



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA**

**“INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LAS HISTERECTOMÍAS
ABDOMINALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO
CASTANIER ENTRE EL PERÍODO 2015-2018.”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de MÉDICA

AUTORA

Ingrid Anabel Lima Oyola

DIRECTOR

Dr. Freddy Cárdenas Heredia

ASESOR

Dr. Carlos Eduardo Arévalo Peláez

CUENCA – ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedente: La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas que se realiza con más frecuencia. Las indicaciones pueden ser de causa benigna, maligna y obstétrica. Son procedimientos que pueden tener complicaciones que dependen de la condición de la paciente, del procedimiento quirúrgico y la experiencia del cirujano.

Objetivo general: Determinar las indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier entre el período 2015-2018

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con 180 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier. Los datos fueron tomados de las historias clínicas para lo cual se utilizó un formulario de recolección de datos. El análisis se hizo con tablas de frecuencias, porcentajes, y gráficos. Para las variables numéricas los datos se describirán con la media y la desviación estándar. El estudio no implica riesgos para las pacientes.

Resultados: la edad más frecuente 52.8% fue de 45 a 64 años. 59.4% de diagnósticos ecográficos fueron miomatosis. La histerectomía más realizada fue la total 94.4%. Las principales indicaciones de histerectomías fueron: miomatosis uterina 66.7% y neoplasias intraepiteliales cervicales 8.3%. Las indicaciones obstétricas fueron por atonía uterina 2.8%, acretismo 2.8% y ruptura uterina 0.6%. Las complicaciones que más se presentaron fueron el sangrado posoperatorio 4.4%, infecciones 1.1%, lesiones de vejiga 0.6%. El promedio del tiempo quirúrgico fue de 102.97 ± 29.33 (minutos) y el de la estancia hospitalaria fue de 3.77 ± 1.76 días.

Conclusiones: las indicaciones de histerectomía más frecuentes son por miomatosis uterina y neoplasias intraepiteliales cervicales. La complicación más frecuente es la hemorragia posoperatoria.

Palabras clave: histerectomía, complicaciones, indicaciones, abordaje quirúrgico, diagnóstico ecográfico.

ABSTRACT

Background: Hysterectomy is one of the most common gynecological surgeries that take place. The indications can be by a benign, malign and obstetric cause. These are procedures that may have complications and depend on the patient's condition, the surgical procedure and the surgeon's experience.

Objective: To determine the indications and complications of abdominal hysterectomies in patients treated at the "Homero Castanier" Hospital between 2015 to 2018.

Methodology: An observational, descriptive cross-sectional research was carried out with 180 hysterectomized patients at the "Homero Castanier" Hospital. The information was taken from medical records applying a form to gather the data. The analysis was done with frequency tables, percentages and graphs. For numeric variables the data will be described with the average and standard deviation. The study does not involve risks to patients.

Results: The most frequent age was 45 to 64 years with 52.8%. 59.4% of ultrasound diagnoses were myomatosis. The most performed hysterectomy was 94.4%. The main indications for hysterectomies were: uterine myomatosis 66.7% and cervical intraepithelial neoplasms 8.3%. Obstetric indications were due to uterine atony 2.8%, accretion 2.8% and uterine rupture 0.6%. The complications that occurred most were postoperative bleeding 4.4%, infections 1.1%, bladder lesions 0.6%. The average surgical time was 102.97 ± 29.33 (minutes) and hospital stay was 3.77 ± 1.76 days.

Conclusions: The most frequent indications of hysterectomy are due to uterine myomatosis and cervical intraepithelial neoplasms. The most common complication is postoperative bleeding.

KEYWORDS: HYSTERECTOMY, COMPLICATIONS, INDICATIONS, SURGICAL APPROACH, ULTRASOUND DIAGNOSIS



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Ingrid Anabel Lima Oyola, con cédula de identidad número 0705020519, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "Indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier entre el periodo 2015-2018", de conformidad con el Art. 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.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de septiembre de 2019

Ingrid Anabel Lima Oyola
C.I.:0705020519

AUTORA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Ingrid Anabel Lima Oyola, autora del trabajo de titulación "INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER ENTRE EL PERIODO 2015-2018" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 24 de septiembre de 2019

Ingrid Anabel Lima Oyola
C.I.:0705020519
AUTORA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Ingrid Anabel Lima Oyola, con cédula de ciudadanía N° 0705020519 autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "Indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier entre el periodo 2015-2018", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer las indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 24 de septiembre de 2019

Ingrid Anabel Lima Oyola
C.I.:0705020519
Autora de la Investigación

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación se lo dedico a Dios por su infinito amor y bondad a mi padre Tito por ser mi ejemplo de lucha constante y a través de sus consejos enseñarme que para llegar al éxito hay que luchar y perseverar, de manera especial a mi madre Anita por ser mi pilar fundamental quien con su paciencia , amor incondicional y ayuda constante me alentó a superar cada obstáculo a lo largo de mi formación personal y profesional , a mis queridos hermanos Bryan, Jahir e Isaac por ser mi motivo de superación constante , A mis abuelitas Elisa y Ulvia por su cariño y amor presente en cada momento. A mis sobrinos Snayder y Alexandre quienes con su inocencia y picardía le brindan luz a mis días, Y sin duda alguna a mis queridos amigos quienes hicieron de ésta experiencia una de las más especiales.

Ingrid Anabel Lima Oyola

AGRADECIMIENTO

A Dios por todo su amor. A mi director y asesor de tesis Dr. Freddy Cárdenas y Dr. Carlos Arévalo por sus conocimientos impartidos, ha sido un placer poder contar con su guía y ayuda durante el desarrollo de esta tesis.

A la Universidad Católica de Cuenca por haberme permitido ser parte de esta institución y culminar con éxito mi carrera profesional.

Al Hospital Homero Castanier Crespo gracias por haberme otorgado la confianza y permitirme realizar mi investigación para el desarrollo de la presente tesis.

A mis padres gracias eternas por todo su amor, apoyo, confianza y paciencia brindada a lo largo de mi vida personal y profesional sin ustedes no hubiera sido posible plasmar este sueño. A mis queridos hermanos gracias por siempre confiar en mi y motivarme a cumplir mis anhelos. Un especial agradecimiento a mi abuelita Elisa por su amor infinito. A mis sobrinos por ser siempre mi rayito de luz en este largo camino.

A mis amigos quienes estuvieron presentes durante toda o la mayor parte de la realización y desarrollo de esta tesis.

Ingrid Anabel Lima Oyola

INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
AUTORIZACION PARA PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	4
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	5
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO.....	6
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO	8
INDICE	9
CAPÍTULO I	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 Pregunta de investigación	16
1.4 JUSTIFICACIÓN	17
CAPÍTULO II	18
2 FUNDAMENTO TEÓRICO	18
CAPÍTULO III	25
3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
CAPÍTULO IV	26
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDIO	26
4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN	26
4.3 Matriz de variables.....	26
4.4 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA	28
4.4.1 Población.....	28

4.4.2	Muestra	28
4.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	29
4.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	29
4.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	29
4.6	MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	29
4.7	MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	30
4.8	PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	30
CAPÍTULO V	.....	32
5	RESULTADOS.....	32
CAPÍTULO VI	.....	39
6	DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO VII	.....	45
7	CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA.....	45
	CONCLUSIONES	45
	RECOMENDACIONES	46
	BIBLIOGRAFÍA	47
	Anexo N.1 Oficio de bioética	52
	ANEXO 2. Oficio de Coordinación de Investigación	53
	.....	53
	ANEXO 3. Formulario de recolección de datos	54
	.ANEXO 4. Informe del Antiplagio	56
	.....	56
	ANEXO 5. RÚBRICA DE PARES REVISORES	57
	ANEXO 6. Rúbrica de Dirección de Carrera	59
	ANEXO 7. Oficio de Autorización del Hospital	60
	ANEXO 8. Certificado de Centro de Idiomas	61
	ANEXO 9. Informe Final de Investigación	62
	.....	62
	ANEXO 10. Oficio de Director de Tesis.....	63

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico para extraer el útero debido a una condición obstétrica o a alguna enfermedad preexistente. (1) Entre las principales razones por las cuales este tipo de cirugía ha aumentado en las pacientes obstétricas está una implantación placentaria anormal, edad materna avanzada, multiparidad, uso de oxitocina que aumentan la probabilidad de hemorragia posparto. (1)

Esta cirugía se puede realizar por vía vaginal u abdominal, sea mediante cirugía convencional o laparoscópica. Según una revisión de 1599 pacientes sometidas a histerectomía por Barrera y González en el año 2015 en Cuba se determinó que el promedio de edad fue de 47 años, la principal indicación fue el fibroma uterino. La media del peso del útero fue de 269g (60g – 1100 g). Hubo necesidad de conversión a laparotomía en el 0.8% de las pacientes. (2)

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que más se practican en el área de gineco-obstetricia y a nivel mundial en la población femenina, especialmente adulta. De hecho según la literatura es la tercera operación de cirugía mayor electiva y la segunda operación que más se practica en las mujeres en edad reproductiva. (2)

En obstetricia la histerectomía puede ser un procedimiento de urgencia para tratar de resolver una situación grave. La incidencia de este procedimiento es de 5 a 15 por cada 1000 eventos obstétricos. (1) (3) La edad promedio por el que se realiza este procedimiento según los datos del estudio de Vega y cols., es a los 34 años, con mayor frecuencia en las mayores de esta edad que han tenido ya uno o más hijos. Se reportó además que el antecedente cesáreo previa es del 69.2%. La principal indicación para histerectomía fue la atonía uterina en el 33.3%. La complicación más frecuente en estas pacientes fue la anemia en el 83% y un caso de muerte materna. (1) (4)

Sardiñas y cols., al analizar una muestra de pacientes con enfermedades ginecológicas con criterio para histerectomía laparoscópica identificó que la edad promedio es de 48.7 años, los promedios del tiempo quirúrgico fueron de 124 minutos y la cantidad de sangrado fue de 195 mililitros. La frecuencia con la que ocurrieron accidentes intraoperatorios fue del 6.9%, siendo necesaria la conversión en el 7.3%. (5)

Calvo y Aguilar en el año 2016 en México concluyen que la adherencia prenatal de anomalías en la adherencia placentaria, la mejor utilización de hemoderivados y la técnica quirúrgica empleada ha disminuido radicalmente la mortalidad materna por hemorragia obstétrica masiva en los últimos años. La prevalencia de histerectomía obstétrica según estos autores es de 17.1/10000 nacimientos, la incidencia por año es de 1.7. (6)

En Perú la tasa de histerectomías obstétricas es del 0.6 /1000. El 28.6% consistió en partos por cesárea, 65.2% fue por multiparidad. Entre los principales diagnósticos se determinó placenta previa 27.5%, cesárea anterior 15.9%. Las principales indicaciones clínicas para la histerectomía fueron la atonía uterina y el acretismo placentario. En un 47.8% de casos se practicó cesárea-histerectomía. La histerectomía obstétrica supracervical representó el 55% de procedimientos. El porcentaje de complicaciones durante el acto quirúrgico fue del 18.75, habiendo necesidad de una reintervención en el 15.9% de pacientes. (3)

Otro estudio de tipo retrospectivo realizado por Caeiro y cols., para analizar un total de 300 histerectomías en un departamento nuevo de Ginecología reportan dos subgrupos de pacientes según el promedio de edad a los 51 años con un 41% de pacientes que tuvieron antecedentes de cirugías abdominales. La principal indicación quirúrgica fue el sangrado uterino secundario a miomas, adenomatosis 53%. La tasa de complicaciones intraoperatorias fue del 1 y 2.3%. (7)

Estos resultados demuestran la amplia variedad de indicaciones obstétricas y ginecológicas para este procedimiento, que dependen de las características clínicas de las pacientes y de las condiciones del centro de salud donde se practican estos procedimientos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre la morbilidad asociada a este procedimiento se describirá el sangrado posoperatorio, lesión de uréter, lesión de vejiga, fiebre de origen desconocido, íleo paralítico, colección intraabdominal, oclusión intestinal, prolapso de cúpula, absceso de cúpula, fístula vesico-vaginal, trombosis venosa profunda, lesión intestinal, necrosis isquémica del ovario, hernia abdominal, neumotórax.

Las principales indicaciones para una histerectomía son la endometriosis, sangrado uterino anormal, masas anexiales benignas, dolor pélvico crónico en relación con adherencias, secundaria a enfermedad pélvica inflamatoria o enfermedad previa, cáncer de endometrio, ovario y estadio I del cérvix. (8)

Otra indicación de histerectomía total es la endometriosis profunda, con deseo genésico cumplido y con sintomatología resistente a otros tratamientos. Poveda y cols., en España manifiestan que el mayor beneficio en esta indicación fue la disminución del dolor pélvico crónico. (9)

La histerectomía después de una cesárea es uno de los procedimientos más realizados durante la etapa puerperal, de hecho se considera un indicador de la calidad de la atención obstétrica, debido a que se asocia de manera significativa con la morbilidad obstétrica extrema. (6)

Fernández y cols., al analizar 27.158 casos de recién nacidos identificaron que fue necesario realizar un total de 58 histerectomías obstétricas, siendo la principal causa la hemorragia por atonía uterina. (10)

Un aspecto importante es que aproximadamente el 100% de artículos describen que en la mujeres histerectomizadas hay riesgos de sufrir alteraciones emocionales y trastornos sexuales y un 61% reconoce la importancia que tiene el entregar educación sexual formal a la mujer y pareja, para prevenir trastornos sexuales. (11)

En cuanto a las técnicas quirúrgicas existen beneficios de la histerectomía laparoscópica como es mejor abordaje con incisiones menores, menor pérdida de sangre intraoperatoria, menor frecuencia de anemias, reducción de la estancia hospitalaria, reincorporación a las actividades diarias temprana, menos infecciones de heridas o de la pared abdominal, menor agresión inmunológica, menor incidencia de hernias. Sin embargo, existe un mayor tiempo quirúrgico y mayor frecuencia de lesiones de las vías urinarias. (12)

Este tema es importante por cuanto no existen al momento estudios en el hospital que evidencien cual es la realidad de las histerectomías. Se debe tener presente que estas indicaciones representan las primeras causas para cirugías generales en la mujer, y especialmente en el área obstétrica son indicaciones de emergencias. Son cirugías no exentas de riesgos y complicaciones. De allí que los resultados son importantes para revisar los protocolos de manejo de la histerectomía, para implementar mejoras en los servicios, con capacitaciones e implementación de nuevas tecnologías que garanticen una atención de calidad a las mujeres en edad fértil y menopáusicas que requieran de una histerectomía.

Para realizar este estudio se revisarán las historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital Homero Castanier de la ciudad de azogues desde el año 2015 al 2018. Para lo cual se cuenta con el permiso del gerente y director del hospital. Además como interna en esta casa de salud he observado que la frecuencia de este procedimiento es alta y es de inquietud de los médicos especialistas determinar cuál es el estado de la histerectomía en esta casa de salud según las indicaciones, complicaciones y ajustes de protocolos de atención.

Entre los principales resultados están conocer la edad promedio a la que se realiza este procedimiento, la razón por la cual se realizó el procedimiento (fibromas, cáncer, indicaciones obstétricas, patología de cuello uterino, hiperplasia endometrial) describir según el tamaño del útero, tiempo quirúrgico,

sangrado intraoperatorio, estadía hospitalaria, necesidad de conversión a cirugía abierta y la morbilidad.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier entre el período 2015-2018?

1.4 JUSTIFICACIÓN

Las razones por las que se debe investigar este tema están relacionadas con mejorar la atención a las mujeres en edad fértil y adultas mayores. No existen estudios locales que reporten la realidad de las histerectomías en el Hospital Homero Castanier desde la revisión del éxito o fracaso de estas intervenciones quirúrgicas. Los resultados son de importancia para analizar cuál es la calidad de la atención en el área de obstetricia y ginecología, por cuanto las indicaciones de histerectomía muchas veces son por situaciones de emergencia como en el sangrado obstétrico o electivas como en casos de sospechas de cáncer.

El determinar las técnicas quirúrgicas y los procedimientos empleados ayudará a determinar si están acordes a las indicaciones actuales y al rigor de la técnica quirúrgica. Lamentablemente son procedimientos que no están exentos de complicaciones y riesgo, entre los cuales pueden darse casos de muertes maternas. Por eso el estudio de alguna manera ayudará a mejorar la calidad de atención a la mujer.

De otra manera también los resultados son de interés para valorar la calidad de atención obstétrica y ginecológica que se da en un hospital de referencia. Las tasas y prevalencias reflejaran cual es la situación de la salud ginecológica de la mujer en nuestro medio.

Otro beneficio de este estudio es de índole personal, por que contribuirá a mejorar nuestros conocimientos sobre salud materna y a implementar mejores estrategias para incrementar el bienestar y disminuir la morbimortalidad materna y de la mujer adulta.

CAPÍTULO II

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas que se realiza con más frecuencia. Entre las causas para realizar este procedimiento quirúrgico están las de origen benigno y maligno. Entre las principales causas de origen benigno están los leiomiomas sintomáticos y el prolapso de órganos pélvicos, además también son causas frecuentes de histerectomías las hemorragias anormales, la endometriosis, dolor pélvico crónico y las neoplasias premalignas. (13) (14)

Epidemiología

Según los resultados de un estudio realizado en Cuba por Aguilar y cols., en el año 2012 la tasa de histerectomías es de 4.9 por 1000 nacidos vivos, con un promedio de 16 histerectomías por año. las principales indicaciones para la histerectomía fueron la hemorragia y la sepsis. (15)

Otro estudio realizado en el mismo país por Hernández y cols., en el año 2010 que analizan las histerectomías abdominales totales vs las histerectomías subtotales abdominal en pacientes diagnosticadas de mioma uterino evidencian un sangramiento moderado en el 5.1% de las pacientes, y la morbilidad febril e infecciones fue del 22.4%. (13)

Vías de acceso

Las histerectomías se pueden realizar por vía vaginal, abdominal o laparoscópica, el tipo de acceso que se realice depende de muchos factores entre los cuales se puede mencionar las propiedades físicas del útero y la pelvis, las indicaciones quirúrgicas, presencia o ausencia de alteración de los anexos, los riesgos quirúrgicos, los costos, la hospitalización, la duración de la recuperación y la calidad de vida prevista en el posoperatorio. Cada una de las vías de acceso para la cirugía supone ventajas y desventajas. (16) (17)

Histerectomía abdominal

Este procedimiento se realiza a través de una incisión abdominal. El tipo de incisión puede ser de tipo transversa o vertical, lo cual depende de la situación clínica. Este tipo de acceso brinda la máxima capacidad de manipulación de órganos pélvicos, especialmente cuando se sospecha de órganos pélvicos grandes o adherencias extensas. También este tipo de acceso facilita la visibilización de los ovarios si se planifica realizar ooforectomía, al espacio de Retzius cuando se tiene planificado realizar algún procedimiento quirúrgico de tipo urológico concomitantemente con la histerectomía, o también se puede acceder a la porción superior del abdomen para la clasificación por etapas del cáncer. (16)

Este tipo de procedimiento requiere de menor tiempo quirúrgico que la histerectomía laparoscópica y no es necesario de instrumentos avanzados o experiencia en laparoscopia. (8) (7)

Sin embargo, algunas de las desventajas de esta técnica son una recuperación y una estancia hospitalaria más prolongada de la paciente, aumento del dolor de la incisión y existe una mayor probabilidad de fiebre posoperatoria e infección de la herida quirúrgica. (18)

También es una técnica que está asociada con un mayor riesgo de transfusiones cuando se la compara con el acceso vaginal, un riesgo incrementado de lesiones ureterales. Existe, sin embargo, menor riesgo de hemorragia posoperatoria y lesión vesical.

Histerectomía vaginal

Es de elección cuando los órganos pélvicos son pequeños, cuando no se esperan adherencias extensas, cuando no se espera un compromiso de los órganos anexos y si hay prolapso de órganos pélvicos. Entre los principales

beneficios de este procedimiento esta la recuperación más rápida y menor número de días de estancia hospitalaria, costos y dolor posoperatorio. (18)

La histerectomía laparoscópica

Este tipo de procedimiento es de elección cuando se sospecha de órganos pélvicos pequeños, sin que se espere adherencias extensas, con un grado mínimo de descenso uterino y, con una gran habilidad del cirujano para realizar este tipo de procedimientos vía laparoscópica. Las principales ventajas son la recuperación rápida de la paciente, menor dolor, menor estancia hospitalaria, ventajas comparables a la histerectomía vía vaginal. Este tipo de acceso permite una mayor visualización del abdomen y la pelvis. Situaciones que pueden ser consideradas como ventajas cuando se tiene planificado realizar una ooforectomía o si se encuentra hemorragia o adherencias leves. (19)

Las desventajas son el mayor tiempo quirúrgico y el uso de equipos más costosos. También existen estudios que reportan una mayor tasa de lesiones ureterales (14%), en comparación a las histerectomías abdominales (1.4%) o vaginal (0.2%). (16)

Cuando todos los factores son equivalentes se debe considerar la histerectomía vaginal. No obstante, cuando, se sospecha de órganos pélvicos grandes, un mayor riesgo de adherencias extensas vinculadas a cáncer o descenso del útero puede ser necesario la histerectomía abdominal. Es fundamental en la selección considerar la experiencia del cirujano. (20)

Histerectomía total en comparación con la supracervical

Es necesario que antes de la cirugía se analice con la paciente la decisión de extirpar en forma simultánea el cuello del útero. La histerectomía puede incluir ablación del cuerpo y el cuello, lo que se conoce como histerectomía total, o sólo del cuerpo uterino (histerectomía supracervical). Durante la última década del siglo XX casi siempre se lleva a cabo la histerectomía total, quedando

restringida la histerectomía supracervical para las pacientes en quienes se sospecha que la ablación del cuello uterino pueda aumentar el riesgo de hemorragia, daño de órganos vecinos o implique un mayor tiempo quirúrgico. (16)

Hay quienes sugieren que existe una mejoría en los síntomas urinarios y la conservación de la función sexual cuando se conserva el cuello dando origen a la predilección de la histerectomía supracervical. Además, se supone que mejora la función de estabilización del sostén pélvico y conserva la función del plexo nervioso de Frankenhauser con la consiguiente conservación de la función vesical, intestinal o sexual. También, se propone que existe menor probabilidad de lesión de órganos pélvicos circundantes y tiempos quirúrgicos. (11)

El riesgo de conservar el cuello implica una probabilidad aumentada de hemorragias crónicas por conservación de endometrio ístmico. Otro riesgo puede ser la persistencia del riesgo de cáncer en el muñón de cuello uterino. En conclusión, no existen ventajas significativas entre los dos procedimientos de la histerectomía sea total o supra cervical. (16)

Ooforectomía bilateral concomitante.

La histerectomía suele hacerse junto a otros procedimientos quirúrgicos. Entre los más frecuentes esta la reconstrucción pélvica y la salpingooforectomía bilateral. La extirpación de los ovarios se hace casi de forma profiláctica en casi la mitad de las pacientes histerectomizadas por indicaciones benignas. En las mujeres menores de 40 años, se prefiere conservar los ovarios, por los años esperados de producción hormonal. Cuando son mayores de 50 años se prefiere la ooforectomía bilateral. (16)

Posoperatorio

La paciente debe recibir los cuidados brindados a cualquier cirugía abdominal mayor. El tiempo de hospitalización varía entre uno a cuatro días, lo cual

depende de la recuperación de la función intestinal normal y la presencia de fiebre posoperatoria. Especialmente se debe tener cuidado en las pacientes con exceso de peso. (21)

Indicaciones

Cerca del 12% de histerectomías son realizadas por dolor pélvico crónico y cerca del 30% de pacientes que se presentan a la consulta por dolor pélvico crónico han sido sometidas a una histerectomía. La histerectomía es considerada también un tratamiento radical para las neoplasias cervicales intraepiteliales. (16)

Los leiomiomas uterinos son la principal causa para histerectomías. Esta indicación es para las mujeres que ya no desean tener más hijos. (16) También García y cols., reportan que la principal indicación para la histerectomía es el mioma uterino, en mujeres con promedio de edad entre los 36 a 45 años. (22)

Al analizar la histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave el 78.6% de mujeres tuvieron antecedentes de cesárea, hay predominio de la histerectomía total abdominal 63.3%. Fue necesario el ingreso a terapia intensiva en el 69% de las pacientes histerectomizadas. (23)

Un estudio reciente del año 2017, realizado por Fernández y cols., para analizar la tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada reporta que las principales causas para realizar una histerectomía fueron la atonía, acretismo, útero de Couvelaire, la ruptura uterina y la placenta previa. Las principales morbilidades fueron las infecciones, lesión vesical, lesión vascular, sangrado. (24)

Otras indicaciones son la hemorragia uterina disfuncional, dismenorreas intratables, dolor pélvico, neoplasias intraepiteliales cervicales, prolapso genital. También están las emergencias obstétricas como ruptura uterina que no puede ser reparada o abscesos pélvicos refractarios al tratamiento, también puede ser necesario en casos de placenta ácreta o placenta increta. Otras

indicaciones son las enfermedades pélvicas inflamatorias, la endometriosis y el cáncer. (16) (25)

Complicaciones intraoperatorias.

Las complicaciones pueden agruparse en cuatro grandes grupos en la práctica:

1. Complicaciones mayores: que son las que afectan a un órgano vital, que generan transfusiones o que derivan en reintervenciones.
2. Complicaciones menores: aquellas que no cumplen los requisitos anteriores.
3. Complicaciones intraoperatorias: las que se presentan durante el acto quirúrgico
4. Complicaciones posoperatorias: aquellas que se presentan a partir de que el paciente es llevado a la sala de recuperación.

Posada y cols., manifiestan que la frecuencia de complicaciones totales en histerectomías es del 12.5%, complicaciones mayores 3.1%, complicaciones menores 9.3%, complicaciones posoperatorias, 11.43% y complicaciones intraoperatorias 1.09%. (26)

De igual manera, Manríquez y cols., al analizar las complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas, al compilar la experiencia de seis años en Chile reportan que las principales complicaciones en las histerectomías vaginales fueron lesiones vasculares 1.2% y vesicales 0.6%. se identificó un 1.2% de complicaciones infecciosas, las que han disminuido con el uso de antibióticos profilácticos. (27)

De igual manera, en Colombia se reporta que la incidencia de histerectomía obstétrica es de 5.9 por 1000 recién nacidos vivos. Las indicaciones más frecuentes fueron atonía uterina 43.37% y anomalías de la inserción placentaria 18.24%. la complicación más frecuente fue la anemia en un 76.3%. (28)

La incidencia de histerectomías de origen obstétrico es del 0.2% según el estudio de Vanegas y cols., realizado en Cuba, especialmente en mujeres

mayores de 34 años, con un parto anterior, embarazo a término y antecedentes de cesárea. De hecho la cesárea aumentó en 6.7 veces el riesgo de someterse a una histerectomía en relación con el parto vaginal. La indicación más frecuente fue la hemorragia en un 42.3%. (29)

Una revisión sistemática y un metaanálisis realizado por Aragón Palmero y cols., no demostró una diferencia estadísticamente significativa entre las histerectomías totales abdominales frente a la histerectomía mínimamente invasiva. (30)

Muchas de las complicaciones intraoperatorias pueden ser debidas a una pobre iluminación, apoyo poco satisfactorio, prisa indebida, variaciones anatómicas o involucramiento del órgano lesionado en el proceso de la enfermedad.

Las lesiones a los uréteres pélvicos son una de las complicaciones más formidables de la histerectomía, también están las lesiones de la vejiga, del intestino, las hemorragias. (31)

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier entre el período 2015-2018.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1.1 Describir a las pacientes según la edad, estado civil, ocupación y nivel de instrucción.
- 3.1.2 Describir las histerectomías según, tipo de procedimiento, diagnóstico ecográfico y por Pap, la razón por la cual se realizó el procedimiento (fibromas, cáncer, indicaciones obstétricas, patología de cuello uterino, hiperplasia endometrial), tamaño del útero, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, mortalidad.
- 3.1.3 Determinar las principales complicaciones como sangrado posoperatorio, lesión de uréter, lesión de vejiga, fiebre de origen desconocido, íleo paralítico, colección intraabdominal, oclusión intestinal, prolapso de cúpula, absceso de cúpula, fístula besico-vaginal, trombosis venosa profunda, lesión intestinal, necrosis isquémica del ovario, hernia abdominal, neumotórax.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal

4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Salud integral del ser humano. Enfermedades no transmisibles.

4.3 Matriz de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	años	Numérica
Ocupación	Actividad que una mujer desempeña de manera consuetudinaria y por la cual puede o no recibir un sueldo	Actividad laboral	Profesional Agricultura QQDD Estudiante Comerciante Otros	Nominal Si No
Estado civil	Condición legal de un individuo en relación con otra persona y reconocida por la ley	Relación con otra persona	Cédula	Nominal Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Nivel de instrucción	Grado de formación adquirida en un sistema de educación formal que alcanza una persona según los años de estudio aprobados.	Grados de estudio aprobados	Grados	Nominal Sin estudios Primarios Medios Secundarios Superior
Diagnóstico ecográfico	Cambios observados en la anatomía del útero y los órganos anexos por la ultrasonografía y que son indicación para la realización de la histerectomía	Cambios en la anatomía uterina y órganos anexos	Resultados de la ecografía	Nominal

Indicaciones	Es el empleo de razones válidas sustentadas desde el criterio científico y clínico del médico para indicar la realización de un procedimiento o tratamiento	Razones clínicas y científicas	Fibromas/miomas Cáncer hemorragia uterina disfuncional dismenorreas intratables dolor pélvico neoplasias intraepiteliales cervicales prolapso genital. abscesos pélvicos refractarios al tratamiento, enfermedades pélvicas inflamatorias endometriosis	Nominal Si No
Indicaciones obstétricas	Es el empleo de razones válidas sustentadas desde el criterio científico y clínico del médico obstetra para indicar la realización de un procedimiento o tratamiento	Justificaciones obstétricas	atonía, acretismo, útero de Couvelaire, la ruptura uterina y la placenta previa	Nominal
Tamaño útero	tamaño del órgano que determina una condición de normal o anormal.	Tamaño de masa	Centímetros	Numérica
Tiempo quirúrgico	Tiempo transcurrido desde el inicio de la cirugía hasta la finalización de la misma	Tiempo transcurrido de la cirugía	Minutos	Numérica
Complicaciones	Eventos no deseados que pueden presentarse durante o posterior a la histerectomía	Eventos no deseados	sangrado posoperatorio lesión de uréter lesión de vejiga fiebre de origen desconocido íleo paralítico coleción intraabdominal oclusión intestinal prolapso de cúpula absceso de cúpula fístula vesico-vaginal, trombosis venosa profunda lesión intestinal necrosis isquémica del ovario hernia abdominal neumotórax	Nominal Si No
Estadía hospitalaria	Tiempo que la paciente permanece hospitalizada a consecuencia de la histerectomía	Tiempo que permanece en el hospital	Días	numérica

Mortalidad	Condición en la que una paciente que es sometida a una histerectomía fallece por alguna complicación durante o después del acto quirúrgico	Fallecimiento de la mujer por la histerectomía	Historia clínica	Nominal Si No
------------	--	--	------------------	----------------------------

4.4 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA

4.4.1 Población

El universo de estudio estuvo constituido por todas las mujeres que se someten a una histerectomía en el Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues.

4.4.2 Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró una prevalencia de histerectomías del 3.3% en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso del año 2008 (32), un error de inferencia del 2.5% y un nivel de confianza del 95%.

La fórmula empleada fue para determinar una proporción, para universo finito, y variable cualitativa.

$$n = \frac{N * p * q * z^2}{(N-1)e^2 + p * q * z^2} = \frac{3000 * 0.033 * 0.967 * 1.96^2}{(3000-1)0.025^2 + 0.033 * 0.967 * 1.96^2} = 180.2$$

n= muestra

N=población

p= probabilidad de ocurrencia

q=probabilidad de no ocurrencia

z²= nivel de confianza (95%)

e²= error de inferencia.

El tamaño de la muestra a estudiar fue de 180 pacientes histerectomizadas atendidas en el Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues.

Unidad de observación: Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues

Unidad de análisis: Pacientes histerectomizadas.

Asignación: para la asignación se utilizó muestreo aleatorio simple, es decir se tomó el total de histerectomías realizadas en el hospital en el periodo 2015-2018 y de esta lista se seleccionaron las historias clínicas con números aleatorios a través del programa estadístico EPIDAT 4.1 año 2014 hasta completar la muestra.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que hayan acudido al Hospital Homero Castanier para ser intervenidas quirúrgicamente por una histerectomía.
- Pacientes cuyas historias clínicas cuenten con información completa.
- Que se cuente con la autorización del Gerente del hospital para acceder a la información de las historias clínicas.

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas

4.6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

Para iniciar con el estudio se solicitó la aprobación del protocolo de investigación por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica.

Se realizó una prueba previa para verificar la validez del formulario de recolección de datos con una muestra de 10 historias clínicas. En esta etapa se verificó que los datos que se buscan estén disponibles en las historias clínicas, que los informes de los partes quirúrgicos sean completos, el tiempo necesario para recolectar la información para la planificación del tiempo y los materiales necesarios.

Los datos se tomaron de las historias clínicas de las pacientes que han sido sometidas a una histerectomía durante el tiempo de estudio.

4.7 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada en los formularios fue transcrita a una base digital y analizada con el programa SPSS v15 evaluación.

Previo al análisis se verificó la calidad de los datos, si fueron correctamente ingresados y que la información de cada paciente este completa. Luego se recodificaron las variables numéricas de acuerdo con los objetivos del estudio.

El análisis descriptivo se hizo mediante frecuencias y porcentajes para las variables nominales y para las variables numéricas el análisis fue mediante la media y la desviación estándar.

4.8 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Este estudio respetó las normas de Helsinki y las del Ministerio de Salud Pública para realizar investigaciones con seres humanos.

No existió ningún tipo de riesgo para las pacientes, por cuanto los datos fueron tomados de las historias clínicas de las mismas. Para esto se solicitó la aprobación del gerente del hospital y del director médico.

Para garantizar la confidencialidad de los datos se codificó la información personal, de tal manera que no se publicaron estos datos en ninguna etapa del estudio o en los informes finales.

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS

Tabla N.1 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según la edad, el estado civil, la ocupación y el nivel de instrucción, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
25-44 años	80	44.4
45-64 años	95	52.8
≥65 años	5	2.8
Estado civil		
Soltera	16	8.9
Casada	124	68.9
Viuda	10	5.6
Separada	1	0.6
Divorciada	13	7.2
Unión libre	16	8.9
Ocupación		
Estudiante	2	1.1
Professional	14	7.8
Agricultor	4	2.2
Comerciante	15	8.3
Artesano	6	3.3
QQDD	139	77.2
Nivel de instrucción		
Sin estudios	17	9.4
Primaria	91	50.6
Secundaria	52	28.9
Superior	20	11.1

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Ingrid Lima

En total se estudiaron 180 pacientes histerectomizadas en el Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues. La edad más frecuente fue de 45-64 años que representó el 52.8% del total de la muestra estudiada.

El estado civil más frecuente fue el casado con un 68.9%, las pacientes se dedican principalmente a los quehaceres domésticos 77.2% y

aproximadamente la mitad de ellas 50.6% tienen primaria como nivel de instrucción.

Tabla N.2 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según el diagnóstico ecográfico, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico ecográfico		
<i>Colección endocervical</i>	1	0.6
<i>Displasia uterina</i>	1	0.6
<i>Hiperplasia endometrial</i>	19	10.6
<i>Mioma intramural</i>	10	5.6
<i>Mioma submucoso</i>	9	5.0
<i>Miomatosis uterina</i>	107	59.4
<i>Placenta ácreta</i>	2	1.1
<i>Útero y anexos atróficos</i>	2	1.1
<i>No ecografía</i>	29	16.1

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Ingrid Lima

Los principales diagnósticos ecográficos según los reportes consignados en las historias clínicas fueron la miomatosis uterina con un 59.4% y la hiperplasia endometrial 10.6%.

Tabla N.3 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según el tipo de histerectomía, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de histerectomía		
<i>Total</i>	170	94.4
<i>Subtotal</i>	10	5.6

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Ingrid Lima

Según el tipo de histerectomía un 94.5% de los procedimientos quirúrgicos son histerectomías totales, con un mínimo porcentaje 5.6% de histerectomías subtotaes.

Tabla N.4 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según las indicaciones de histerectomía, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Indicaciones de histerectomía		
<i>Fibromas/miomas</i>	120	66.7
<i>Cáncer</i>	1	0.6
<i>Hemorragia uterina disfuncional</i>	17	9.4
<i>Dismenorreas intratables</i>	2	1.1
<i>Neoplasias intraepiteliales cervicales</i>	15	8.3
<i>Abscesos pélvicos</i>	1	0.6
<i>No registra indicación</i>	24	86.7

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Ingrid Lima

Las principales indicaciones para las histerectomías en este centro hospitalario son la miomatosis y los fibromas que representan un 66.7% del total de las histerectomías. También hay un 8.3% de pacientes que se operaron por una neoplasia intraepitelial cervical.

Tabla N.5 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según el diagnóstico anatomopatológico, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico PAP		
<i>ASCUS</i>	1	0.6
<i>Células glandulares atípicas</i>	1	0.6
<i>Displasia cervical</i>	15	8.4
<i>Displasia cervicouterina</i>	1	0.6
<i>Displasia cuello uterino</i>	1	0.6
<i>Lesión intraepitelial grado 2</i>	1	0.6
<i>Lesión intraepitelial escamosa grado I</i>	1	0.6
<i>Lesión intraepitelial bajo grado más displasia leve</i>	1	0.6
<i>Lesión intraepitelial de alto grado ASCUS</i>	1	0.6
<i>Sin estudio anatomopatológico</i>	157	87.2

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Ingrid Lima

Los principales diagnósticos de anatomía patológica fueron la displacia cervical 8.4%.

Tabla N.6 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según las indicaciones obstétricas, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Indicaciones obstétricas		
<i>Anotia uterina</i>	5	2.8
<i>Acretismo</i>	5	2.8
<i>Ruptura uterina</i>	1	0.6
<i>No indicación obstétrica</i>	169	93.9

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Ingrid Lima

Las principales indicaciones obstétricas identificadas en la muestra analizada de pacientes histerectomizadas fueron la atonía uterina 2.8%, el acretismo placentario 2.8% y la ruptura uterina 0.6%.

Tabla N.7 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según las complicaciones, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones		
<i>Sangrado posoperatorio</i>	8	4.4
<i>Lesión de vejiga</i>	1	0.6
<i>Infección</i>	2	1.1
<i>Fistula vesico-vaginal</i>	1	0.6
<i>Otra</i>	4	2.2
<i>Ninguna</i>	141	78.3
<i>No registra</i>	23	12.8

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Ingrid Lima

Entre las complicaciones que más se presentan en los procedimientos de histerectomía están el sangrado posoperatorio 4.4% y la infección 1.1%.

Tabla N.8 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según el tamaño del útero, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tamaño del útero		
<i>Grande</i>	124	68.9
<i>Normal</i>	56	31.1

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Ingrid Lima

Se determinó que un 68,9% de los úteros extraídos eran grandes.

Tabla N.9 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según el tiempo quirúrgico, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
*Tiempo quirúrgico		
<i>0-60 minutos</i>	12	6.7
<i>61-90 minutos</i>	73	40.6
<i>91-120 minutos</i>	61	33.9
<i>121-150 minutos</i>	26	14.4
<i>151-180 minutos</i>	6	3.3
<i>>180 minutos</i>	2	1.1

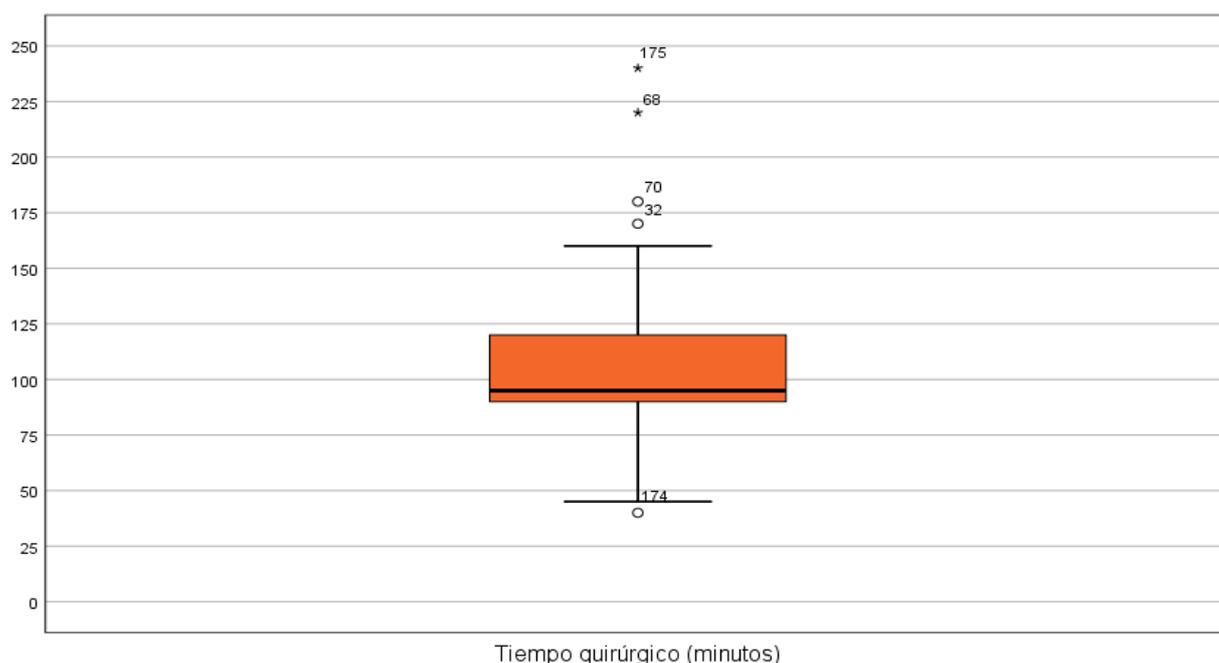
* Media 102.97 ± 29.33 (minutos)

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Ingrid Lima

El promedio del tiempo quirúrgico fue de 102.97 ± 29.33 (minutos), determinándose que el 40.6% de las cirugías tomaron entre 61-90 minutos.

Gráfico N.1 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según el diagnóstico anatomopatológico, Azogues 2015-2018



Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Ingrid Lima

Tabla N.10 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según la estadía hospitalaria, Azogues 2015-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
*Estadía hospitalaria		
1-2 días	17	9.4
3-4 días	127	70.6
5-6 días	28	15.6
>6 días	8	4.4

*promedio 3.77 ±1.76 días

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Ingrid Lima

En promedio el tiempo de estancia hospitalaria fue de 3.77 ± 1.76 días. De hecho, el 70.6% de pacientes permanecieron hospitalizadas de 3-4 días.

Tabla N.11 descripción de 180 pacientes sometidas a histerectomías abdominales atendidas en el Hospital Homero Castanier según la mortalidad, Azogues 2015-2018

	Frecuencia	Porcentaje
Mortalidad		
<i>Si</i>	0	0.0
<i>No</i>	180	100.0

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Ingrid Lima

Durante el período de estudio, de las historias clínicas analizadas no se registraron casos de mortalidad materna asociadas con las histerectomías.

CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN

Aunque la histerectomía vaginal ha demostrado tener mayores ventajas como menos complicaciones, rápida recuperación, costo-efectividad y menor tiempo hospitalario con una temprana integración a las actividades, en el Hospital Homero Castanier la mayoría de las histerectomías son por vía abdominal. Manríquez y cols, en un estudio chileno reportan que el porcentaje de histerectomías abdominales es del 17% y las histerectomías vaginales del 83%.

Sin embargo, Pineros y cols, reportan que la vía de abordaje más frecuente fue la abdominal 81.5%. (37) lo cual se corresponde con la práctica que se realiza en el Hospital Homero Castanier.

Nosotros determinamos que las principales indicaciones para las histerectomías fueron las miomatosis uterinas con un 66.7% y la hemorragia uterina disfuncional 9.4%, estos datos se corresponden con un estudio realizado en España con mujeres cuyo promedio de edad fue de 40-55 años que concluye que las principales causas de histerectomía en el período posmenopáusico son en primer lugar el mioma uterino 60%, dentro de este grupo el 33.3% tuvo asociación de mioma y hemorragia uterina disfuncional 26.9%. La segunda indicación más frecuente fue el prolapso uterino 16.9%, seguido de la hiperplasia endometrial 7.6%, endometriosis 6.9%, hemorragia uterina disfuncional 3.8%, displasia cervical 3.8% y dolor pélvico 0.76%. (37) De hecho, no se identificó histerectomías por prolapso uterino y las cifras nuestras de hemorragia uterina disfuncional duplican a las reportadas.

Kelly y cols., en otro estudio realizado en Canadá reportan que el porcentaje de histerectomías abdominales es del 56.8%, con una incidencia global de complicaciones del 13.1%. Las principales indicaciones fueron hemorragia

uterina disfuncional 32.3%, leiomioma 25.0%, prolapso 20.9%, dolor pélvico 10.0%, masa anexial 0.6%, displasia cervical 0.7%, otros 10.6%. (38) Al analizar estos resultados y compararlos con los nuestros los porcentajes de histerectomías por hemorragia disfuncional son tres veces mayores a los encontrados en el Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues. De igual manera, las indicaciones por displasia cervical son muy bajas si las comparamos con las observadas en nuestro estudio que son del 8.3%.

Las indicaciones obstétricas de histerectomía en nuestro estudio representan el 6.2%, siendo las principales la atonía uterina 2.8%, el acretismo placentario 2.8% y la ruptura uterina 0.6%.

Las principales indicaciones obstétricas según los datos del estudio de Casas y cols., realizado en Colombia fueron la atonía uterina 43.3%, y las anomalías de la inserción placentaria 18.24%. (33) La histerectomía obstétrica es un procedimiento asociado a la morbilidad obstétrica extremadamente grave, donde la habilidad del médico asociado a un conocimiento adecuado la hace una herramienta que permite salvar vidas especialmente en situaciones críticas. (34)

En México, Ja y cols., al analizar la tasa de hemorragia e histerectomía obstétricas y muertes maternas relacionadas reporta una tasa de hemorragia obstétrica de 2.5 y un total de 58 histerectomías de 657 casos de hemorragia. El autor concluye que el acretismo placentario reemplazó a la atonía uterina como primera causa de histerectomía obstétrica. (35)

Ventajosamente, la intervención oportuna y temprana de estos problemas obstétricos con las histerectomías logró que no se reporten casos de muertes maternas durante el período de estudio asociadas al procedimiento quirúrgico.

Más de la mitad de los úteros extraídos 68.9% fueron identificados como grandes en este estudio. Mientras el peso del útero es un factor de riesgo independiente para complicaciones en la histerectomía, también la histerectomía abdominal tiene una probabilidad más alta de complicaciones,

comparado con la histerectomía laparoscópica, aún para los úteros de gran tamaño. Por lo cual, se sugiere que el tamaño uterino por sí solo no es un indicador apropiado para histerectomía abdominal. (36)

Al analizar la experiencia clínica de histerectomías posparto Robert y cols., reportan que la incidencia es de 2.2 histerectomías por cada 1000 partos, con un promedio de edad de 36 años. Las principales causas fueron el acretismo placentario 61.8%, atonía uterina 20.6% y rotura uterina 8.8%. Las principales complicaciones observadas en estos procedimientos fueron la lesión vesical 26.5%. Al igual que nuestros resultados no se reporta casos de muerte materna. (39)

Los porcentajes observados de lesiones de vejiga en nuestro estudio con un 0.6%, fístula vesico-vaginal 0.6% son similares a los reportados en un estudio finlandés donde se observó un 0.10% de lesiones de uréteres, 0.13% de vejiga y un 0.08% de fístulas vesico-vaginales. (40)

Según el tipo de histerectomía se observó que un 94.4% fueron totales y un 5.6% subtotaes. Las histerectomías subtotal es técnicamente más fácil y toma un menor tiempo quirúrgico. (41) Sin embargo, más del 90% de histerectomías en nuestro estudio fueron totales. Según la literatura médica la incidencia de hemorragia intraoperatoria en la histerectomía total abdominal varía entre un 0.2% a un 3.7%, porcentaje muy similar al observado en este estudio que fue del 4.4%. Se debe tener presente que en la valoración de esta variable los criterios son muy subjetivos, dependiendo básicamente de la apreciación individual del médico tratante. (41)

Según la literatura médica la tasa global de complicaciones con la histerectomía radical varía entre un 26.7% a 50%. En general, las complicaciones se pueden clasificar como las que ocurren durante la cirugía, las que ocurren antes de los 30 días después de la cirugía (complicaciones tempranas) y las que ocurren después de este tiempo (tardías). La complicación intraoperatoria más común de la histerectomía radical es la

hemorragia, con un 25% de cirugías que pueden requerir de transfusiones sanguíneas. Otras complicaciones intraoperatorias menos comunes son la lesión de la vejiga, intestino, estructuras vasculares o nerviosas. (42) El porcentaje de complicaciones registrado en este estudio es del 21.7%, siendo las principales causas el sangrado posoperatorio 4.4%.

Sin embargo, si se compara el porcentaje de complicaciones en las hysterectomías vaginales como un 1.2% de lesiones vasculares y 0.6% de lesiones vesicales nuestros resultados evidencian un mayor porcentaje de complicaciones a pesar de la mayor complejidad del procedimiento. (43)

Muchas de las complicaciones observadas en las hysterectomías por miomas dependen del tamaño del mioma. Cuando el tamaño de este es mayor a los 500g se correlaciona con pérdidas sanguíneas mayores a los 500ml.

La complicación más común posoperatoria es la relacionada con el tracto urinario y su inervación. La incidencia reportada de disfunción del tracto urinario después de una hysterectomía radical varía entre un 8% a 80%. (42)

En relación con el tiempo quirúrgico se identificó que este tiene un promedio de 102.97 ± 29.33 (minutos), tiempos superiores a los reportados en otros estudios como el de Perrino y cols., que reportan un tiempo promedio de 87.8 ± 20.4 minutos, Garry y col., de 55.2 ± 20 minutos, Persson y cols., 64 ± 17 minutos, kluivers y cols., 90 ± 60 minutos. (44) (45) (46) (47)

De igual manera, al analizar el tiempo de estadía hospitalaria los tiempos varían según los estudios: Perrino y cols., reportan un tiempo promedio de 6.2 ± 1.9 minutos, Garry y col., de 3.4 ± 0.7 minutos, Persson y cols., 3 ± 0.8 minutos, kluivers y cols., 5.4 ± 2.4 minutos. (44) (45) (46) (47) Nuestros resultados evidenciaron un tiempo de estancia hospitalaria de 3.77 ± 1.76 días lo cual se corresponde con los resultados anteriores.

Los tiempos de la estadía hospitalaria son menores a los reportados en los estudios anteriores cuando el procedimiento es laparoscópico, el tiempo promedio con esta técnica es de 2 días. (48)

La duración de la hospitalización puede variar de 5 a 7 días según lo reporta Sabban y cols., Lo cual a su vez depende en gran parte de la morbilidad operatoria, la cual es mayor en el caso de secuelas inflamatorias o infecciosas, endometriosis o antecedentes quirúrgicos. (49)

En la actualidad la tendencia es disminuir la estancia hospitalaria después de una intervención quirúrgica.(41) Por ello, llama la atención que un porcentaje alto de pacientes 20% permanecieron hospitalizadas por un tiempo mayor a los cinco días. Quizás en parte este porcentaje alto se debe a que las histerectomías totales fueron mayores que las histerectomías parciales, la técnica empleada, la habilidad y destreza del médico y las condiciones hospitalarias.

La histerectomía radical es el tratamiento preferido para las pacientes con cáncer cervical IB1 o IIA1 confirmado histológicamente que ya no tienen interés en una fertilidad futura. En estas pacientes con un cáncer cervical en etapa temprana la tasa de curación es superior al 90%. (42)

La histerectomía radical requiere de un conocimiento profundo de la anatomía pélvica y las relaciones entre las estructuras vitales como son el recto, uréteres, vejiga y la vascularización pélvica como de la inervación.

Al comparar la histerectomía total abdominal con la histerectomía subtotal abdominal se observan menores tiempos quirúrgicos para la segunda variación, al igual que una menor estadía hospitalaria para un 58.1% de pacientes. El sangrado moderado es del 5.1%, con un mínimo porcentaje de lesiones de órganos vecinos. A diferencia de una mayor morbilidad febril 22.4% e infecciosa 5.7% para la histerectomía abdominal total. (41)

Un factor que contribuye a la aparición de un mayor número de complicaciones es el estado nutricional de las pacientes. Tyan y col., en un estudio realizado en los Estados Unidos concluye que el riesgo es 17% más alto en comparación a las pacientes que tienen peso normal. (50)

Un hecho importante es que las diferentes opciones de la histerectomía total o subtotal y las vías de abordaje deben individualizarse según la situación clínica de cada paciente, además es fundamental que estas cirugías se realicen en centros donde existan especialistas entrenados y con suficiente experiencia para disminuir la probabilidad de complicaciones, estadías hospitalarias prolongadas y lograr mejorar la calidad de la atención. (48)

CAPÍTULO VII

7 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

CONCLUSIONES

- 7.1 Se estudió un total de 180 histerectomías, la edad más frecuente 52.8% fue de 45 a 64 años, la mayoría son casadas 68.9%, se dedican a los quehaceres domésticos 77.2% y un 50.6% tienen primaria como nivel de instrucción.
- 7.2 El diagnóstico ecográfico más frecuente fue de miomatosis uterina 59.4%. el tipo de histerectomía más realizado fue la total con un 94.4%.
- 7.3 Las principales indicaciones de histerectomías fueron la miomatosis uterina 66.7% y las neoplasias intraepiteliales cervicales 8.3%. las indicaciones obstétricas fueron por atonía uterina 2.8%, acretismo 2.8% y ruptura uterina 0.6%.
- 7.4 Un 8.4% de reportes de anatomía patológica son displasias cervicales.
- 7.5 Las complicaciones que más se presentaron fueron el sangrado posoperatorio 4.4%, infecciones 1.1%, lesiones de vejiga 0.6%.
- 7.6 El promedio del tiempo quirúrgico fue de 102.97 ± 29.33 (minutos) y el de la estancia hospitalaria fue de 3.77 ± 1.76 días.

RECOMENDACIONES

- 7.6.1 Se recomienda que los protocolos para la realización de histerectomías sean revisado y actualizados periódicamente de acuerdo con el nivel de evidencia más actual, pero también ajustado a la realidad de cada centro hospitalario.
- 7.6.2 Se debe capacitar constantemente al personal médico especialista para que este en capacidad de ofertar a la paciente otras alternativas como la histerectomía vaginal, la histerectomía subtotal, la histerectomía laparoscópica que han demostrado ser técnicas que disminuyen la estancia hospitalaria y mejorar la satisfacción de las pacientes.
- 7.6.3 Debido a que la principal complicación de la cirugía fue el sangrado, y a las indicaciones obstétricas que se registraron se debe contar con la suficiente cantidad de hemoderivados para manejar este tipo de emergencias.
- 7.6.4 Se debe continuar con nuevas investigaciones para determinar y analizar las otras modalidades de las técnicas quirúrgicas en este centro hospitalario, comparar las ventajas de estas según la realidad de la institución y determinar las ventajas y desventajas para impulsar mejores protocolos de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vega M. G, Bautista G. LN, Rodríguez N. LD, Loredó A. F, Vega M. J, Becerril S. A, et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017 Oct;82(4):408–15.
2. Barreras González JE, Díaz Ortega I, López Milhet AB, Pereira Fraga JG, Castillo Sánchez Y, Sánchez Hernández EC. Histerectomía laparoscópica en 1 599 pacientes. *Rev Cuba Cir.* 2015 Sep;54(3):0–0.
3. Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 - 2015. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017 Jan;63(1):27–33.
4. Vega M. G, Bautista G. LN, Rodríguez N. LD, Loredó A. F, Vega M. J, Becerril S. A, et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017 Nov;82(5):526–33.
5. Sardiñas Ponce R, Fernández Santiesteban L. Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años. *Rev Cuba Cir.* 2014 Sep;53(3):281–8.
6. Calvo Aguilar O, Rosas Carvallar E, Vásquez Martínez J, Hernández Cuevas J. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016 Dec;81(6):473–9.
7. Caeiro F, Miranda M, Nogueira B, Mendinhos G, Pereira AP, Reis J, et al. Histerectomia totalmente laparoscópica: as primeiras 300 de um novo serviço de Ginecologia e Obstetrícia. *Acta Obstétrica E Ginecológica Port.* 2017 Oct;11(4):256–63.
8. Arcos Vera B, Arcos Vera D, Flores Rangel GA, Arcos Vera B, Arcos Vera D, Flores Rangel GA. Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina. Diferencias entre la cirugía abierta vs laparoscópica. A propósito de un caso. *Rev Fac Med México.* 2018 Apr;61(2):29–36.
9. Poveda G I, Monfort O IR, García C N, Signes P C, Monzó F S, Monleón S J, et al. Histerectomía total laparoscópica en pacientes con endometriosis profunda. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016 Aug;81(4):302–7.

10. Fernández-Lara JA, Toro-Ortiz JC, Martínez-Trejo Z, Maza-Labastida S de la, Villegas-Arias MA, Fernández-Lara JA, et al. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet México*. 2017;85(4):247–53.
11. Silva M. MA, Silva M. MA. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literature. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017 Dec;82(6):666–74.
12. Sardiñas Ponce R. La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. *Rev Cuba Cir*. 2015 Mar;54(1):82–95.
13. Hernández Durán D, Ferreiro RM, Rodríguez Hidalgo N, Díaz Garrido D, Vera Fernández V, Pérez García N. Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2010 Dec;36(4):0–0.
14. Ben S, Greif D, Nozar MF, Calderón J, Fernández MX, Ben S, et al. Tratamiento radical mínimamente invasivo en cáncer de cuello uterino invasor: experiencia de la Clínica Ginecotocológica “A.” *Rev Médica Urug*. 2018 Jun;34(2):29–47.
15. Aguilar Ponce S, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2012 Mar;38(1):107–16.
16. Schorge JO, Williams JW, editors. *Williams gynecology*. New York: McGraw-Hill Medical; 2008. 1189 p.
17. Beck TL, Morse CB, Gray HJ, Goff BA, Urban RR, Liao JB. Route of hysterectomy and surgical outcomes from a statewide gynecologic oncology population: is there a role for vaginal hysterectomy? *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Mar;214(3):348.e1-9.
18. Mehta A, Xu T, Hutfless S, Makary MA, Sinno AK, Tanner EJ, et al. Patient, surgeon, and hospital disparities associated with benign hysterectomy approach and perioperative complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(5):497.e1-497.e10.
19. Minto BW, Nagatsuyu CE, Teixeira CR, Zanuzzo FS, Candido TD, Diogo LMI, et al. Minimally invasive hysterectomy in Coatis (*Nasua nasua*). *Pesqui Veterinária Bras*. 2017 Jun;37(6):627–9.

20. Margulies SL, Vargas MV, Denny K, Sparks AD, Marfori CQ, Moawad G, et al. Comparing benign laparoscopic and abdominal hysterectomy outcomes by time. *Surg Endosc*. 2019 May 16;
21. Blikkendaal MD, Schepers EM, van Zwet EW, Twijnstra ARH, Jansen FW. Hysterectomy in very obese and morbidly obese patients: a systematic review with cumulative analysis of comparative studies. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Oct;292(4):723–38.
22. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE. Histerectomía: Evaluación de dos técnicas quirúrgicas. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2009 Jun;35(2):0–0.
23. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Cairo González V, Pérez Viera S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2011 Dec;37(4):481–8.
24. Fernández-Lara JA, Toro-Ortiz JC, Martínez-Trejo Z, Maza-Labastida S de la, Villegas-Arias MA, Fernández-Lara JA, et al. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet México*. 2017;85(4):247–53.
25. English EM, Bell S, Kamdar NS, Swenson CW, Wiese H, Morgan DM. Importance of Estimated Blood Loss in Resource Utilization and Complications of Hysterectomy for Benign Indications. *Obstet Gynecol*. 2019 Apr;133(4):650–7.
26. Posada D los R, Fernando J. Comments on “Complications in 748 laparoscopic hysterectomies using an uterine manipulator with vaginal highlighter.” *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2012 Dec;63(4):394–5.
27. Manríquez G V, Naser N M, Gómez L 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*. 2013;78(6):432–5.
28. Casas-Peña RL, Pérez-Varela IL, Chicangana-Figueroa GA. Frequency, indications and complications of obstetric hysterectomy at Hospital Universitario de San José in Popayán, 2006-2010: Cohort study. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013 Jun;64(2):121–5.
29. Vanegas Estrada RO, Sotolongo Falero A, Suárez Reyes AM, Muñiz Rizo M. Histerectomía obstétrica de urgencia. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2009 Sep;35(3):0–0.

30. Aragón Palmero FJ, Expósito Expósito M, Fleitas Pérez O, Morgado Pérez A, Mirabal Rodríguez C, Aragón Palmero L. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Cuba Cir.* 2011 Mar;50(1):82–95.
31. Berek JS, Berek DL. *Berek & Novak's gynecology.* 2020.
32. García M, González J. Prevalencia, características e indicaciones de Histerectomía en el Hospital Homero Castanier en el período 2005-2008. Universidad de Cuenca; 2008.
33. Casas-Peña RL, Pérez-Varela IL, Chicangana-Figueroa GA. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte
Frequency, indications and complications of obstetric hysterectomy at Hospital Universitario San José in Popayán, 2006-2010. Cohort study. :5.
34. Suárez J, Gutiérrez M, Gutiérrez A. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia.* 2011;37(4):481–8.
35. Ja F-L, Jc T-O, Ma V-A. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet México.* 2017;7.
36. Louie M, Strassle PD, Moulder JK, Dizon AM, Schiff LD, Carey ET. Uterine weight and complications after abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Nov;219(5):480.e1-480.e8.
37. Pineros J, Rivero B, Fernández-Calleja M. Histerectomía en la perimenopausia. Adenomiosis. *Prog Obstet Ginecol.* 2005 Nov;48(11):513–20.
38. Kelly EC, Winick-Ng J, McClure JA, Peart T, Chou Q, MacMillan B, et al. Hysterectomy in Ontario: A Population-Based Study of Outcomes and Complications in Minimally Invasive Compared with Abdominal Approaches. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Aug;41(8):1168–76.
39. Robert S JA, Ricci A P, Rodríguez A T, Pons G A. HISTERECTOMÍA POSPARTO: EXPERIENCIA DE CLÍNICA LAS CONDES. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet].* 2010 [cited 2019 Sep 8];75(5). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
40. Gimbel H, Settnes A, Tabor A. Hysterectomy on benign indication in Denmark 1988–1998. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(3):267–72.

41. Durán DH, Ferreiro RM, Rodríguez N, Garrido DD, Fernández VV, Pérez N. Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;36(4):552–64.
42. Pareja R, Ramirez PT. Abdominal Radical Hysterectomy. In: *Principles of Gynecologic Oncology Surgery* [Internet]. Elsevier; 2018 [cited 2019 Sep 9]. p. 104–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323428781000079>
43. Manríquez G V, Naser N M, Gómez L 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*. 2013;78(6):432–5.
44. Perino A, Cucinella G, Venezia R, Castelli A, Cittadini E. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: an assessment of the learning curve in a prospective randomized study. *Hum Reprod*. 1999 Dec 1;14(12):2996–9.
45. Garry R, Fountain J, Mason S, Hawe J, Napp V, Abbott J, et al. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ*. 2004 Jan 15;328(7432):129.
46. Persson P, Wijma K, Hammar M, Kjølhede P. Psychological wellbeing after laparoscopic and abdominal hysterectomy—a randomised controlled multicentre study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2006;113(9):1023–30.
47. Kluivers K, Hendriks J, Mol BWM, Bongers M, L Bremer G, De Vet H, et al. Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: A randomized, controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007 Mar 1;14:145–52.
48. Palmero FJA, Expósito ME, Fleitas O, Pérez AM, Rodríguez CM, Palmero A. Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Cubana de Cirugía*. 2011;50(1):82–95.
49. Sabban F, Collinet P, Villet R. Histerectomía por vía abdominal por lesiones benignas. *EMC - Ginecol-Obstet*. 2009 Jan;45(3):1–9.
50. Tyan P, Amdur R, Berrigan M, Robinson H, Sparks A, Gu A, et al. Differences in Postoperative Morbidity among Obese Patients Undergoing Abdominal Versus Laparoscopic Hysterectomy for Benign Indications. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019 Apr;S1553465019301499.

ANEXOS

ANEXO 1. Oficio de bioética



Cuenca, 7/8/2019

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
Indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes
atendidas en el Hospital Homero Castanier entre el período 2015 - 2018.

Trabajo de titulación realizado por Ingrid Anabel Lima Oyola

Código: Li19IndME40

X A handwritten signature in blue ink is written over a circular purple stamp. The stamp contains the text "UNIVERSIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR" around the top edge, "UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA" in the center, and "COMITÉ DE BIOÉTICA" around the bottom edge.

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 2. Oficio de Coordinación de Investigación



Cuenca, 13 de agosto de 2019.

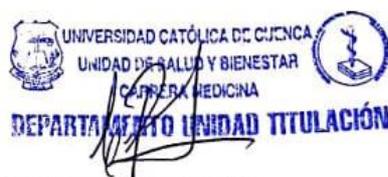
Señora Doctora
María Molina Crespo
DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina LIMA OYOLA INGRID ANABELLE con CI: 0705020519, 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 "INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LAS HISTECTOMIAS ABDOMINALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER ENTRE EL PERIODO 2015-2018". La Investigación será dirigida por la DR. FREDDY CARDENAS, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA/ ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, docente y director de la Carrera 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:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca



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

ANEXO 3. Formulario de recolección de datos



FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier entre el período 2015-2018

Formulario N°: _____		HC: _____	
Nombre: _____		Edad: _____ (años cumplidos)	
Cedula: _____			
Estado civil: Soltera _____ Separada _____ Casada _____ Divorciada _____ Viuda _____ Unión Libre _____		Nivel de instrucción: Sin estudios _____ Superior _____ Primaria _____ Secundaria _____	
Ocupación: Estudiante _____ Comerciante _____ Profesional _____ Artesano _____ Agricultor _____ QQDD _____			
Características clínicas			
Diagnóstico Ecográfico _____ PAP _____			
Indicaciones Fibromas/miomas _____ Cáncer _____ Hemorragia uterina disfuncional _____ Dismenorreas intratables _____ Dolor pélvico _____ Neoplasias intraepiteliales cervicales _____ Prolapso genital _____ Abscesos pélvicos _____ Enfermedades pélvicas inflamatorias _____		Indicaciones obstétricas Atonía _____ Acretismo _____ Útero de Couvelaire _____ Ruptura uterina _____ Placenta previa _____ Endometriosis _____ Sepsis puerperal _____	
Complicaciones Sangrado posoperatorio _____ Fístula vesico vaginal _____ Lesión de vejiga _____ Lesión de uréter _____ Fiebre de origen desconocido _____ Colección intraabdominal _____ Íleo paralítico _____ Oclusión intestinal _____ Prolapso de cúpula _____ Absceso de cúpula _____ Trombosis venosa profunda _____ Lesión intestinal _____ Necrosis isquémica del ovario _____ Hernia abdominal _____ Infección _____ Otra _____ Neumotórax _____ Ninguna _____			

Tamaño útero _____	Tiempo quirúrgico _____ (minutos)
Estado nutricional: Peso _____ (Kg) Talla _____ (mts)	Estadía hospitalaria _____ (días)
Mortalidad Si _____ No _____	Tipo de histerectomía Total _____ Subtotal _____ Radical _____

ANEXO 4. Informe del Antiplagio

INFORME FINAL DE TITULACION Ingrid Anabel Lima Oyola

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%	5%	0%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	2%

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 2%

ANEXO 5. Rúbrica de Pares Revisores



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



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

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	<i>Indicaciones y Contraindicaciones de las Histerectomías abdominales en pacientes operadas en el Hospital Amorero Costanera entre el periodo 2013-2018.</i>
Nombre del estudiante:	<i>Ingrid Anabel Lima Oyola.</i>
Director:	<i>Dr. Freddy Cordero Heredia.</i>
Nombre de par revisor:	

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 /5

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

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Ninguna.

Dr. JUAN MUÑOZ C.
C.M.A 2102
COGEP CA. 01-0965-2003

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Indicaciones y Complicaciones de las Histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Horacio Costantini entre el periodo 2015-2018

Nombre del estudiante: Ingrid Anabel Irma Oyola

Director: Dr. Freddy Córdova Andrade

Nombre de par revisor: Dr. Esteban Padrón M.

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

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

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Dr. Esteban Padrón M.
Médico Ginecólogo
Libro 3 "87" Folio 17 N° 50

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



ANEXO 6. Rúbrica de Dirección de Carrera



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

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

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

Tema:	Indicaciones y Complicaciones de las Histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castañeda entre el periodo 2015-2018.
Nombre del estudiante:	Ingrid Anabel Lima Oyola
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dr. Freddy Cárdenas Heredia
Asesor:	Dr. Carlos Arturo Peláez

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

* Marcar con una x lo que corresponda

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

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Ninguna

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
D. FREDDY CÁRDENAS H.

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

Firma de aceptación del estudiante

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



Scanned with
CamScanner

ANEXO 7. Oficio de Autorización del Hospital



Ministerio
de Salud Pública

VIERNES
23/08/2019

Hospital General "HOMERO CASTANIER CRESPO" COORDINACION DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

AUTORIZACION PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS OBSERVACIONALES DE INVESTIGACIÓN

La Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital Homero Castanier Crespo, luego de la recepción y análisis del protocolo de Investigación titulado: **"INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER EN EL PERÍODO 2015 - 2018"** presentado por la Srta: Lima Oyola Ingrid Anabelle con CI: 0705020519 estudiante egresado de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, informa que:

Esta investigación, cumple con los requerimientos ético-metodológicos necesarios, por lo que esta coordinación autoriza su realización.

Azogues, 14 de agosto de 2019.



Dra. Cristíña Cevallos
GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
Reg. 152112
CI: 010372239

Dra. Cristíña Cevallos

COORDINADOR (E) DE DOCENCIA E INVESTIGACION

AUTORIZACION PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS OBSERVACIONALES DE INVESTIGACIÓN



Scanned with
CamScanner

Andres F. Cordova y Luis M. Gonzalez
Teléfonos: 593 (7) 2240104 - 593 (7) 2240502 - 593 (7) 2245255 ext.:759
www.hhcc.gob.ec

ANEXO 8. Certificado de Centro de Idiomas



CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 17 de septiembre 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, Msc.
SECRETARIO



Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui ☎ Tel: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
☎ Tel: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo ☎ Tel: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Tel: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Tel: 2700393, 2700392

ANEXO 9. Informe Final de Investigación



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 "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, 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 del mismo.

Informe: la alumna LIMA OYOLA INGRID ANABEL ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado: INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LAS HISTECTOMIAS ABDOMINALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER ENTRE EL PERIODO 2015-2018, 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. ESTEBAN PADRON/ DR. JUAN MUÑOZ

Director: DR. FREDDY CARDENAS/ **Asesor:** DR. CARLOS AREVALO

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

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

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 del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,



Lcda. Carém Prieto M. Sc.
Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



HORA: _____ FIRMA: _____

ANEXO 10. Oficio de Director de Tesis



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca a 19 septiembre de 2019

Sra. Mgs
Carem Prieto
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE

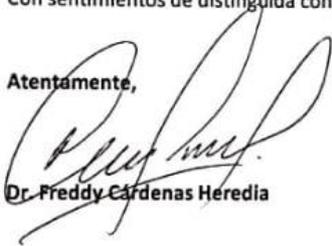
Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: **"Indicaciones y complicaciones de las histerectomías abdominales en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier periodo 2015-2018."**. Realizado por el estudiante **LIMA OYOLA INGRID ANABEL**, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Dr. Freddy Cárdenas Heredia

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