

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA

“CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA
ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO, CUENCA SEPTIEMBRE 2017 – DICIEMBRE 2018”.

AUTORA:

ERIKA TATIANA GUAZHIMA MOSCOSO

DIRECTORA:

DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR TORRES

ASESOR:

DR. GABRIEL ANÍBAL HUGO MERINO

CUENCA – ECUADOR

2019



CENTRO DE IDIOMAS

RESUMEN

Objetivo General: determinar las causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo septiembre 2017 – diciembre 2018.

Metodología: se realizó un estudio retrospectivo, analítico y transversal, con 140 historias clínicas, de pacientes mayores de 20 años, histerectomizadas por vía vaginal o abdominal, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, septiembre 2017 a diciembre 2018. Se emplearon tablas de frecuencias y porcentajes. Se evaluó la relación entre las complicaciones con tipo de histerectomía, las causas y comorbilidades mediante Odds ratio, IC95%, y el estadígrafo X².

Resultados: predominaron pacientes entre 41 y 60 años (60,7%), la mayor parte de histerectomías se realizaron por vía abdominal (77,9%), siendo la causa más común la miomatosis uterina (72,1%) seguida del prolapso de órganos pélvicos (21,4%). Hubo un 30,0% de pacientes con complicaciones, la más frecuente fue la prolongación del tiempo quirúrgico (14,3%). La presencia de complicaciones se asoció con la obesidad \rightarrow [(OR= 10,786; IC 95%: 3,11–37,32)] y con la vía abdominal como abordaje de la cirugía (32,1%) (OR: 1,622; IC 95%: 0,63-4,122), además en las histerectomías de causa obstétrica, se observa 4 veces más riesgo de presentar complicaciones posquirúrgicas [(OR = 4,279; IC 95%: 0,973-18,815)].

Conclusiones: la causa principal de la histerectomía es la Miomatosis uterina y la principal complicación observada el tiempo quirúrgico prolongado. La vía de abordaje abdominal fue la más utilizada.

PALABRAS CLAVE: HISTERECTOMÍA, VÍA DE ABORDAJE, COMPLICACIONES, LEIOMIOMATOSIS, COMORBILIDAD, HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, HISTERECTOMÍA VAGINAL.



CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

General Objective: to determine the causes and complications of abdominal and vaginal hysterectomy in the Vicente Corral Moscoso Hospital, during the period September 2017 - December 2018.

Methodology: It was carried out a retrospective, analytical and cross-sectional study, with 140 clinical histories of patients over 20 years old, who were hysterectomized vaginally or abdominally, at the Vicente Corral Moscoso Hospital, from September 2017 to December 2018. It was used frequency charts and percentages. It was evaluated the relationship between complications and the type of hysterectomy, causes and comorbidities, using Odds ratio, 95% CI, and the X^2 statistical test.

Results: patients between 41 and 60 years old (60.7%) predominated, the majority of hysterectomies were performed by abdominal choice (77.9%), being the most common cause uterine myoma (72.1%) followed by prolapse of pelvic organs (21.4%). There was a 30.0% of patients with complications, the most frequent was the prolongation of surgical time (14.3%). The presence of complications was associated with obesity - [(OR = 10.786, 95% CI: 3.11-37.32)] and with the abdominal choice as an approach to surgery (32.1%) (OR: 1.622; 95% CI: 0.63-4.122), in addition to hysterectomies of obstetric cause, there is a 4 times higher risk of postoperative complications [(OR = 4.279, 95% CI: 0.973-18.815)].

Conclusions: the main cause of hysterectomy is uterine myoma and the main complication observed is the long surgery time. The most used approach was abdominal.

KEYWORDS: *HYSTERECTOMY, CHOICE OF APPROACH, COMPLICATIONS, LEIOMYOMATOSIS, COMORBIDITY, ABDOMINAL HYSTERECTOMY, VAGINAL HYSTERECTOMY.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	7
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	8
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	9
CAPÍTULO I	12
1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II	15
2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	15
2.1 ANTECEDENTES.....	15
2.2 MARCO TEORICO.....	19
Concepto	19
Recuento anatómico.....	19
Tipos de histerectomía	20
Vías de abordaje	21
Indicaciones.....	21
Complicaciones	23
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	25
2.4 HIPÓTESIS.....	26
CAPÍTULO III	26
3. OBJETIVOS.....	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO IV.....	27
4. DISEÑO METODOLÓGICO	27

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	27
4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	28
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
4.4 MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	29
4.5 - PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS.....	30
4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	31
CAPITULO V.....	34
5. RESULTADOS	34
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	34
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
5.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
CAPÍTULO VI.....	53
6. DISCUSION.....	53
CAPÍTULO VII.....	58
7. CONCLUSIONES, RESCOMENDACIONES	58
7.1 CONCLUSIONES	58
7.2 RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	65
ANEXO N°1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
ANEXO N° 2. OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.....	67
ANEXO N° 3. OFICIO DE BIOÉTICA.....	68
ANEXO N° 4. OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN	69
ANEXO N° 5. INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO	70
ANEXO N°6. INFORME CENTRO DE IDIOMAS	71
ANEXO N° 7. RÚBRICA PRIMER PAR REVISOR.....	72
ANEXO N° 8. RÚBRICA PRIMER PAR REVISOR.....	73

ANEXO N° 9. RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA	74
ANEXO N° 10. INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN.....	75



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Erika Tatiana Guazhima Moscoso, portadora de la cédula de ciudadanía N°0106641046, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA SEPTIEMBRE 2017 – DICIEMBRE 2018" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de Julio del 2019

Erika Tatiana Guazhima Moscoso

CI: 0106641046



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Erika Tatiana Guazhima Moscoso, autora del trabajo de titulación "CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA SEPTIEMBRE 2017 - DICIEMBRE 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 22 de Julio del 2019

Erika Tatiana Guazhima Moscoso

CI: 0106641046



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo Erika Tatiana Guazhima Moscoso, con cédula de ciudadanía N° 0106641046, autora del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema titulación "CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA SEPTIEMBRE 2017 – DICIEMBRE 2018", mediante suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectarán permitirán conocer las causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Vicente Corral Moscoso, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 22 de Julio del 2019

Erika Tatiana Guazhima Moscoso

Ci: 0104703962

DEDICATORIA

*Este trabajo es dedicado a Dios, a
mis padres y hermanos, quienes
durante toda la carrera me brindaron
su apoyo incondicional*

AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a Dios por haberme
puesto en este camino y darme su
guía y fortaleza para recorrerlo.*

*A mis padres por apoyarme y ser mi
ejemplo de constancia y dedicación.*

*A mis hermanos por motivarme y
enseñarme a creer en mí.*

*A mi directora y asesor de tesis por
su tiempo, paciencia y compromiso
con mi trabajo.*

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La histerectomía en Ginecología es una de las cirugías más frecuentes, consiste en la extirpación quirúrgica del útero, realizada por vía abdominal, por medio de una incisión en la parte inferior del abdomen, o por vía vaginal, que representa una vía de abordaje menos invasiva. Puede realizarse una histerectomía parcial en la que solo extirpa el útero y se deja el cuello uterino intacto, y la histerectomía total donde se extirpa el útero y el cuello uterino, en ocasiones incluye la extirpación de uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio (1).

Independientemente de la causa, se estima que la histerectomía es practicada en las pacientes antes de los 65 años, como edad promedio. Dentro de las razones por las cuales una paciente puede requerir una histerectomía se encuentran la miomatosis uterina, el cáncer uterino, endometriosis grave, sangrado vaginal intenso, prolapso uterino, tumores y algunas patologías obstétricas, es así que las histerectomías de emergencia con frecuencia son realizadas por hemorragia posparto provocadas por atonía uterina o por patologías placentarias. (2,3).

La práctica de esta cirugía ha evolucionado, junto con el desarrollo de las técnicas de anestesia, la antibioticoterapia y la actualización de las técnicas quirúrgicas. De acuerdo con la clínica de la paciente y diagnóstico definitivo, se elige la vía de acceso, ya sea, abdominal o vaginal. Sin embargo, dos tercios de las histerectomías son realizadas mediante abordaje abdominal. (2)

Considerando que, la histerectomía en el área de Ginecología, es un procedimiento quirúrgico frecuente y de múltiple etiología, que representa un recurso importante, para brindar a la paciente una resolución definitiva a determinadas patologías y en el caso de la cirugía obstétrica de emergencia, para resolver situaciones que comprometen la vida de la paciente, es importante conocer la dimensión de las complicaciones que se derivan de esta cirugía y su relación con la vía de abordaje elegida, de tal manera que oriente al profesional Gineco-Obstetra en la toma de decisiones (3).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

La Histerectomía, es la extirpación quirúrgica del útero, representando una intervención que, en la actualidad, se indica casi exclusivamente, en aquellas circunstancias en las que el manejo clínico y conservador, no permite mantener la función reproductiva y la preservación del útero; esta intervención se considera una emergencia obstétrica, indicada para conservar la vida (2).

El procedimiento ginecológico más común practicado en los Estados Unidos, es la histerectomía, con cifras superiores a los 600,000 procedimientos al año. Casi 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas. Desde que se introdujo la histerectomía laparoscópica en 1989, el uso de esta vía mínimamente invasiva ha aumentado (4).

Entre las principales patologías ginecológicas que motivan la realización de histerectomía incluyen: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las mismas que son la causa del 80% de histerectomías practicadas. Además, dentro de las principales indicaciones para realizar la histerectomía obstétrica, se encuentra la hemorragia obstétrica por atonía uterina, las laceraciones del útero y los procesos infecciosos, pero sin duda es la hemorragia por atonía la principal indicación (5).

Con respecto a la histerectomía obstétrica, la evolución que ha presentado desde hace cinco décadas al día de hoy es variable, en estos años se ha incrementado de manera gradual a raíz de los casos de acretismo placentario (0,40/1000). Representa un procedimiento de urgencia para resolver una situación grave, con una importante morbilidad y mortalidad materna, que se realiza cuando todas las medidas conservadoras han fracasado en alcanzar la hemostasia durante una hemorragia obstétrica (6).

La Encuesta Global sobre Salud Materna y Perinatal, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que, el parto vaginal espontáneo, se asocia con un aumento en las complicaciones maternas, motivando la necesidad de histerectomía, son varias las complicaciones secundarias a histerectomía, entre las

que incluyen las infecciones, complicaciones tromboembólico venosas, cardíacas, digestivas, de lesión de vía urinaria o digestiva, hemorragias, neuropatías, dehiscencias, entre otras (7).

Múltiples son las variables que guardan relación con las complicaciones, entre ellas, el tipo de histerectomía realizada, la obesidad, mala exposición visual (anatomía distorsionada atribuible a endometriosis, adherencias, grandes masas), leiomiomas uterinos, habilidad del cirujano y su experiencia práctica, profilaxis farmacológica de la tromboembolia venosa, uso concomitante de aspirina y otros fármacos antiagregantes plaquetarios (8).

La frecuencia de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable, en promedio es de 10.5%; las más comunes incluyen celulitis de la cúpula vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sepsis y morbilidad febril, en ocasiones este tipo de procedimiento quirúrgico puede acarrear consecuencias físicas y de tipo psicológico, lo que puede alterar el funcionamiento sexual de estas mujeres (5).

En el ejercicio de la histerectomía abdominal se expone a las pacientes a complicaciones perioperatorias y posoperatorias, de manera que los cirujanos deben tenerlas en cuenta siempre durante su desempeño. Estos deben cumplir principios técnicos que eviten principalmente las complicaciones sépticas, puesto que se trata de una operación potencialmente contaminada (9).

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante todo, lo expuesto, presentamos la siguiente pregunta: ¿cuáles son las causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el período comprendido entre el 1ero de septiembre del 2017 y 31 de diciembre del 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La histerectomía representa un procedimiento quirúrgico, cuya prevalencia se ha incrementado en los últimos años, en base a esto, resulta significativo el estudio de las circunstancias patológicas que han causado este incremento, además de las complicaciones que de ella se derivan.

Es importante que el personal médico del Hospital Vicente Corral Moscoso conozca en cifras reales, la prevalencia de la histerectomía, las patologías que la provocan y sus complicaciones, en su lugar de trabajo, con el fin de que se aproximen, basados en la evidencia, a la idea de enfrentarse a una situación clínica que amerite la práctica de esta cirugía y a la posibilidad de manejar alguna de sus complicaciones.

Además, resulta relevante, identificar a la histerectomía obstétrica, como un factor asociado a la mortalidad materna, debido a que, la reducción de las tasas de mortalidad materna, representan actualmente una de las grandes prioridades de los sistemas de salud.

Los resultados de este estudio, estarán direccionados al enriquecimiento de las destrezas de los profesionales de la salud, frente a las diversas circunstancias que pueden culminar en una histerectomía de emergencia, o sobre aquellas entidades clínicas, que requieren programar dicha cirugía.

Conocer la relación entre la patología que provocó la realización de histerectomía, sus complicaciones y la vía de abordaje elegida, será una consideración realmente importante para el profesional Gineco-Obstetra, a la hora de planificar este procedimiento quirúrgico.

CAPÍTULO II

2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.1 ANTECEDENTES

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más frecuentes, pudiendo ser realizada por vía abdominal, vaginal y laparoscópica (10).

Entre los años 2011 y 2015 en Europa, Naveiro realizó un estudio en la Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, cuyo objetivo fue valorar las complicaciones de la histerectomía según la vía de abordaje, de un total de 1430 histerectomías, en el 54,6% (781 casos) se eligió la vía abdominal, mientras que la vía vaginal fue elegida en el 15,9% (422 casos) y 277(15,9%) casos se realizaron por vía laparoscópica, se observó que paciente sometidas a histerectomía abdominal presentaron estancia hospitalaria mayor, en comparación con pacientes sometidas a histerectomía vaginal (11).

Con respecto a la histerectomía obstétrica, la evolución que ha presentado desde hace cinco décadas al día de hoy es variable, con alta prevalencia en sus inicios (0,85/1000. Es un procedimiento de urgencia para resolver una situación grave, con una importante morbilidad y mortalidad materna, que se realiza cuando todas las medidas conservadoras han fracasado en alcanzar la hemostasia durante una hemorragia obstétrica por lo que es un procedimiento de salvamento, que no se debe retrasar ni dudar en realizar cuando se requiere (12).

Vilma Escot en Guatemala, en 2016, investigó la incidencia de histerectomía obstétrica, sus indicaciones y complicaciones, mediante un estudio de descriptivo y retrospectivo, en el Hospital Regional de Cobán, encontrando 159 pacientes sometidas a histerectomía obstétrica, concluyendo que la incidencia de histerectomía obstétrica en ese establecimiento de salud es de 4.46 casos por cada 1000 partos. La edad media fue de 30 años. La vía de finalización de la gestación fue el 81% abdominal y el 19% vaginal. La causa principal fue en el 41% por atonía uterina, seguido del 33% por ruptura uterina y el 18% por acretismo placentario. Las complicaciones fueron: Anemia en el 100% de pacientes, shock hipovolémico 14%, lesión vesical 8% y el 6% falleció. Como conclusión de este estudio se observó que, la atonía uterina es la principal causante de la histerectomía obstétrica uterina (13).

La histerectomía vaginal es segura para la paciente y está indicada en la mayoría de las pacientes con enfermedad benigna, principalmente en pacientes que tienen cicatrices abdominales por herniorrafias, obesidad mórbida y patologías cardiopulmonares, entre otras (14).

Márquez J, et al, en Cuba, realizó en 2014 un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 91 pacientes expuestas a histerectomía abdominal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Amalia Simoni" de Camagüey, el objetivo principal fue describir los resultados obtenidos con la práctica de la histerectomía abdominal, observando que el fibroma uterino fue la causa más frecuente de este proceder quirúrgico, no hubo complicaciones preoperatorias, reintervenciones ni mortalidad, además, la estadía posoperatoria promedio fue corta (15).

En 2014, Manríquez et al, en su estudio realizado en Chile, identificó las principales complicaciones de la histerectomía vaginal por causas benignas, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, tras analizar 379 histerectomías, se encontró que el promedio de edad de las pacientes fue 57 años y el promedio de paridad fue 3,2 hijos, 16 pacientes eran nuligestas, las complicaciones intraoperatorias fueron lesiones vasculares (1,2%) y vesicales (0,6%). También se presentaron cuatro abscesos de cúpula vaginal, representando el 1.2% de complicaciones infecciosas, mismas que han disminuido con el uso de profilaxis antibiótica (16).

La relación histerectomía vaginal vs histerectomía abdominal es de 1:3 o 1:4, valores que varían de acuerdo al sitio en el que se realiza y la experiencia de los cirujanos en procedimientos vaginales. Recientes reportes, en ese país, demuestran que la histerectomía abdominal se realiza en 66,1% de los casos, seguida por la vía vaginal y por último la laparoscópica con el 11,8% de los casos (16).

En Perú, la autora Irene Fernández, determinó los factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal, realizando un estudio observacional, en cual se revisaron 104 historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital San Bartolomé en el servicio de Ginecología y Obstetricia sometidas a histerectomía vaginal (17).

En este estudio se observaron complicaciones postoperatorias en el 56.7% de los casos. La principal complicación fue la anemia representando un 41.4% de los casos y la fiebre se presentó en el 4,8% de las pacientes operadas; como patología prequirúrgica más frecuente se encontró al prolapso genital G III, y el 23.1% tuvo dolor pélvico e hipertensión arterial como antecedente clínico de importancia (17).

Por su parte en Ecuador, en el año 2015, Gorozabel y Vera, en Portoviejo, Manabí, realizaron un estudio tipo descriptivo, transversal y prospectivo, en 66 pacientes del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, para identificar las principales complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal en relación a la histerectomía vaginal (18).

En este estudio se observó que en la histerectomía por vía abdominal el 65% de la población estudiada no presentó complicaciones, sin embargo, las que se presentaron fueron la anemia moderada, seguido del sangrado transvaginal; un 9% no presentaron complicaciones en la histerectomía vaginal, pero así mismo la principal complicación que se presentó fue la infección de la herida quirúrgica. La patología ginecológica que con más frecuencia llevó a la histerectomía abdominal fue la miomatosis uterina, mientras que por vía vaginal la patología causante de la misma fueron el prolapso vaginal en primer lugar y el cáncer de cuello (18).

Arízaga, en 2017, realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y trasversal para identificar el diagnóstico preoperatorio y las principales complicaciones de acuerdo al tipo y abordaje quirúrgico de histerectomía empleado en 48 pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja (19).

En este estudio se identificó que la histerectomía fue realizada con mayor frecuencia en las pacientes entre 36 a 45 años y las de 46 a 55 años que corresponden al 35.42% y 33.33% de la población. Fue la miomatosis uterina con un 66.7%, el diagnóstico preoperatorio más frecuente, las complicaciones identificadas fueron el 8.3%, de la población con hemorragia por histerectomía abdominal simple y lesión vesical observada en un 4.2% (19).

Arias y Tenezaca, en un estudio descriptivo, transversal realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2014, con el objetivo de determinar la prevalencia y las causas de histerectomía en el Hospital José Carrasco Arteaga, con una muestra de 218 pacientes en el periodo de un año, se obtuvo como resultado que la prevalencia de histerectomía fue del 5.36%, siendo la vía abdominal, la vía de abordaje más frecuente, con el 88,5%, del total de las histerectomías realizadas, además la edad media de presentación encontrada fue de 47,5 años y la causa más común de la realización de histerectomía, fue la miomatosis uterina, con un 55,96% (20).

2.2 MARCO TEORICO

Concepto

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero; el vocablo histerectomía proviene de las voces griegas: isteros (útero) y ectomia (extirpación); siendo las principales vías de abordaje, la vía abdominal, vaginal y laparoscópica. Es considerada como el procedimiento quirúrgico mayor, más frecuente en Ginecología, y aproximadamente el 90% de estas son realizadas por causas benignas (21, 22).

La indicación de realizar una histerectomía está sujeta a la experiencia del médico cirujano, de la naturaleza de la enfermedad, las características y la elección de la paciente (23).

Recuento anatómico

El útero no gestante se sitúa en la cavidad pélvica, entre la vejiga por delante y el recto por detrás. El eje mayor del útero forma hacia adelante un ángulo de 140 a 170 grados por lo que se dice que está en ligera anteflexión. Con respecto a la cavidad pélvica ocupa su centro y está un poco reclinado hacia adelante, por lo que se dice que está ligera anteversión. El útero está separado del pubis por la vejiga y la cavidad abdominal por delante y de la excavación sacra por el rectosigmoide y a veces por algunas asas iliales, por detrás (24).

Es un órgano de forma piriforme, ya que simula a una pera aplanada. Consta de dos partes mayores, pero no equivalentes, una porción triangular superior, el cuerpo; y una parte inferior, cilíndrica, el cuello, que se proyecta hacia la vagina (24).

- **Cuerpo:**

En la mujer sexualmente madura representa las dos terceras partes del volumen total del útero. Ocupa la porción superior del útero, esta cavidad comunica en su extremidad superior con las trompas y en su extremidad superior con las trompas y en su extremidad inferior, a través del istmo, con el cuello uterino (25)

Las trompas de Falopio, también llamadas oviductos, nacen en los cuernos del útero, en la unión de sus bordes superior y lateral. El fondo es el segmento convexo superior entre los puntos de inserción de las trompas de Falopio (26).

- **Cuello:**

Posee una porción supravaginal y otra intravaginal. La porción supravaginal tiene delante la vejiga y se halla descubierta del peritoneo, detrás la cubre el peritoneo y se relaciona con el recto por intermedio del fondo de saco de Douglas. A los lados de esta porción, la arteria uterina cruza delante del uréter, este cruce a unos dos centímetros del borde del cuello uterino. La porción intravaginal, se llama hocico de tenca, presenta en su vértice de orificio externo del cuello uterino. Se encuentra rodeado por la parte superior de la vagina (domo o cúpula vaginal) (27).

El istmo es aquella porción del útero entre el orificio cervical interno y la cavidad endometrial, de importancia obstétrica especial porque da origen al segmento uterino inferior durante el embarazo (28).

Casi toda la pared posterior del útero está cubierta por serosa, que corresponde al peritoneo visceral. La porción inferior de ese peritoneo forma el límite anterior del fondo de saco rectouterino o de Douglas (29).

Tipos de histerectomía

Los tipos principales de histerectomía incluyen (30):

- Histerectomía Total: La histerectomía total significa la extracción del útero y cérvix.
- Histerectomía del Subtotal: Esta cirugía implica el retiro del cuerpo principal de la matriz, pero no se extirpa el cérvix; se puede realizar por vía abdominal o laparoscópica
- Histerectomía Total con la salpingo-ooforectomía bilateral: En este procedimiento, se quitan la matriz, la cerviz, los tubos de Falopio y los ovarios.

- Histerectomía Radical: Esta cirugía implica extraer el útero, el cérvix y parte de la vagina; también se extraen los ovarios, las trompas de Falopio, así como los ganglios linfáticos cercanos (31).

Vías de abordaje

Existen tres principales vías de abordaje de la histerectomía: la histerectomía abdominal, la histerectomía vaginal y la histerectomía laparoscópica (31):

- Vía vaginal

Es el abordaje menos invasivo y la que se asocia con menor tiempo hasta la recuperación, menores complicaciones, menores costos y mejor resultado estético, por tal motivo, se recomienda como la ruta preferida para las condiciones benignas

Se usó originalmente solo para prolapso uterino y posteriormente para patología uterina benigna, como por ejemplo el sangrado uterino disfuncional, cuando el útero tiene un tamaño normal (32).

- Vía abdominal

Ha sido tradicionalmente el abordaje quirúrgico cuando existe un útero agrandado que no es posible extraer por otra vía (33).

- Vía laparoscópica

Los beneficios de la histerectomía laparoscópica son: mejor abordaje con incisiones menores, una pérdida de sangre intraoperatoria inferior y una reducción en la caída del nivel de hemoglobina, reducción de la estancia hospitalaria, reincorporación más rápida a las actividades diarias, menos infecciones de heridas o de la pared abdominal, menor agresión inmunológica, menor incidencia de hernias, al precio de un mayor tiempo quirúrgico y más lesiones de las vías urinarias (vejiga o uréter) (32).

Indicaciones

El útero o matriz es el órgano de generación femenino, estimulado diariamente por hormonas y todos los meses pierde el endometrio y es invadido a veces por fetos, experimenta diversos trastornos, entre los cuales figuran: desequilibrios endócrinos y complicaciones de la gestación o del parto; también se presentan producto del

desarrollo de proliferaciones neoplásicas. Casi 90% de las hysterectomías se realiza por indicaciones benignas (32,33).

Las principales indicaciones de hysterectomía son (34):

- La hemorragia uterina disfuncional.
- La adenomiosis.
- Los miomas uterinos.
- La endometriosis e hiperplasia endometrial
- Prolapso de los órganos pélvicos.
- Cáncer ginecológico

Actualmente, se indica el procedimiento en casos de (34):

a) *Patología maligna*: Cáncer de vagina, cáncer de cuello uterino, cáncer del cuerpo uterino, cáncer de ovario y trompa, cáncer de colon progresado a útero.

b) *Patología benigna*: Leiomiomas uterinos, endometriosis, sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico, dolor pélvico crónico, sepsis refractaria al tratamiento médico, prolapso genital, patología ovárica, patología endometrial preneoplásica.

c) *Patología obstétrica*: placenta acreta, hemorragia incoercible postparto, sepsis con foco uterino postparto.

Cada cirujano tiene sus propias indicaciones para elegir el abordaje de la hysterectomía, tomando en cuentas ventajas y desventajas de cada y una (34).

Las principales indicaciones de la vía vaginal son: prolapso uterino, miomatosis y adenomiosis, de acuerdo al tamaño.

Algunas condiciones que sugieren la realización de hysterectomía vaginal son: las cicatrices de herniorrafias, la obesidad mórbida, la cicatrización queloide y la sospecha de alto riesgo de complicaciones en la cirugía por vía abdominal (16).

Varios autores refieren las siguientes características como posibles contraindicaciones para la hysterectomía vaginal: útero de tamaño mayor a un embarazo de 12 semanas o mayor de 300 cc (mayor importancia el volumen que

el tamaño), nuliparidad, cesárea previa, vagina estrecha, ángulo subpúbico menor de 90 grados, útero fijo (35).

La principal indicación de la histerectomía abdominal es el fibroma uterino, fibroleiomioma o leiomioma uterino y en general histerectomías de causa obstétrica. Dentro de las ventajas de la histerectomía por vía abdominal figura la posibilidad de revisar la cavidad abdominal, además ofrece un mejor dominio del campo operatorio y se pueden realizar a la vez otras operaciones sobre órganos abdominales, en casos necesarios (35).

Diversos estudios, han demostrado las ventajas de la histerectomía vaginal, sobre la histerectomía abdominal, dentro de las que se destacan ser más segura, económica, de menor morbilidad y mejor tolerancia por parte de las pacientes con alto riesgo quirúrgico o de mayor edad (34).

Complicaciones

Los riesgos asociados con una histerectomía abdominal incluyen (36):

- Infecciones

La frecuencia de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable, en promedio es de 10.5%; las más comunes incluyen celulitis de la cúpula vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sepsis y morbilidad febril (36):

- Trombosis venosa profunda y tromboembolia

La incidencia de la trombosis venosa profunda (TVP) entre las pacientes sometidas a cirugía ginecológica mayor, en pacientes que no han recibido profilaxis, es del 7 al 40%. El tromboembolismo venoso es una causa importante de morbimortalidad después de un procedimiento quirúrgico (23).

- Incontinencia urinaria

La histerectomía por cualquier vía de abordaje causa disfunción del tracto urinario, destacando principalmente la incontinencia urinaria de urgencia, de esfuerzo o ambas. Además, puede existir daño a las vías urinarias, la vejiga, el recto u otras estructuras pélvicas durante la cirugía, lo que puede requerir reparaciones quirúrgicas adicionales (23).

- **Neuropatía**

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 (5).

La lesión del nervio femoral está asociada a la realización de histerectomía abdominal o laparoscópica. El mecanismo más frecuente es la lesión por compresión directa con valvas u otros instrumentos; este nervio en la cirugía pélvica es difícilmente visible en el campo quirúrgico. En este caso, la histerectomía abdominal requería el uso de valvas y las exploraciones neurofisiológicas determinan que el origen de la neuropatía estaba en el psoas, que es un sitio típico de lesión en este tipo de cirugías de la pelvis (5).

- **Prolapso de la cúpula vaginal**

La evisceración vaginal representa una complicación inusual tras histerectomía. En una serie de casos de Ramírez y Klemer se objetivó que ocurre con mayor frecuencia tras histerectomía vaginal (63%) seguida de la vía abdominal (32%) y laparoscópica (5%) (36).

- **Hemorragia o sangrado excesivo**

No se han descrito de forma de forma clara, los sitios más comunes de sangrado tras la histerectomía. La pelvis tiene un rico suministro sanguíneo, derivado principalmente de las arterias ilíacas interna y externa. El aporte de sangre arterial proviene de la arteria mesentérica inferior y de las arterias ováricas. El drenaje venoso de la pelvis es aún más complejo, con una red de venas colaterales que drenan a través de las venas iliaca externa, iliaca interna, mesentérica inferior y las venas ováricas (36).

Es probable que la mayoría de las hemorragias intraoperatorias significativas provengan de lesiones a estas venas pélvicas y para evitarlas, por lo cual, es importante conocer la anatomía vascular de la pelvis y su relación con otros órganos (uréter, vejiga, recto) para evitar complicaciones hemorrágicas (36).

Otras complicaciones derivadas de la histerectomía son las reacciones adversas a la anestesia, riesgo de cáncer comienzo más temprano de la menopausia, incluso si no se extirpan los ovarios (21).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Histerectomía: Es la extracción del útero o matriz, por medio de una intervención quirúrgica. Con imposibilidad absoluta de residir el ovocito o huevo fecundado (37).

Histerectomía vaginal: Es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero a través de la vagina, previamente, separado de los ovarios, las trompas de Falopio y de la vagina superior, así como de los vasos sanguíneos y del tejido conectivo que lo sostienen (38).

Histerectomía abdominal: Es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen (39).

Leiomioma: Tumor benigno procedente del tejido muscular liso del útero, llamado también tumor fibroide. Raramente aparecen fuera del útero y del tracto gastrointestinal, pero pueden desarrollarse en la piel y en el tejido subcutáneo, originándose en estos tejidos probablemente a partir del músculo liso de los vasos sanguíneos pequeños (37).

Miomatosis uterina: Estado en el que se encuentran numerosos leiomiomas en todo el cuerpo (37).

Complicaciones: Usado con enfermedades para indicar afecciones que coexisten o suceden a otra, es decir, enfermedades coexistentes, complicaciones o secuelas

Comorbilidad: Presencia de patologías coexistentes en relación con la enfermedad inicial o con relación a la patología que es motivo de estudio. (40).

Paridad: Cantidad de progenie que ha tenido una hembra. Se diferencia de gravidad que se refiere al número de embarazos independientemente del resultado de los mismos.

Prolapso de órganos pélvicos: Descenso total o parcial de algunos o todos los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto (41).

2.4 HIPÓTESIS

En el Hospital Vicente Corral Moscoso, la causa más común de realización de histerectomía abdominal y vaginal es la miomatosis uterina, y la complicación más frecuente es la infección de sitio quirúrgico; la vía abdominal es la vía de abordaje más empleada.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo septiembre 2017 – diciembre 2018

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la muestra de estudio en base a variables sociodemográficas obstétricas y sus comorbilidades.
2. Establecer la frecuencia del tipo de histerectomía según la vía de abordaje (abdominal o vaginal).
3. Identificar la vía de abordaje empleada según las causas.
4. Relacionar las variables comorbilidades, causas de histerectomía y vía de abordaje con la aparición de complicaciones.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, que se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas incluidas en la muestra de estudio.

4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.

Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio fue constituido por las todas pacientes de 20 o más, que fueron atendidas en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo septiembre 2017 – diciembre 2018.

4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Epiinfo versión 7.2, considerando como porcentaje estimado de prevalencia de histerectomía el 5%, un nivel de confianza del 95%, para el cual corresponde un error de estimación del 0.05%.

Después de realizar el cálculo se obtuvo una muestra de 77 pacientes, se estima además el 10% de pérdidas por lo que se suma 7.7 historias clínicas, quedando con una muestra final de 85 historias clínicas, sin embargo, por el tamaño reducido de la muestra se trabajó con una muestra tipo censal, con la totalidad de las pacientes de mayores de 20 años, intervenidas quirúrgicamente por histerectomía vaginal o abdominal, en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período escogido, que cumplan los criterios de inclusión.

4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.

4.1.5.1 Población

La población la constituyeron las 6407 pacientes mayores de 20 años, intervenidas quirúrgicamente por histerectomía vaginal o abdominal, en la Unidad de

Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, de septiembre 2017 a diciembre 2018.

4.1.5.2 Muestra

Se tomaron 140 historias clínicas de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

4.1.5.3 Muestreo

No se realizó muestreo por trabajar con la totalidad de la población.

4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Historias clínicas de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por histerectomía vaginal o abdominal, en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo septiembre 2017 a diciembre 2018.

4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se trata de una investigación analítica de causas y complicaciones de un proceder quirúrgico, basada en un estudio retrospectivo, de corte transversal.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes mayores de 20 años, a las que se les realizó histerectomía abdominal o vaginal, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo septiembre 2017 - diciembre 2018.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas de Pacientes que llegaron referidas de otra casa de salud, en el posoperatorio.
- Historias clínicas que estén incompletas e ilegibles al momento de la toma de datos.

4.4 MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El método empleado fue la Revisión documental.

4.4.2 TÉCNICA.

Se realizó la revisión de las historias clínicas de pacientes intervenidas por histerectomía abdominal o vaginal, en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, de septiembre de 2017 a diciembre de 2018. Las Historias clínicas se solicitaron de los registros de estadística para la obtención de datos los que se recolectaron en un Formulario para la recolección de datos (Anexo 1), elaborado por la autora de esta investigación.

4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Autorización: Una vez que el protocolo de investigación fue aprobado por el comité de investigación y el comité de ética de la Universidad Católica de Cuenca, se procedió a determinar las unidades de observación de acuerdo a los criterios definidos en la asignación. Todo esto se realizó con previa autorización al director del Hospital Vicente Corral Moscoso, se anexa solicitud de autorización (Anexo 2).

Capacitación: Previo a la recolección de la información se realizó la capacitación necesaria, mediante revisión bibliográfica y consulta a expertos para un manejo de las historias clínicas y los formularios, con el fin de realizar un reconocimiento adecuado de los datos necesarios para la investigación, además de la consulta a tutor y asesor.

Supervisión: Realizada por la directora de tesis: Dra. Zoila Katherine Salazar Torres y el asesor Dr. Gabriel Aníbal Hugo Merino.

Instrumento: Formulario de recolección de datos, que incluye la información recogida obtenida de las historias clínicas revisadas (Anexo 1).

Los datos recogidos en el formulario se traspolaron a una base de datos diseñada en el programa IBM SPSS Statistics versión 15.0.

4.4.3.1 TABLAS

Las tablas son simples y de doble entrada, que incluyeron las variables analizadas y las relaciones entre el tipo de histerectomía con las causas y complicaciones.

4.4.3.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v15.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se emplearon variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas.

Para medir la relación entre las causas con el tipo de histerectomía se empleó el estadígrafo Chi cuadrado (X^2) y para la vinculación de las complicaciones, comorbilidades y la vía de abordaje de la histerectomía, se utilizó Odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% y el estadígrafo Chi cuadrado (X^2): Para esto se aceptó un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. El resultado del OR puede interpretarse de la forma siguiente:

- Mayor a la unidad se interpreta como que hay riesgo
- Menor a la unidad se interpreta como factor protector.
- Igual a la unidad no hay riesgo.

4.5 - PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Se consideraron los tratados de Helsinki para investigaciones o estudios con seres humanos; además se contó con la aprobación del comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

Riesgo: Basados en el análisis de las variables de estudio, podemos plantear que la presente investigación no representa riesgo alguno para las pacientes elegidas en la muestra de estudio. La obtención de información de las historias clínicas, mediante el formulario de recolección de datos, tuvo únicamente una finalidad investigativa, para alcanzar el cumplimiento de los objetivos del estudio. No se realizó intervención alguna en las pacientes estudiadas que pudiera causar perjuicio a las mismas.

Privacidad: La información obtenida, fue manejada con absoluta confidencialidad, de manera anónima, sin hacer públicos los datos personales de las pacientes que participan en el estudio, empleando únicamente una codificación para identificar las variables de las pacientes.

Autonomía: La autorización para el desarrollo del estudio, por parte de la dirección de docencia y el director general del hospital, se realizó mediante la presentación de una solicitud formal, la cual fue aceptada, de manera libre, voluntaria y autónoma, sin ser expuestos a ninguna, condición para la emisión de la misma.

4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variables independientes: Edad, Nivel de Instrucción, Estado Civil, Ocupación, Residencia, Comorbilidades, Paridad, Cesáreas, Abortos, Diagnóstico preoperatorio, Histerectomía.

Variables dependientes: Tipo de histerectomía, Complicaciones.

4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo (años) transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento del estudio.	Tiempo	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20 - 30 años 2. 31 – 40 años 3. 41 - 60 años 4. >61 años 	Ordinal
Ocupación	Oficio o profesión de una persona, independiente del sector en donde labore o el nivel de instrucción alcanzada.	Labor que realiza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Comerciante 3. Profesional 4. Otras 	Nominal Policotómica
Residencia	Lugar en el que vive habitual y actualmente la persona en estudio.	Zona o lugar en el que habita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rural 2. Urbana 	Nominal Dicotómica
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos	Unión civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión de hecho 6. Unión Libre 	Nominal Policotómica

	y obligaciones de las personas.			
Nivel de Instrucción	Grado de estudios alcanzado por la paciente hasta el momento de la histerectomía.	Nivel de escolaridad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Nivel básico y elemental 3. Bachillerato 4. Superior 5. Ninguno 	Ordinal
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.	Número de partos vaginales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nulípara 2. Primípara 3. Múltipara (2-5) Gran múltipara (>6) 	Nominal Policotómica
Cesáreas	Cantidad de procedimientos quirúrgicos realizados para extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina.	Número de cesáreas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. 1 3. 2-3 >3 	Ordinal
Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno. (>22 Semanas)	- Completo Incompleto	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI NO 	Nominal Dicotómica
Comorbilidades	Hace referencia a la presencia de enfermedades adicionales al trastorno primario.	Enfermedades previas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 2. Hipertensión <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 3. Obesidad <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 4. Cáncer <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 5. Dislipidemia <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 6. Anemia <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 7. Otros <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 	Nominal Policotómica
Diagnóstico preoperatorio	Patología ginecológica u obstétrica, que motivó la extirpación de útero.	Diagnóstico de parte preoperatorio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miomatosis. <ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 2. Prolapso de órganos pélvico. <ul style="list-style-type: none"> - SI 	Nominal Policotómica

			<ul style="list-style-type: none"> - NO 3. Endometriosis - SI - NO 4. Ca ginecológico. - SI - NO 5. Causa Obstétrica. - SI - NO 6. Otros 	
Tipo de histerectomía	Extirpación total o parcial del útero.	Cirugía realizada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total 2. Subtotal 3. Radical 	Nominal Policotómica
Vía de abordaje de la histerectomía	Sitio por el cual se realiza la extracción quirúrgica del útero.	Técnica quirúrgica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaginal 2. Abdominal 	Nominal Dicotómica
Complicaciones	Alteraciones provocadas de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada.	Situación adversa de la histerectomía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangrado con compromiso hemodinámico - SI - NO 2. Infección - SI - NO 3. Prolapso de cúpula vaginal - SI - NO 4. Trombosis - SI - NO 5. Tiempo Quirúrgico prolongado. - SI - NO 6. Otros. - SI - NO 	Nominal

CAPITULO V.

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La presente investigación se realizó empleando las 140 historias clínicas de las pacientes, que fueron sido intervenidas quirúrgicamente de histerectomía, en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el septiembre 2017 - diciembre 2018. Fueron llenados los formularios recopilando la información imprescindible para realizar esta investigación.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población en estudio fueron las historias clínicas de 140 mujeres de 20 años o más, que fueron intervenidas de histerectomía en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, septiembre 2017 - diciembre 2018, que difieren en edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupaciones y zonas de residencia, además de características obstétricas y clínicas que varían según la paciente. Datos que fueron recogidos en los 140 formularios y traspolados a una base de datos en IBM SPSS Statistics versión 15.0

5.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA No 1.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
EDAD (años)	20 a 30	3	2,1
	31 a 40	33	23,6
	41 a 60	85	60,7
	60 a 85	19	13,6
RESIDENCIA	Urbana	38	27,1
	Rural	102	72,9
ESTADO CIVIL	Casada	102	72,9
	Soltera	13	9,3
	Divorciada	14	10,0
	Unión libre	10	7,1
	Viuda	1	0,7
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	27	19,3
	Primaria completa	33	23,6
	Secundaria incompleta	43	30,7
	Secundaria completa	20	14,3
	Superior	17	12,1
OCUPACIÓN	Ama de casa	82	58,6
	Comerciante	26	18,6
	Profesional	14	10,0
	Costurera	9	6,4
	Agricultora	8	5,7
	Otra	1	0,7
TOTALES		140	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN:

Dentro de la caracterización de la muestra estudiada, se observó que, la mayoría de las mujeres histerectomizadas tenían entre 41 y 60 años (60,7%), el 23,6% tenía entre 31 y 40 años y el 13,6% tenía más de 60 años.

Las pacientes residen generalmente en zonas rurales (72,9%). La mayor proporción son casadas (72,9%). El nivel de instrucción más común es la Secundaria incompleta (30,7%), seguido de un 23,6% que completó la primaria. La ocupación predominante es Ama de casa (58,6%), seguida de las comerciantes (18,6%) y un 10% son profesionales.

TABLA No 2.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS VARIABLES
OBSTÉTRICAS (PARIDAD, PARTOS VAGINALES, CESÁREAS, ABORTOS Y
ÓBITOS)

VARIABLES OBSTÉTRICAS		N	%
PARIDAD	Nulípara	6	4,3
	Primípara	5	3,6
	Múltipara (2-5)	99	70,7
	Gran Múltipara (≥ 6)	30	21,4
CESÁREAS	Ninguna	87	62,1
	1	29	20,7
	2 a 3	23	16,4
	Más de 3	1	0,7
ABORTOS	SI	30	21,4
	NO	110	79,6
ÓBITOS	SI	3	2,1
	NO	137	97,9
TOTALES		140	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres estudiadas eran múltiparas (70,7%) o Gran Múltiparas (21,4%). El 62,1% nunca han tenido cesáreas, una cesárea el 20,7%, y de 2-3 cesáreas el 16,4%. El 21,4% de las pacientes han presentado abortos y óbito fetal solo 3 casos (2,1%).

TABLA 3.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS COMORBILIDADES

COMORBILIDADES	N	%
Anemia	71	50,7
Hipertensión arterial	40	28,6
Obesidad	38	27,1
Dislipidemias	12	8,6
Diabetes mellitus	11	7,9
Cáncer	3	2,1
Otras	18	12,9
TOTALES	140	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN:

En relación con las comorbilidades, la más común entre las pacientes histerectomizadas fue la Anemia con un 50,7%, seguida de la Hipertensión arterial que representa el 28,6% y la Obesidad, presente en el 27,1% de los casos.

TABLA 4.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE DE LA
HISTERECTOMÍA.

HISTERECTOMÍA SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE	N	%
ABDOMINAL	109	77,9
VAGINAL	31	22,1
TOTALES	140	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN:

En todos los casos la histerectomía practicada fue total, siendo la vía Abdominal, la más empleada representando el 77,9% de los casos; mientras que el 22,1% restante se realizó por vía Vaginal.

TABLA 5.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS CAUSAS

CAUSAS	SI (%)	NO (%)	N (%)
Miomatosis uterina	101 (72,1)	39 (27,9)	140 (100)
Prolapso de órganos pélvicos	30 (21,4)	110 (78,6)	140 (100)
Endometriosis	5 (3,4)	135 (96,4)	140 (100)
Cáncer Ginecológico	5 (3,4)	135 (96,4)	140 (100)
Causa Obstétrica	8 (5,4)	132 (94,3)	140 (100)
TOTALES			140 (100)

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

La causa más común de realización de histerectomía fue la Miomatosis uterina con un 72.1% (101 casos); seguida del prolapso de órganos pélvicos que representa el 21,4% (30 casos), aunque en algunas pacientes lo que provocó la intervención quirúrgica tuvo un origen multicausal.

TABLA No 6.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LA PRESENCIA O NO DE
COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS.

COMPLICACIONES	N (%)
SI	42 (30,0)
NO	98 (70,0)
TOTALES	140 (100)

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN

Del total de la población estudiada el 30% de pacientes presentó alguna complicación posquirúrgica.

TABLA No 7.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN CADA UNA DE LAS
COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS PRESENTADAS.

COMPLICACIONES	SI (%)	NO (%)	%
Sangrado con compromiso hemodinámico	8 (5,7)	132 (94,3)	140 (100)
Infección de sitio quirúrgico	14 (10,0)	126 (90,0)	100
Trombosis	6 (4,3)	134 (95,7)	100
Prolongación de tiempo quirúrgico	20 (14,3)	120 (85,7)	100
Otras complicaciones	13 (9,3)	127 (90,7)	100
TOTALES			100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN

Se observó que el tiempo quirúrgico prolongado fue la complicación más común siendo 14,3% (20 casos) de todos los casos, seguido por la infección de sitio quirúrgico con el 10% (14 casos), ciertas pacientes presentaron dos o más complicaciones.

TABLA No 8.
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE ACUERDO CON LAS CAUSAS DE LA
HISTERECTOMÍA Y LA VÍA DE ABORDAJE UTILIZADA.

CAUSAS	TIPO DE HISTERECTOMÍA			Estadígrafo
	ABDOMINAL	VAGINAL	TOTAL	
MIOMATOSIS	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	100 (99,0)	1 (1,0)	101 (100)	$\chi^2= 94,099$ $p < 0,001$
NO	9 (23,1)	30 (76,9)	39 (100)	
PROLAPSO				
SI	4 (13,3)	26 (86,7)	36 (100)	$\chi^2= 92,207$ $p < 0,001$
NO	105 (95,5)	5 (4,5)	110 (100)	
ENDOMETRIOSIS				
SI	5 (100)	0 (0)	5 (100)	$\chi^2= 1,475$ $p= 0,225$
NO	104 (91,0)	31 (9,0)	135 (100)	
CÁNCER GINEC.				
SI	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (100)	$\chi^2= 10,068$ $p= 0,002$
NO	108 (80,0)	27 (20,0)	135 (100)	
CAUSA OBSTÉTRICA				
SI	7 (6,4)	1 (3,22)	8 (100)	$\chi^2= 0,458$ $p= 0,499$
NO	102 (93,6)	30 (96,8)	132 (100)	
TOTALES	109 (77,9)		140 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN:

La elección de la vía de abordaje de la histerectomía de acuerdo a las causas (diagnóstico preoperatorio) que la provocaron mostró que, en las pacientes con Miomatosis uterina, la vía de abordaje elegida fue la vía abdominal en el 99% de los casos, en cuanto al prolapso de órganos pélvicos, la vía de elección fue la vía vaginal representando el 86,7% en este caso; teniendo en cuenta que en varias pacientes presentaban como diagnóstico preoperatorio tanto miomatosis uterina como prolapso de órganos pélvicos, en estos casos se prefirió la vía abdominal.

Para el resto de los diagnósticos preoperatorios fueron apenas 4 o 5 casos de cada uno, constatándose que todas las histerectomías de causa obstétrica y para tratar endometriosis, fueron realizadas por vía abdominal en el 100% de los casos. En relación al cáncer ginecológico, el 80% de las histerectomías fueron realizadas por vía vaginal.

Del total de histerectomías realizadas, independientemente de la causa, 109 (77,9%) fueron realizadas por vía abdominal y 31 (22,1) se realizaron por vía vaginal.

TABLA No 9.

RELACIÓN ENTRE LAS CAUSAS DE HISTERECTOMÍA Y LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES

CAUSAS	COMPLICACIONES			Estadígrafo
	SI	NO	TOTAL	
MIOMATOSIS	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	29 (28,7)	72 (71,3)	101 (72,1)	OR= 0,806 IC 95%: 0,364– 1,781 p= 0,593
NO	13 (33,3)	26 (66,7)	39 (27,9)	
PROLAPSO DE ÓRGANOS PELV.				
SI	7 (43,3)	23 (56,7)	30 (21,4)	OR= 0,357 IC 95%: 0,156– 0,815 p= 0,369
NO	35 (68,2)	75 (31,8)	110 (78,6)	
ENDOMETRIOSIS				
SI	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (3,6)	OR = 1,583 IC 95%: 0,255 – 9,840 p= 0,619
NO	40 (29,6)	95 (70,4)	135 (96,4)	
CÁNCER GINEC.				
SI	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (3,6)	OR = 1,583 IC 95%: 0,255 – 9,840 p= 0,619
NO	40 (29,6)	95 (70,4)	135 (96,4)	
CAUSA OBSTÉTRICA				
SI	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (5,7)	OR = 4,279 IC 95%: 0,973-18,815 p= 0,039
NO	37 (28,0)	95 (72,0)	132 (94,3)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN

La miomatosis uterina resultó la causa más común de realización de histerectomía, de estas pacientes con miomatosis el 28,7% presentó complicaciones, sin embargo, no se establece un riesgo entre estas dos variables.

Las pacientes con prolapso de órganos pélvicos presentaron complicaciones posquirúrgicas en el 43,3% de los casos, mientras que el 56,7% no se complicaron. La asociación que se establece entre estas dos variables indica que es menor la probabilidad de presentar complicaciones poshisterectomía en pacientes con prolapso de órganos pélvicos (OR= 0,357; IC 95%: 0,156–0,815), a pesar de que, esta asociación carece de significancia estadística ($p>0,05$).

En el caso de la endometriosis y el cáncer ginecológico, se observa una probabilidad de 1,5 (OR=1,583; IC 95%: 0,255 – 9,840) veces mayor de presentar complicaciones posquirúrgicas, al ser pocos los casos con estos diagnósticos preoperatorios, no se registra relevancia estadística en estas relaciones ($p>0,05$).

Por su parte, en las histerectomías de causa obstétrica, se observa 4 veces más riesgo de presentar complicaciones posquirúrgicas (OR = 4,279; IC 95%: 0,973-18,815), siendo esta relación estadísticamente significativa ($p<0,05$).

TABLA No 10.

**RELACIÓN ENTRE COMORBILIDADES Y LA APARICIÓN DE
COMPLICACIONES POSHISTERECTOMÍA.**

COMORBILIDAD	COMPLICACIONES			Estadígrafo
	SI	NO	TOTAL	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	13 (32,5)	27 (67,5)	40 (40)	OR= 1,179 IC 95%: 0,553 – 2,59 p= 0,683
NO	29 (29,0)	71 (71,0)	100 (100)	
OBESIDAD				
SI	23 (60,5)	15 (39,5)	38 (27,1)	OR= 6,698 IC 95%: 2,952 – 15,20 p< 0,001
NO	19 (18,6)	83 (81,4)	102 (72,9)	
DIABETES				
SI	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (7,9)	OR = 1,36 IC 95%: 0,378 – 4,949 p= 0,631
NO	38 (29,5)	91 (70,5)	129 (92,1)	
DISLIPIDEMIA				
SI	3 (25,0)	9 (75,0)	12 (8,6)	OR = 0,761 IC 95%: 0,195 – 2,963 p= 0,693
NO	39 (30,5)	89 (69,5)	135 (69,4)	
ANEMIA				
SI	26 (36,6)	45 (63,4)	71 (50,7)	OR = 1,914 IC 95%: 0,914-4,006 p= 0,083
NO	16 (23,2)	53 (76,8)	69 (49,3)	
CÁNCER				
SI	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (2,1)	OR = 1,171 IC 95%: 0,103-13,27 p= 0,899
NO	41 (29,9)	96 (70,0)	137 (97,9)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN

Del total de las pacientes con hipertensión arterial el 32,5% presentaron complicaciones posoperatorias, estimándose un riesgo de 1,1 veces mayor (OR= 1,138, IC 95%: 0.53 – 2,44) de sufrir complicaciones poshisterectomía en las pacientes hipertensas, que, en las pacientes sin hipertensión, sin llegar a ser, esta relación estadísticamente significativa ($p>0,05$).

En relación con la obesidad, el 60,5% de las pacientes obesas, presentaron complicaciones posquirúrgicas, mientras que de las pacientes sin obesidad el 18,6% se complicaron. Así, el riesgo de presentar complicaciones es de 6 veces mayor (OR= 6,698, IC 95%: 2,952 – 15,20) en las pacientes con obesidad, en comparación con las pacientes sin esta comorbilidad, teniendo esta relación significancia estadística ($p<0,05$).

Del total de pacientes con diabetes, el 36,4% (4 casos) se complicaron luego de la cirugía y el 63,6% (7 casos) no se complicaron. Así, las pacientes con diabetes tienen 1.3 veces más probabilidad de presentar complicaciones poshisterectomía que las pacientes no diabéticas (OR = 1,36; IC 95%: 0,378 – 4,949), sin que esta relación tenga significancia estadística ($p>0,05$).

De las pacientes que presentaron dislipidemia tan solo 3 pacientes se complicaron (25,0%) y 9 (75,0%) no se complicaron. De esta manera, no se establece riesgo de complicaciones posquirúrgicas en las pacientes con dislipidemia.

En la población estudiada, 71 pacientes presentaron anemia de éstas, el 36,6% presentaron alguna complicación posquirúrgica y el 63,4% no se complicaron. Se observa un riesgo de 1.9 veces mayor de presentar complicaciones poshisterectomía en las pacientes con anemia, comparado con las pacientes sin anemia. Tan solo 3 de las pacientes estudiadas presentaron algún tipo de cáncer, de éstas 2 se complicaron luego de la cirugía. Existiendo 1,18 veces mayor probabilidad de presentar complicaciones poshisterectomía en las pacientes con cáncer que en las pacientes sin esta comorbilidad, careciendo de significancia estadística.

TABLA No. 8

RELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE COMORBILIDADES Y LAS APARICIÓN DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS

COMORBILIDADES		COMPLICACIONES								TOTAL
		SANGR. CON COMPR. HEMOD		INFECCIÓN		TROMBOSIS		PROL. TIEMPO.		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
OBESIDAD	SI	2 (5,3%)	36 (94,7%)	9 (23,7%)	29 (76,3%)	3 (7,9 %)	35 (92,1%)	14 (36,8%)	24 (63,2%)	38 (100%)
	NO	6 (5,9%)	96 (94,1%)	5 (4,9%)	97 (95,1%)	3 (2,9%)	99 (97,1%)	6 (5,9%)	96 (94,1%)	102 (100%)
	<i>Estadígrafo</i>	OR= 0,889 IC95 (0,171-4,608) p= 0,888		OR= 6,021 IC95 (1870-19,384) p= 0,001		OR= 2,829 IC95 (0,545-14,670) p= 0,198		OR= 9,333 IC95 (3,247-26,826) p= 0,000		
Hipertensión Arterial	SI	5 (12,5%)	35 (87,5%)	4 (10,0%)	36 (90,0%)	2 (5,0%)	38 (95,5%)	2 (5,0%)	38 (95,0%)	40 (100%)
	NO	3 (3,0%)	97 (97,0%)	10 (10,0%)	90 (90,0%)	4 (4,0%)	96 (96,0%)	18 (18,0%)	82 (82,0%)	100 (100%)
	<i>Estadígrafo</i>	OR= 4,619 IC95 (1,049-20,344) p= 0,029		OR= 0,571 IC95 (0,295-3.395) p= 1,000		OR= 1,263 IC95 (0,222-7,185) p= 0,792		OR= 0,240 IC95 (0,053-1,086) p= 0,047		
ANEMIA	SI	8 (11,3 %)	63 (88,7%)	6 (8,5%)	65 (91,5%)	4 (5,6,7%)	67 (94,4%)	13 (18,3%)	58 (81,7%)	71 (100%)
	NO	0 (0,0%)	132 (94,3%)	13 (11,6%)	56 (88,4%)	2 (2,9%)	67 (97,1%)	7 (10,1%)	62 (89,9%)	69 (100%)
	<i>Estadígrafo</i>	OR= 0,887 IC95 (0,817-0,964) p= 0,004		OR= 0,876 IC95 (0,231-2,146) p= 0,535		OR= 2,000 IC95 (0,354-11,291) p= 0,424		OR= 1,985 IC95 (0,741- 5,322) p= 0,168		

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN

Se relacionó la aparición de complicaciones con las comorbilidades más frecuentes en la muestra estudiada, siendo la prolongación de tiempo posquirúrgico, la complicación que se presentó con más frecuencia en las pacientes con obesidad y anemia, presentándose en el 36,8% y el 18,3% respectivamente y la infección de sitios quirúrgico en las pacientes con hipertensión arterial.

Con relación a las pacientes con obesidad, el riesgo de presentar infección de sitio quirúrgico es de 6 veces mayor (OR= 6,021; IC95: 1870-19,384) frente a las pacientes sin obesidad, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

El 36,8% de las pacientes obesas y el 5,9% de las pacientes sin obesidad, presentaron prolongación del tiempo quirúrgico. Estableciéndose el riesgo de presentar un tiempo quirúrgico prolongado de 9,3 veces mayor en las pacientes obesas, que, en las pacientes sin obesidad, siendo esta relación altamente significativa ($p < 0,005$).

Con relación a las pacientes con hipertensión, el sangrado con compromiso hemodinámico se presentó en el 12,5% de las pacientes hipertensas y en el 3% de las pacientes sin hipertensión. La relación entre estas dos variables es estadísticamente significativa ($p < 0,005$) y la estimación de riesgo indica que, de acuerdo con la población estudiada, una paciente con hipertensión arterial tiene 4,6 veces más riesgo de presentar sangrado con compromiso hemodinámico, que las pacientes sin hipertensión.

El sangrado con compromiso hemodinámico presentó relación significativa ($p < 0,05$) en las pacientes con anemia, sin embargo, no se establece un riesgo de padecer esta complicación en pacientes con esta comorbilidad

TABLA No 11.
RELACIÓN ENTRE LA VÍA DE ABORDAJE DE LA HISTERECTOMÍA Y LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES

VÍA DE ABORDAJE	COMPLICACIONES			<i>Estadígrafo</i>
	SI	NO	TOTAL	
	N (%)	N (%)	N (%)	
ABDOMINAL	35 (32,1)	74 (67,9)	109 (78,9)	OR= 1,622 <i>IC 95% (0,63 -4,122)</i> p= 0,307
VAGINAL	7 (22,6)	24 (77,4,)	31 (22,1)	
TOTALES	42 (30,0)	98 (70,0)	140 (100)	

Del total de la población estudiada, el 30,0% de las pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias.

Hubo una mayor proporción de pacientes con complicaciones cuando la vía de abordaje elegida fue la vía abdominal (32,1%) comparado con la vía vaginal, en donde el porcentaje de complicaciones fue del 22,6%, así se estima un riesgo de 1,6 veces mayor de presentar complicaciones cuando la vía de abordaje de la histerectomía es la abdominal, frente a la vaginal (OR: 1,622; IC 95%: 0,63 - 4,122), sin ser esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

TABLA 12.
RELACIÓN ENTRE LA VÍA DE ABORDAJE DE LA HISTERECTOMÍA Y CADA COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA

VÍA DE ABORDAJE	COMPLICACIONES			<i>Estadígrafo</i>
	SANGRADO CON COMPR. HEMOD.			
	SI	NO	TOTAL	
ABDOMINAL	7 (6,4)	102 (93,6)	109 (77,9)	OR= 2,059 <i>IC95 (0,244-17,402)</i> p= 0,499
VAGINAL	1 (3,2)	30 (96,8)	32 (22,1)	
	INFECCIÓN			
	SI	NO	TOTAL	
ABDOMINAL	13 (11,9)	96 (88,1)	109 (77,9)	OR= 4,063 <i>IC95 (0,510-32,351)</i> p= 0,154
VAGINAL	1 (3,2)	30 (96,8)	31 (22,1)	
	TROMBOSIS			
	SI	NO	TOTAL	
ABDOMINAL	3 (2,8)	106 (97,2)	109 (77,9)	OR= 0,264 <i>IC95 (0,051-1,380)</i> p= 0,093
VAGINAL	3 (9,7)	28 (90,3)	31 (22,1)	
	PROL. TIEMPO.			
	SI	NO	TOTAL	
ABDOMINAL	18 (18,3)	91 (81,65)	109 (77,9)	OR= 2,868 <i>IC95 (0,628-13,107)</i> p= 0,158
VAGINAL	2 (9,7)	29 (90,3)	31 (22,1)	
TOTALES			140 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Erika Tatiana Guazhima Moscoso

INTERPRETACIÓN:

En relación con las complicaciones observamos que el tiempo quirúrgico prolongado fue la complicación más común (14,3%).

La pérdida de sangre con compromiso hemodinámico es 2 veces más probable de presentarse cuando la vía de abordaje elegida es la vía abdominal (OR= 2,059; IC95: 0,244-17,402) sin ser esta relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Los de casos de infección de sitio quirúrgico fueron más en la histerectomía abdominal (11,9%) que en la vaginal (3,2%) y el riesgo de presentarse es de 4

veces mayor en las histerectomías abdominales (OR= 4,063; IC95: 0,510-32,351), sin tener esta relación significancia estadística ($p > 0,05$).

La trombosis fue más común en las histerectomías vaginales con un 9,7%, que en las abdominales (2,8%). Así, existe menos riesgo de presentar trombosis cuando la vía de abordaje elegida es la abdominal frente a la vía vaginal (OR= 0,264; IC95: 0,051-1,380). La existencia de solo 6 casos reportados hace que la diferencia no llegue a ser significativa desde el punto de vista estadístico ($p > 0,05$).

El 18,3% de las pacientes histerectomizadas por vía abdominal presentaron prolongación del tiempo quirúrgico, mientras que, por vía vaginal, solo el 9,7% de las pacientes se complicaron. El riesgo es de 2,8 veces mayor de presentar tiempo quirúrgico prolongado cuando la vía de abordaje es abdominal que vaginal (OR= 2,868; IC95: 0,628-13,107). Esta relación no tiene significancia estadística ($p > 0,05$).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSION

Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, mediante la revisión de 140 historias clínicas en el área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, para identificar las causas y complicaciones de la histerectomía abdominal y vaginal.

Dentro del estudio, el grupo de edad de mayor prevalencia fueron las pacientes entre 41 y 60 años; en el estudio de Rodríguez en Cuba, en 2014, el promedio de edad fue de 57 años, mientras que en el de Arízaga, en Loja, Ecuador, en 2017, cerca del 70% de las mujeres histerectomizadas tenían entre 36 y 55 años, resultados similares a los del presente trabajo (19). Sin embargo, en su estudio en Guatemala, en 2016, Escot refiere una edad promedio de las pacientes de 30 años, resultado muy inferior a lo reportado en los otros estudios (13).

De la población estudiada, se observó que, con relación a las variables obstétricas, el 70,7% de las mujeres del estudio eran multíparas y gran multíparas el 21,4%. El 37,8% han tenido al menos una cesárea. El 21,4% de las pacientes han presentado

abortos y óbito fetal solo 3 casos (2,1%), no se identificaron estas variables en los estudios citados.

En relación con las comorbilidades, la más común entre las pacientes hysterectomizadas fue la Anemia con un 50,7%, seguida de la Hipertensión arterial que representa el 28,6% y la Obesidad, presente en el 27,1% de los casos. Morales M y Usandizaga M, en su estudio realizado en 103 casos de hysterectomía, en el Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España, en 2015 identificaron que el 87,4% de las pacientes (intervalo de confianza del 95%, 81% a 94%) tenían anemia moderada o severa, lo que muy probablemente esté asociado a el sangrado uterino anormal, que es el principal motivo de consulta de las pacientes con patología que requiere hysterectomía (42).

En cuanto a la vía de abordaje, el 77,9% fue por vía abdominal, mientras el 22,1% por vía Vaginal. Este resultado es esperado pues, a pesar de que se elige la vía de abordaje de acuerdo con la clínica de la paciente y el diagnóstico definitivo, en sentido general, dos tercios de las hysterectomías son realizadas mediante abordaje abdominal (18).

Según su estudio de Naveiro, en Granada, España, en el primer lustro de esta década, se realizaron un total de 1430 hysterectomías en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, de las que el 54,6% fueron por vía abdominal, 29,5% por vía vaginal y el 15,9% por vía laparoscópica (16). Manriquez y cols, en Chile, en 2014, indican que la relación hysterectomía vaginal vs hysterectomía abdominal es de 1:3 o 1:4, variando de acuerdo con el país, el sitio en el que se realiza y la experiencia de los cirujanos en procedimientos vaginales (11).

Por otro lado, Checa, en Quito, en 2017, muestra que en su estudio que el 71,3% de las mujeres fueron intervenidas vía abdominal frente al 28,7% vía vaginal (47). En estos casos los resultados fueron inferiores a los del presente estudio en cuanto a la prevalencia de la hysterectomía abdominal. Sin embargo, un estudio realizado en Cuenca por Arias y Tenezaca, en 2014 (24), reporta que la hysterectomía total tipo abdominal, con el 88,5% de los casos fue la más utilizada. También Escot, en

Guatemala reporta un 81% de histerectomías abdominales, resultados superiores incluso al obtenido en nuestro trabajo (43).

La histerectomía por vía abdominal brinda la oportunidad de visualizar la cavidad abdominal, y ofrece un mejor desenvolvimiento en el campo operatorio, además se puede realizar a la vez otras operaciones sobre órganos abdominales, si el caso lo amerita. Por su parte, la histerectomía vaginal, es más segura, económica, de menor morbilidad y mejor tolerancia por parte de las pacientes con alto riesgo quirúrgico o de mayor edad (22). También está indicada en la mayoría de las pacientes con enfermedad benigna, principalmente los que tienen cicatrices abdominales por herniorrafias, obesidad mórbida y patologías cardiopulmonares, entre otras, al ser una vía menos invasiva (14).

De acuerdo con los resultados de este estudio, la causa principal de la histerectomía fue la miomatosis uterina (72,1%) seguida del prolapso de órganos pélvicos (21,4%). Resultado similar obtuvieron Arias y Tenezaca, en Cuenca, en 2014, donde la Miomatosis uterina fue la primera causa de la realización de histerectomía, con un 55,96% (24). También Arízaga corrobora esto en su investigación, en Loja en 2017, donde el diagnóstico preoperatorio que predominó fue miomatosis uterina con un 66.67% (20).

Por otra parte, Márquez y cols, en Cuba, en 2014, obtuvieron entre las principales patologías ginecológicas que motivan la realización de histerectomía a los: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%) (42), indicadores que no difieren mucho de lo reportado en el presente estudio, en dónde, la causa más común de realización de histerectomía fue la Miomatosis uterina con un 72.1% (101 casos); seguida del prolapso de órganos pélvicos que representa el 25,7% (36 casos), aunque en algunas pacientes lo que provocó la intervención quirúrgica tuvo un origen multicausal (15).

Con relación a la histerectomía obstétrica, Escot, en Guatemala, indicó que la principal causa fue la atonía uterina (41%), seguida de la ruptura uterina (33%) y un 18% por acretismo placentario, aunque se trata de poblaciones muy divergentes, pues en su estudio se abordó solo las histerectomías de causa obstétrica, en la

presente investigación, la histerectomía obstétrica se presentó tan solo en 8 pacientes dentro del periodo estudiado. (13).

En el presente estudio, para tratar la Miomatosis uterina, la Endometriosis y las histerectomías obstétricas se empleó la vía abdominal, mientras que, en los prolapsos de órganos pélvicos y el cáncer ginecológico, fue la vía vaginal.

Lo mismo plantean en su estudio Gorozabel y Vera, en Manabí en 2015, donde la patología ginecológica que con más frecuencia llevó a la histerectomía abdominal fue la miomatosis uterina, mientras que por vía vaginal la patología causante de la misma fueron el prolapso vaginal en primer lugar y el cáncer de cuello uterino en segundo lugar (18).

Dentro de la población estudiada el 30,0% de las pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias. Hubo una mayor proporción de pacientes con complicaciones por la histerectomía abdominal que por vía vaginal, estimándose un riesgo 1.6 veces mayor de presentar complicaciones cuando la vía de abordaje de la histerectomía es la abdominal, frente a la vaginal (OR= 1,622; IC 95% (0,63 -4,122). Al compararlo con lo obtenido por otros autores con distintas poblaciones, los resultados difieren. Fernández, en Perú, en 2014 (20), indica que las complicaciones postoperatorias estuvieron presentes en el 56,7% de los casos de histerectomía vaginal, resultado inferior al del presente estudio, además encontró que la Anemia fue la complicación de mayor frecuencia, con el 41.4% de los casos y la fiebre en el 4,8% de las pacientes postoperadas (17), no así en el presente estudio en donde la complicación más común en este estudio fue el tiempo quirúrgico prolongado (14,3%), seguido de la infección de sitio quirúrgico (10,0%), sobre todo en la histerectomía abdominal.

Sin embargo, Escot, en Guatemala, indicó igualmente que la anemia estuvo presente en el 100% de sus pacientes, el shock hipovolémico en el 14%, y 8% lesión vesical, además, el 6% de la población falleció (23), en este estudio no se encontró ningún caso de mortalidad por histerectomía (13).

Sobre esto Fuentes, en su investigación, en Granada, España, en 2018, plantea que las complicaciones infecciosas después de la histerectomía son las más

comunes, con un rango de 10.5% en la histerectomía abdominal a 13.0% en la histerectomía vagina, lo contrario a lo que encontramos.

Este mismo autor indica que las complicaciones más comunes de la histerectomía son las infecciones, trombosis, lesiones del tracto genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI), hemorragia, lesiones neurológicas, y dehiscencia del manguito vaginal (44).

Gorozabel y Vera en Portoviejo, Manabí, en 2015, obtuvieron en su estudio que el 65% de la población en estudio no presentaron complicaciones en la histerectomía abdominal, pero las que principalmente se presentaron fueron la anemia moderada, seguido del sangrado transvaginal; solo un 9% no presentaron complicaciones en la histerectomía vaginal, siendo la infección de la herida quirúrgica la más frecuente. Lo más probable es que la mayoría de las hemorragias intraoperatorias significativas provengan de lesiones a estas venas pélvicas, que en las histerectomías abdominales están más expuestas a ser lesionadas (18). Lo anterior corrobora lo planteado en nuestro estudio sobre el sangrado postoperatorio que, aunque en poca proporción, se constató más en el proceder abdominal al igual que la infección del sitio quirúrgico que se evidenció más en la histerectomía abdominal.

Las pacientes con obesidad presentan mayores complicaciones, como infección postoperatoria, lesión a órgano vecino y mayor sangrado transoperatorio, además de presentar otras comorbilidades, como hipertensión arterial y diabetes. También el tiempo quirúrgico es mayor, así como la rehospitalización, la reintervención quirúrgica y la estancia hospitalaria, aumentando el riesgo de infecciones nosocomiales (5).

Se identificó relación significativa entre la aparición de complicaciones y la presencia de obesidad, así, el 60,5% de las pacientes obesas, presentaron complicaciones posquirúrgicas, mientras que de las pacientes sin obesidad tan solo el 18,6% se complicaron. Así, se establece que el riesgo de presentar complicaciones es de 6 veces mayor (OR= 6,698; IC 95%: 2,952 – 15,20) en las pacientes con obesidad, en comparación con las pacientes sin esta comorbilidad. De la misma manera, Hollman y Rodríguez en su estudio, identificaron que las pacientes que presentaron peso normal respecto al índice de masa corporal, el

9.09% presentó complicaciones; el 14,57% de las que tenían sobrepeso y el 37.02% de aquellas con obesidad se complicaron (5).

Se encontró además una asociación entre la presencia de complicaciones poshisterectomía y la vía de abordaje, así, existió una mayor proporción de pacientes con complicaciones cuando la vía de abordaje elegida fue la vía abdominal (32,1%) en comparación con la vía vaginal (22,6%).

Conociendo que el presente trabajo se llevó a cabo con una muestra tipo censal, las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el periodo de estudio fue de 6407 pacientes; así, a pesar de no ser un objetivo de la investigación se determinó que la prevalencia de la histerectomía en esta casa de salud, fue del 2,1%, siendo menor a la encontrada en el Hospital José Carrasco Arteaga de la misma ciudad en el año 2014, en donde la prevalencia de histerectomía fue del 5,36%.

De acuerdo con lo observado, sobre la práctica de la histerectomía en este estudio, este procedimiento quirúrgico, logra alcanzar el objetivo principal, que es ofrecer una solución a al problema de salud que las pacientes histerectomizadas, presentaron previo a la cirugía, misma que se realiza con más frecuencia en una edad apropiada, pues las pacientes han pasado su período fértil no riesgoso y aún son jóvenes para someterse a una intervención quirúrgica de este tipo, además, no requiere una estancia hospitalaria prolongada y las complicaciones que se presentan principalmente, como el dolor posoperatorio, son manejadas y controladas adecuadamente.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RESCOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En el estudio predominaron las mujeres entre 41 y 60 años, amas de casa, que residen generalmente en zonas rurales y con nivel de instrucción bajo. La mayoría de las pacientes eran multíparas. Las enfermedades asociadas en estas pacientes

fueron, la anemia, como la más frecuente, seguida de la hipertensión arterial y la obesidad.

La causa más común de realización de histerectomía fue la miomatosis uterina y en segundo lugar se encontró al prolapso de órganos pélvicos.

La principal vía empleada para el abordaje de la cirugía fue la vía abdominal, así, en los casos de miomatosis uterina, endometriosis y en las histerectomías de emergencia, relacionadas al embarazo, se eligió la vía abdominal, mientras que, en los casos de prolapso de órganos pélvicos y cáncer ginecológico, las histerectomías se practicaron por vía vaginal.

No se presentó un porcentaje elevado de complicaciones luego de la cirugía, la prolongación del tiempo quirúrgico fue la principal, seguido de la infección de sitio quirúrgico.

Se determinó que los factores relacionados con el desarrollo de complicaciones posoperatorias fueron la histerectomía realizada por vía abdominal, la presencia de obesidad y las histerectomías de causa obstétrica. Según los resultados de este estudio, se estima un riesgo de 1,6 veces mayor de presentar complicaciones cuando la vía de abordaje de la histerectomía es la abdominal, frente a la vaginal; además existe una probabilidad 6 veces mayor de presentar complicaciones luego de la cirugía en las pacientes con obesidad, en comparación con las pacientes que no son obesas.

7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares, en otras comunidades y entidades de salud, que incluyan factores de riesgo asociados tanto a la patología ginecológica que provocó la necesidad de realizar la histerectomía, como a las complicaciones trans y postoperatorias, para conocer mejor sobre esta problemática.
- Consensuar mediante juntas médicas la elección de la vía quirúrgica, sugiriendo una alternativa más válida teniendo en cuenta aspectos importantes como la edad, los antecedentes patológicos personales, etc., con el único fin de evitar en lo posible las complicaciones posteriores a la cirugía.

- Considerar el empleo de técnicas quirúrgicas menos invasivas para la realización de histerectomía, como la histerectomía laparoscópica que puede ser una opción eficaz y segura para pacientes que cumplan las condiciones para ser intervenidas por esta vía.
- Velar por el cumplimiento de los principios técnicos que prevengan o mitiguen la aparición de complicaciones al realizar la histerectomía, sobre todo las sépticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarke D, Geller E. Complicaciones de la histerectomía. *Obstet Gynecol.* Tesis. Estados Unidos: Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, Obstetricia y Ginecología; 2014;121: 654 - 673
2. Carpio L, Garnique M. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2014; 55(4): 266-272.
3. Chung A. Complicaciones de histerectomía según abordaje abdominal. Tesis. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia, Medicina ; 2017. p 56.
4. Shaw H, et al. Vaginal Hysterectomy. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Clin Obstet Gynecol*; 2018. 53: 2639.
5. Hollman J, Rodríguez G. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. Estudio. México : Hospital de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Obstetricia. 2014; 6 (1): 25-30.
6. Calvo O, Rosas C, Vásquez J, Hernández Cuevas Jenny. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2016 Dic; 81(6):473-479.
7. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Evaluación de tecnologías sanitarias. Ecuador. *Boletín ETES [Online].*; 2014 [cited 2018 mayo 8]. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/boleti%CC%81n_etes_02.pdf
8. Vega G, Bautista N, Becerril A, Poveda M, Ávila J. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Rev. chil. obstet. Ginecol.* 2017 Oct; 82(4): 408-415.
9. Márquez J, et al. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *MEDISAN.* 2014; 18 (2): 172-180.
10. Rojas L. Factores de riesgo relacionados a la histerectomía. Tesis. Perú: Universidad Cesar Vallejos, Medina; 2017. p 56.
11. Naveiro M. Complicaciones de la histerectomía. Tesis. Granada: Universidad de Granada, Medicina Clínica; 2018. 56 p.
12. Vega G, Bautista N, Becerril A, Poveda M, Ávila J. Ginecoobstetricia en: *Asociación Mexicana de Cirugía General A.C- Tratado de Cirugía General.*

- In edición T, editor. Tratado de Cirugía General. México: Manual Moderno; 2017. p. 2056.
13. Escot V. Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cobán. Tesis de Grado. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Ginecología; 2016. p 66.
 14. Sobral E, Soto M. Sexual problems due to hysterectomy. Clin. Invest. Gin. Obst. 2015 Mar; 42 (1): 25-32.
 15. Márquez J, Barrabí A, Armas B, Rubinos J. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. Estudio. MEDISAN 2014;18(2):169 – 176.
 16. Manríquez V, Naser M, Gómez. M. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas: Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 78(6): 432 – 435.
 17. Fernández I. Factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital San Bartolomé. Tesis. Perú: Universidad Nacional de San Marcos, 2014. p 53.
 18. Gorozabel M, Vera B. Principales complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía. Tesis. Ecuador: Universidad Técnica de manabi, Medicina; 2015. p 65.
 19. Arízaga V. Histerectomía en las Pacientes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja. Tesis. Ecuador: Universidad de Loja, Facultad de la Salud Humana; 2017. p 68.
 20. Arias P, Tenezaca D. Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2012. Tesis. Ecuador: Universidad de Cuenca, Medicina; 2014. p 64.
 21. Correa J, Pandales H, Román V. Impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. Estudio de cohortes, Medellín. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2015 Mar; 68 (1): 12 – 24.
 22. Hernández RDJ. Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Sanid Milit Mex. 2016 Jan; 70: 63 -71

23. Santiago S, Moreno M, Cárdenas L. Indicaciones y Contraindicaciones de Histerectomía en el Segundo Nivel de Atención. Mexico. Centro Nacional de excelencia Tecnológica en Salud. Indicaciones y contraindicaciones de la Histerectomía en el segundo nivel. Rev. CENETEC.. 2015 Sep; 1: 1-63.
24. Cunnigham G. Williams Obstetricia. 24va Ed. Mexico D.F. Editorial Mc Graw Hill; 2015. Pag. 555 - 560
25. González G. Cancer-de-endometrio-diagnostico. Rev. med. 2014 Apr; 1:1-5.
26. Jaquieffer J. Utero y trompas de falopio. Rev. medic. Jafer. 2015 Apr; 2:1-5.
27. Romero J. Perfiles moleculares de respuesta en casos de cervix. Tesis de grado. Madrid: Universidad Autonoma de madrid, Medicina; 2017. p 157.
28. Alcalá M. Uso y manejo del diu en mujeres de edad reproductiva. Tesis. Mexico: Colegio Mexiquense de educacion tecnica, Medicina; 2014. p 64.
29. Ferre P. Ensayo clinico prospectivo y aleatoria, para determinar la eficacia y seguridad en mijeres embarazadas. Tesis. España: Universidad autonoma de Barcelona, Medicina; 2015. p 131.
30. Gor H, et al. Hysterectomy Guidelines. American College of Obstetricians and Gynecologists. JOGC. 2018 Apr; 28(1): 37-61.
31. Marquez F. La histerectomia y la eleccion de la via de abordaje. Rev.Ginec. 2016 Oct; 2 (1): 10-22
32. Correa-Ochoa JL, Pandales-Pérez H, Román-Vásquez VL, Palacio-Arango BL, Zuleta-Tobón JJ. Impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. Estudio de cohortes, Medellín, 2015. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 31 de marzo de 2017;68(1):12-24.
33. Yovarone R, Laborde A, Sotero G, Sosa C. La histerectomia vaginal en utero no prolapsado. Tesis. Estados unidos : Pereira Rossell Hospital, Medicina; 2016. p 15.
34. Coutinho C, Muñoz O. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 Agosto; 24: 1-8
35. Dubuisson J, Veit-Rubin N. Uterine volume and vaginal hysterectomy: Interest and limits of uterine morcellation. Gynecol Obstet Fertil. 2016 March; 44(3): 175-180.

36. Brunicardi FC. Principios de cirugía. 9th ed. Mexico DF: McGrawhill; 2015.
37. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
38. Gobierno Federal de Mexico. Guia de tratamiento y diagnostico de miomas. Guia. Mexico: Gobierno Federal de Mexico, Medicina; 2014. p 7.
39. Cedeño J, Cornejo A. Miomatosis uterina. Tesis. Ecuador: Universidad de Cuenca, Medicina Humana; 2016. p 51.
40. Arqueros L. Características clínicas y epidemiológicas del mioma. Tesis. Peru: Universidad Nacional de Trujillo, Medicina; 2016. p 54.
41. Rodríguez R. Miomatosis uterina, factores de riesgo y complicaciones. Tesis. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Ciencias Médicas; 2016. p 56.
42. Morales M, Usandizaga M. Histerectomía por mioma: ¿un asunto de anemia y tamaño uterino?. España 2015. Prog Obstet Ginecol. 2015;58(7): 301-306.
43. Checa MV. Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio Espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015. Tesis de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2017. p 189.
44. Fuentes M. Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores. Tesis. Granada: Universidad de Granada, Medicina Clínica; 2018. p 232.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE BIENESTAR Y CIENCIAS DE LA SALUD
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEPTIEMBRE 2017 - DICIEMBRE 2018.

NOMBRE: Gómez Chillogallo Mario Targeto No. FORMULARIO 1
 HC: 13830 CI: 0103324737

1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1.1 EDAD:

- 1) <30 años 2) 30 - 40 años 3) 41-60 años 4) >60 años

1.2 OCUPACIÓN:

- 1) Ama de casa 2) Comerciante 3) Costurera 4) Agricultora 5) Profesión
 6) Otros 7) Ninguna

1.3 RESIDENCIA:

- 1) Rural 2) Urbano

1.4 ESTADO CIVIL:

- 1) Soltera 2) Casada 3) Casada 4) Divorciada 5) Viuda 6) Unión de hecho 7) Unión libre

1.5 NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- 1) Primaria Completa Incompleta 2) Secundaria Completa Incompleta 3) Superior 4) Ninguno

1.8. COMORBILIDADES

- 1) Hipertensión Arterial SI NO 2) Obesidad SI NO 3) Diabetes SI NO 4) Cáncer SI NO
 5) Hipertrigliceridemia SI NO 6) Anemia SI NO 7) Otros SI NO

2. HISTERECTOMÍA

2.1 INDICACIONES

- 1) Miomatosis SI NO 2) Prolapso de órganos pélvicos SI NO 3) Endometriosis SI NO
 4) Ca ginecológico SI NO 5) Retención placentaria o restos placentarios SI NO
 6) Sepsis puerperal SI NO 7) Otros SI NO

2.2 TIPOS

- 1) Total 2) Subtotal 3) Radical

2.3 VÍAS DE ABORDAJE

- 1) Vaginal 2) Abdominal

2.4 COMPLICACIONES

- 1) Sangrado con compromiso hemodinámico SI NO 2) Sangrado sin compromiso hemodinámico SI NO
 3) Infección SI NO 4) Dolor posoperatorio SI NO 5) Prolapso de cúpula vaginal SI NO
 6) Trombosis SI NO 7) Tiempo Quirúrgico prolongado SI NO 8) Otras SI NO

3. VARIABLES OBSTÉTRICAS

- 3.1 PARIDAD: 1) Nulipara 2) Primípara 3) Multipara (2-5) 4) Gran multipara (>6)

- 3.2 PARTOS VAGINALES: 1) 0 2) 1 3) 2-5 4) >5

- 3.3 CESÁREAS: 1) Ninguna 2) 1 3) 2-3 4) >3

- 3.4 ABORTOS: 1) SI 2) No

- 3.5 ÓBITOS: 1) SI 2) No



Ministerio
de Salud Pública



**HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Oficio N° 031-UDI-HVCM-2019

Cuenca, 08 de Abril del 2019

Dra. Karla Aspiazu
**RESPONSABLE DEL CRITERIO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

Presente

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, se informa que el estudio de investigación titulado "CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEPTIEMBRE 2017 – MAYO 2018", fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro, concluyendo como factible.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Viviana Barros A.

**RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**



Autorizado

c.c. Archivo

Av. Los Arupos y 12 de Abril
Teléfonos: 4096000
www.hvcm.gob.ec



Cuenca, 12/6/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca septiembre 2017 - diciembre 2018.

Trabajo de titulación realizado por Erika Tatiana Guazhima Moscoso

Código: Gu46CauME07

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA





**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 30 de octubre de 2018.

Señor Doctor
Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina ERIKA TATIANA GUAZHIMA MOSCOSO con CI: 0106641046, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HSTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEPTIEMBRE 2017, MAYO 2018". La Investigación será dirigida por el Dra. Katherine Salazar Torres, especialista en Ginecología y Obstetricia, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



Dra. Karina Sotomayor
Responsable del Criterio de Investigación
Facultad de Medicina
UCACUE

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

INFORME FINAL DE TITULACION ERIKA TATIANA GUAZHIMA MOSCOSO

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ Submitted to Universidad Alas Peruanas

Trabajo del estudiante

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

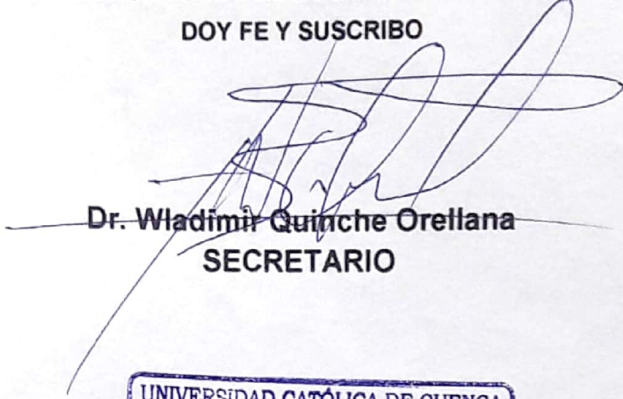
COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

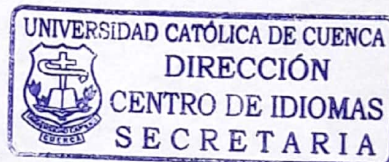
CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 19 de julio del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL

DOY FE Y SUSCRIBO


~~Dr. Wladimir Quinche Orellana~~
SECRETARIO





UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR - CARRERA DE MEDICINA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 5 septiembre 2017 - diciembre 2019

Nombre del estudiante: Erika Tatiana Guazhuma Moscoso

Director: Dra. Zeila Katherine Salazar Torres

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			/ 1
Redacción Científica	/			/ 1
Pensamiento crítico	/			/ 1
Marco teórico	/			/ 1
Anexos	/			/ 1
Total	5			5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	/
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:

Ninguna.

[Handwritten mark]



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR - CARRERA DE MEDICINA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Vicente Ferrer Moscoso Cuenca septiembre 2017 - diciembre 2018

Nombre del estudiante: Erika Tatiana Guashima Moscoso

Director: Dra. Katherine Salazar Torres

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓		✓	1/1
Redacción Científica	✓			1/1
Pensamiento crítico	✓			1/1
Marco teórico	✓			1/1
Anexos	✓			1/1
Total				5/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	<input type="checkbox"/>
Tesis apta para publicación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para publicación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Handwritten signature



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema:	Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal en el Hosp. tal Vicente Corral Moscoso. Cuenca septiembre 2017-diciembre 2018
Nombre del estudiante:	Enika Tatiana Guazhima Moscoso
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dra. Zoila Katherine Salazar Torres
Asesor:	Dr. Gabriel Hugo Merino

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina

Firma de aceptación del estudiante



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TESIS"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

Informe: la alumna GUAZHIMA MOSCOSO ERIKA TATIANA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA SEPTIEMBRE 2017 - DICIEMBRE 2018, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DR. JUAN PABLO MUÑOZ / DR. FREDDY CARDENAS

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

16 JUL 2019

RECIBIDO
HORA: 12:00 FIRMA: