2011)

En Europa reportes actuales indican que este número de pacientes ha incrementado. Se estima que cerca de 20% de las mujeres en el Reino Unido habrán tenido una histerectomía a los 55 años, y más de 80% de estas es realizada por la vía abdominal clásica y su principal causa es por miomatosis uterina. (Seminario, 2010)

En España esta cifra es menor aunque supera los 150 casos por cada 100,000 mujeres al año y es uno de los 15 procedimientos hospitalarios más realizados. La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años. (Ponce, 2014)

En Estados Unidos, con una cantidad superior a los 600.000 procedimientos al año con una tasa de mortalidad de 0.4%, y el 60% se realiza por vía abdominal. Casi el 90% se realizan por indicaciones benignas, además se incluyeron una o más de las siguientes causas: Leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las que son responsables del 80% de histerectomías realizadas. (Arias Arias & Tenezaca Alao, 2012)

En Cuba, la histerectomía por cirugía de mínimo acceso para el tratamiento de enfermedades ginecológicas se realizó en 3,6% del total de operaciones ginecológicas y 12,9% del total de operaciones por mínimo acceso y se observó un incremento de las mismas en el 2011 con la realización de 5 348 procederes ginecológicos por esta vía. (Ponce, 2014)

En un estudio realizado en Venezuela por Briceño y sus colaboradores para determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía por un período de 15 años los resultados fueron: la incidencia de histerectomía fue 0,07% (1/1 285 casos obstétricos). Fue más frecuente en mujeres entre 25-29 años (26%), histerectomía tipo total (86%), indicadas por atonía uterina (38%), complicadas con anemia (88%), ameritaron transfusión sanguínea (84%) y duraron <7 días de hospitalización (56%). (Briceño, García, Jaimes, Carlos, & Briceño, 2009)

En Bogotá - Colombia en el Hospital universitario San Ignacio se realizó un estudio de corte transversal para determinar la prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica en 200 pacientes, entre 18 a 74 años, en las que se realizó procedimientos de cirugía ginecológica de patología benigna, tanto de abordaje abierto como laparoscópico desde enero a julio de 2013 en el que dio como resultado que la histerectomía abdominal total fue el procedimiento con más frecuencia en un 46% y la vía de abordaje más utilizada fue la abdominal en el 65% de los casos; las indicaciones más frecuentes del manejo quirúrgico, entre las cuales se encuentran la miomatosis uterina (49%), la hemorragia uterina anormal (39,5%), el diagnóstico de masa anexial compleja (31%) y el dolor pélvico crónico (19,5%). Se encontró una prevalencia de complicaciones del 12,5% siendo mayores el 7,5% y menores el 6%. Hubo un 1% de lesión vesical, 1% lesión intestinal y 4% de requerimiento de transfusión sanguínea. (Barbosa & Garnica, 2015)

En Guayaquil en un estudio realizado por Indacochea en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, en el que se analizaron 412 historias clínicas obtenidas al azar; de todas la histerectomías que tuvieron como indicación una patología benigna presentaron, una edad media de 46.5 años; la causa más frecuente fue el útero miomatoso, en un 70.38%; el abordaje quirúrgico fue realizado por vía abdominal en un 84.46%. Entre las complicaciones más significativas: infección del sitio quirúrgico, 2.91%; absceso del muñón vaginal 0.24%; infección de vías urinarias 2.48%; reingreso hospitalario del 1.69%, necesitando transfusión sanguínea el 0.24% de las pacientes estudiadas. (Indacochea, 2011)

En otro estudio descriptivo-retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca del 2008 al 2013 por Mogrovejo y sus colaboradores, se identificaron 526 casos, siendo más frecuente en pacientes de más de 44 años, el principal diagnóstico fue miomatosis uterina con el 51,9% por ecografía y anatomía patológica la leiomiomatosis con el 48,2%. (Mogrovejo et al., 2015)

Bajo estas premisas y teniendo en cuenta que en la provincia de Loja no existen investigaciones que se enfoquen en este tema de estudio, nace la inquietud de realizar un estudio retrospectivo que investigue **¿ QUÉ HISTERECTOMÍA SE REALIZA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERÍODO 2015?**

3. Justificación

La histerectomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, sea en el área de gineco-obstetricia y oncología, las mismas que pueden ser resueltas de forma definitiva con la realización de histerectomía, buscando la menor morbi-mortalidad y cuando sus beneficios sean mayores que sus restricciones tanto en la vida reproductiva, psicológica y social de la paciente constituyendo así un recurso importante que puede salvar la vida de las pacientes.

Al ser la histerectomía una de las cirugías ginecológicas más frecuente por su amplia variedad de causas, en nuestro medio no existen datos estadísticos que nos den a conocer con exactitud su frecuencia, causas y complicaciones de acuerdo al tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía realizada en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, período 2015.

La finalidad de este trabajo es obtener la información necesaria para conocer la realidad en nuestro medio, la misma que nos permitan analizar las posibles falencias del abordaje quirúrgico y así poder tomar los correctivos necesarios para salvar la vida de las pacientes, constituyendo así un recurso importante en la prevención, detección oportuna y disminución de complicaciones como infecciones, hemorragias, lesiones de órganos adyacentes, etc., de las paciente que son sometidas a este procedimiento quirúrgico lo cual tendrá una relevancia social, al mejorar la calidad de su atención y no tratarse solamente de una solución terapéutica.

Por tanto el desarrollo de esta investigación es viable porque se cuenta con la asesoría y orientación de la tutora legal designada, además de contar con los recursos materiales, bibliográficos y tecnológicos de mucha importancia para realizar una investigación de este tipo.

4. Objetivos:

4.1. Objetivo general

- Determinar la Histerectomía en las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Período 2015.

4.2. Objetivos específicos:

- Conocer la frecuencia de histerectomía de acuerdo al grupo etáreo en las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Período 2015
- Identificar el diagnóstico preoperatorio de Histerectomía de las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Período 2015
- Contrastar las principales complicaciones de acuerdo al tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía empleado en las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Período 2015

5. Esquema de marco teórico

5.1. Histerectomía

5.1.1. Definición

5.1.2. Indicaciones

5.1.2.1. Obstétricas

5.1.2.2. Ginecológicas

5.2. Tipos de histerectomía

5.2.1 Subtotal

5.2.2. Total

5.2.3. Total con salpingo-ooforectomía bilateral

5.2.4. Radical.

5.3. Abordajes quirúrgicos de histerectomía

5.3.1 Abdominal

5.3.2 Vaginal

5.3.3 Laparoscópica

5.3.4 Robótica

5.4. Complicaciones de histerectomía

5.4.1. Infección

5.4.2. Hemorragia

5.4.3. Lesión de órganos adyacentes

5.4.4. Lesiones neurológicas asociadas

5.4.5. Otras complicaciones

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

Es un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, correlacional.

6.2. Área de estudio

Lugar: Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, ubicado en Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego

Tiempo: Se desarrollará el estudio en el periodo de tiempo comprendido de Enero a Diciembre del 2015.

6.3. Universo y Muestra

Universo: integrado por las pacientes ingresadas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja de enero a diciembre del 2015.

Muestra: integrado por las pacientes que se les realizó histerectomía en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja de enero a diciembre del 2015, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

6.3.1. Criterios de inclusión

- Expediente de paciente con diagnóstico de histerectomía que se haya realizado Hospital General Isidro Ayora de Loja período 2015.
- Pacientes mayores de 15 años hasta los 75 años.
- Pacientes que se les realizó histerectomía, por presentar patología uterina benigna.
- Pacientes que se les realizó histerectomía por presentar patologías obstétricas.
- Pacientes que presenten comorbilidades.

6.3.2 Criterios de exclusión

- Expediente de paciente con diagnóstico de histerectomía, que no se haya realizado Hospital General Isidro Ayora de Loja en el período 2015.
- Pacientes a las que se les realizó una Histerectomía, por presentar patología uterina maligna.
- Expediente incompleto.

6.4. Técnica

El presente estudio se desarrollará con la revisión y recolección de datos de los expedientes clínicos, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados para los alcances del presente estudio, los mismos que serán plasmados en la hoja de recolección de datos (anexo 1) previamente diseñada, en la que se incluirán datos personales como: el número de historia clínica, nombres y apellidos de la paciente, edad, causas, complicaciones, tipo y abordaje quirúrgico empleado en las pacientes intervenidas de histerectomía en el área de ginecología del Hospital Isidro Ayora en el período 2015.

6.5. Procedimiento y procesamiento de la información

- Solicitar la aprobación del trabajo por las autoridades de la Universidad Nacional de Loja.
- Autorización para ingreso al departamento de estadística del Hospital General Isidro Ayora de Loja previa solicitud mediante oficio dirigida al Ing. Byron Guerrero Jaramillo Gerente del mismo.
- Acudir al departamento de estadísticas del Hospital General Isidro Ayora de Loja y obtención de datos mediante las historias clínicas de pacientes durante el período de tiempo del estudio.
- Selección de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.
- Recolección de los datos en una hoja de recolección de datos (anexo 1) para este fin.
- Estudio sistemático de la información obtenida.

- Después de la recolección de datos, se plasmarán los resultados en cuadros de frecuencia y porcentuales los mismos que serán representados en gráficos, durante el proceso de tabulación.
- Finalmente con los resultados obtenidos se hará la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones, utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel.
- Por tratarse de un estudio que no involucra la participación directa de los pacientes, no es necesario obtener consentimiento informado alguno.

6.6. Variables

Variable Independiente: Histerectomía

6.7. Recursos

Recursos Humanos:

- Estudiante Investigador: Viviana Del Pilar Arízaga Paredes
- Director de Tesis

Recursos Materiales:

- Hojas de recolección de datos
- Computador Portátil
- Impresora
- Materiales de oficina
  - Hojas de papel bond
  - Esferográficos
  - Borrador
  - Copias
- Transporte

6.8. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
HISTERECTOMÍA (Variable independiente)	La histerectomía es la extirpación del útero. El procedimiento específico depende de la historia clínica y de la razón para la cirugía puede ser vía vaginal, abdominal, laparoscópica o robótica.	Características de la paciente	EDAD	• >15-25 años • 26-35 años • 36-45 años • 46- 55 años • 55-65 años
		Indicaciones	GINECOLÓGICAS: ○ Fibromas uterinos ○ Endometriosis ○ Adenomiosis ○ Miomatosis ○ Períodos Pesados ○ Prolapso del útero ○ Hematómetra ○ Mola Hidatiforme ○ Hiperplasia Endometrial ○ Enfermedad inflamatoria Pélvica (EPI) ○ Hemorragia uterina anormal (HUA)	• SI • NO

			OBSTÉTRICAS: ○ Hemorragia postparto ▪ Atonía uterina, ▪ Traumas/laceraciones, ▪ Retención de productos y alteraciones de la coagulación ○ Alteraciones de la placenta ▪ Placenta acreta (PA) ▪ Placenta increta ▪ Placenta percreta	• SI • NO
		Complicaciones	INMEDIATAS • Hemorragia • Lesión intestinal • Lesión vesical • Lesión uréteres • Tromboembolismo pulmonar (TEP) • Infarto Miocardio • Reacción anafiláctica • Coagulación intravascular diseminada (CID) • OTRAS	• SI • NO

			MEDIATAS Y TARDIAS • Infección de herida Quirúrgica • Absceso Pelviano • Hematoma de pared • IVU • Neumonía • Absceso y/o Hematoma de muñón • Dehiscencia • Sepsis • Fístulas • Prolapso muñón • Eventraciones • Reingreso • Reintervención • Mortalidad	• SI • NO
		Tipos de histerectomía	• Subtotal • Total • Total con salpingo-ooforectomía bilateral • Radical.	• SI • NO

		Técnica Quirúrgica	• H. Abdominal simple • H. Abdominal + Anexectomía • H. Vaginal • H. Vaginal + Anexectomia • H. laparoscópica • Robótica	• SI • NO

7. Presupuesto y materiales

Materiales	Valor Estimado
Equipos Informáticos	$ 200
Suministros de Oficina	$ 100
Impresiones	$ 200
Transporte	$ 100
Imprevistos	$ 100
TOTAL	$ 700

Todo el proceso investigativo será financiado por el investigador.

8. Cronograma

CRONOGRAMA DE TRABAJO																																
Tiempo	**2015**				**2016**																											
Actividades	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
	1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Selección del tema																																
Revisión bibliográfica																																
Presentación tema																																
Presentación aprobación proyecto de tesis																																
Recolección de información																																
Análisis de resultados																																
Elaboración de informe																																
Presentación de informe																																

9. Bibliografía:

ACOG. (2015). La Histerectomía, 5.

Arias Arias, P. C., & Tenezaca Alao, D. A. (2012). *Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres*. UNIVERSIDAD DE CUENCA.

Barbosa, G., & Garnica, L. (2015). Trabajos Originales Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el hospital, *80*(6), 456–461.

Briceño, C., García, S., Jaimes, T., Carlos, J., & Briceño, S. L. (2009). Histerectomía obstétrica : análisis de 15 años, *69*(2), 89–96.

Clarke-Pearson, D. L., & Geller, E. J. (2013). Complicaciones de la histerectomía. *Ostretrics and Gynecology*, 1–28.

Dr. Ananya Mandal, D. E. M. (2014). Tipos de Hiterectomía.

Histerectomía. (n.d.).

Histerectomía _ Ethicon - Chile. (n.d.).

Indacochea, R. M. (2011). *Cuasas y complicaciones de histerectomia abdominal y vaginal: Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor Cuasas y complicaciones de histerectomia abdominal y vaginal: Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor. Universidad De Guayaquil*. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

Instrumentación quirúrgica_ Histerectomia Abdominal. (n.d.).

Mandal, A. (2014). Indicaciones de la cirugía plastica.

Mexico, & Salud, S. de. (2010). Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomia en el Segundo Nivel de Atencion.

Mogrovejo, L. K., Moreno, A. V., & Padilla, M. M. (2015). *Diagnóstico Clínico, Diagnóstico Por Ultrasonido Versus Diagnostico Anatomo Patológico De Pacientes Histerectomizadas En El Hospital Vicente Corral Moscoso, 2008-2013. Cuenca -*

Ecuador. Universidad De Cuenca. UNIVERSIDAD DE CUENCA.

Omeda, R. (2012). Extirpación del útero (histerectomía) - Onmeda. Retrieved from http://www.onmeda.es/exploracion_tratamiento/histerectomia.html

Ortega, R. (2011). Histerectomía Abdominal. *Servicio de Obstetricia Y Ginecología*, 1 – 19.

Ponce, D. R. S. (2014). La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales _ Sardiñas Ponce _ Revista Cubana de Cirugía. *2 de Mayo de 2014.* Retrieved from http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/198/104

Seminario, J. (2010). Laparoscopic hysterectomy. *Rev Per Ginecol Obstet*, *55*, 93–99. Retrieved from http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n2/pdf/A05V55N2.pdf\npapers://bfb735b2-7a9b-47f1-b986-223dfb0fe8c3/Paper/p6047

Tango, I. (2015). Histerectomía.

10. Anexos

ANEXO 1
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"HISTERECTOMÍA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA".

HC N°:
NOMBRE Y APELLIDO:
EDAD:

- >15- 25 años ( )
- 26 - 35 años ( )
- 36 - 45 años ( )
- 46 - 55 años ( )
- 56 – 65años ( )
- 66 – 75años ( )

INDICACIONES:

- Ginecológicas:
  - Fibromas uterinos ( )
  - Endometriosis ( )
  - Adenomiosis ( )
  - Miomatosis ( )
  - Períodos Pesados ( )
  - Prolapso del útero ( )
  - Hematómetra ( )
  - Mola Hidatiforme ( )
  - Hiperplasia Endometrial ( )
  - Enfermedad inflamatoria Pélvica (EPI) ( )
  - Hemorragia uterina anormal (HUA) ( )

- Obstétricas:
  - Hemorragia postparto
    - Atonía uterina ( )
    - Traumas/laceraciones ( )
    - Retención de productos y alteraciones de la coagulación ( )

  - Alteraciones de la placenta
    - Placenta ácreta (PA) ( )
    - Placenta íncreta ( )
    - Placenta pércreta ( )

COMPLICACIONES

- INMEDIATA

  - Hemorragia ( )
  - Lesión intestinal ( )
  - Lesión vesical ( )

- Lesión uréteres ( )
- Tromboembolismo pulmonar (TEP) ( )
- Infarto Miocardio ( )
- Reacción anafiláctica ( )
- Coagulación intravascular diseminada (CID) ( )

- MEDIATAS Y TARDIAS
  - Infección de herida Quirúrgica ( )
  - IVU ( )
  - Neumonía ( )
  - Absceso y/o Hematoma de muñón ( )
  - Dehiscencia ( )
  - Sepsis ( )
  - Absceso Pelviano ( )
  - Fístulas ( )
  - Hematoma de pared ( )
  - Reintervención ( )
  - Mortalidad ( )
- SIN COMPLICACIONES ( )

TIPO DE HISTERECTOMIA

- Subtotal ( )
- Total ( )
- Total con salpingo-ooforectomía bilateral ( )
- Radical ( )

TÉCNICA DE HISTERECTOMIA

- H. Abdominal simple ( )
- H. Abdominal + Anexectomía ( )
- H. Vaginal ( )
- H. Vaginal + Anexectomía ( )
- H. laparoscópica ( )