

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA



CARLOS MAURICIO ORTIZ POLANCO

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2015

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA

Estudio descriptivo transversal sobre la caracterización clínica de la histerectomía ginecológica, en el departamento de Ginecología del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.

CARLOS MAURICIO ORTIZ POLANCO

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2015

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

CARLOS MAURICIO ORTIZ POLANCO

Al conferírsele el título de

MÉDICO Y CIRUJANO

En el grado académico de

LICENCIADO

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2015

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



RECTOR
Dr. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leonidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	Br. Carla Marisol Peralta Lemus
Representante de Estudiantes:	PAE. Alberto José España Pinto
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.Sc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, 21 de septiembre de 2015

Señores:
Miembros Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Chiquimula, Ciudad.

Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado:

“CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA”

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



CARLOS MAURICIO ORTIZ POLANCO

Chiquimula, 21 de septiembre de 2015

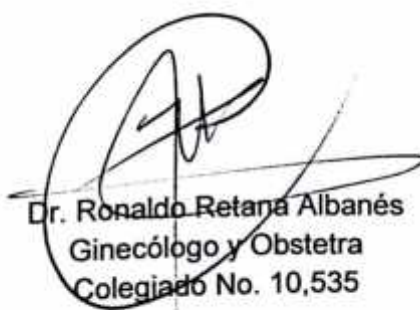
Señor Director
M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar al Perito y Bachiller en Electricidad, Carlos Mauricio Ortiz Polanco con carné 200640404 en el trabajo de graduación titulado "CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea la caracterización clínica de la histerectomía ginecológica en el departamento de ginecología del Hospital Regional de Zacapa, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Publico, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Ronaldo Retana Albanés
Ginecólogo y Obstetra
Colegiado No. 10,535

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 17 septiembre del 2015.
Ref. MYCTG-20-2015.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que el estudiante CARLOS MAURICIO ORTÍZ POLANCO identificado con el número de carné 200640404, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado "CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA", realizado en el departamento de Ginecología Hospital Regional de Zacapa, el cual fue asesorado por el Dr. Ronaldo Armando Retana Albanés, Especialista en Ginecología y Obstetricia, colegiado 10,535 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



"38 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 17 septiembre del 2015.
Ref. MYCTG-19-2015.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

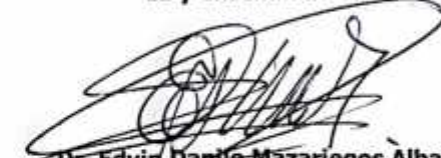
De manera atenta se le informa que el estudiante CARLOS MAURICIO ORTÍZ POLANCO identificado con el número de carné 200640404, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado "CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA", realizado en el departamento de Ginecología Hospital Regional de Zacapa, el cual fue asesorado por el Dr. Ronaldo Armando Retana Albanés, Especialista en Ginecología y Obstetricia, colegiado 10,535 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"38 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/



D-TG-MyC-075/2015

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó el estudiante **CARLOS MAURICIO ORTIZ POLANCO** titulado **"CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMIA GINECOLÓGICA"**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación a Nivel de Licenciatura**, previo a obtener el título de **Médico y Cirujano**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el veintiocho de septiembre del dos mil quince.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS FAMILIARES

A MIS CATEDRÁTICOS

A MI COORDINADOR DE CARRERA Y CATEDRÁTICO

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

A MI REVISOR Y CATEDRÁTICO

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

A MI ASESOR

Dr. Ronaldo Retana Albanés

A LA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE Y PERSONAL

AL HOSPITAL

Regional de Zacapa

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS: Por haberme dado vida y salud para llegar a este momento tan importante de mi formación profesional y cumplir mi mayor sueño.

A MI MADRE: Zoila Odila Polanco Paz, pilar más importante de mi vida, por su apoyo, esfuerzo, amor, su tenacidad y lucha interminable, que han hecho de ella un gran ejemplo a seguir. Gracias por haber creído en mí cuando inicié con este sueño, ya que sin ti no lo hubiera logrado.

A MI ABUELA: Margarita Paz Montoya, por sus sabios consejos y las enseñanzas que me brindo y por todo su amor, yo sé que desde el cielo me protege y me guía.

A MI HERMANO: Marlon Danilo Ortiz Polanco, quien es mi mejor amigo y ha estado siempre que lo he necesitado a mi lado, gracias por tú apoyo incondicional durante estos años lejos de casa.

ÍNDICE

Resumen	i
Introducción	ii
I. Planteamiento del problema	01
a. Antecedentes	01
b. Hallazgos y estudios realizados	02
c. Definición del problema	07
II. Delimitación del estudio	09
a. Delimitación teórica	09
b. Delimitación geográfica	09
c. Delimitación institucional	09
d. Delimitación temporal	10
III. Objetivos	11
IV. Justificación	12
V. Marco Teórico	13
Capítulo 1: Histerectomía	13
Capítulo 2: Abordaje quirúrgico de la histerectomía	20
Capítulo 3: Complicaciones de la histerectomía ginecológica	26
VI. Diseño Metodológico	29
a. Tipo de estudio	29
b. Área de estudio	29
c. Universo	29
d. Sujeto u objeto de estudio	29
e. Criterios de inclusión	30
f. Criterios de exclusión	30
g. Variables estudiadas	30
h. Operacionalización de las variables	31
i. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
j. Procedimientos para la recolección de información	32
k. Plan de análisis	33
l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	33
m. Cronograma	34
n. Recursos	35

	a. Humanos	35
	b. Físicos	35
	c. Financieros	35
VII.	Presentación de resultados	36
VIII.	Análisis de resultados	57
IX.	Conclusiones	60
X.	Recomendaciones	62
XI.	Propuesta	64
XII.	Bibliografía	66
XIII.	Anexos	72
	a. Anexo 1	73
	b. Anexo 2	75
	c. Anexo 3	76
	d. Anexo 4	77

RESUMEN

Histerectomía es la operación realizada más frecuentemente por ginecólogos y segundo procedimiento quirúrgico más común después de la cesárea.

Estudio descriptivo transversal para la caracterización clínica de la Histerectomía Ginecológica, se tomaron datos de expedientes de pacientes ingresadas al servicio de ginecología que fueron sometidas a histerectomía por patología ginecológica, en el Hospital Regional de Zacapa durante el año 2010 al 2014, obteniendo información por medio de una boleta recolectora de datos avalada por los miembros del comité de trabajos de investigación del Centro Universitario.

Universo 587 expedientes, 500 cumplieron criterios. La indicación quirúrgica más frecuente fue miomatosis uterina 36% (179), la técnica de histerectomía total 73% (367) y vía de abordaje fue la abdominal 81% (403). Complicaciones presentadas únicamente postoperatorias 4% (21), siendo la vía abdominal 22% (4) vía vaginal el 100% (3). Antecedentes obstétricos: 91% (456) fueron multíparas, 20% (100) presentaron tres gestas, 73% (113) un aborto y 53% (51) cesárea previa.

Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 13 a 14 años con 50% (132), coitarquia entre 16 a 17 años 28% (124), el 62% (195) presentó períodos menstruales el último año antes del procedimiento quirúrgico, 38% (118) en etapa de menopausia, 32% (95) utilizó método anticonceptivo y de estos el 50% (47) fueron anticonceptivos orales, el 80% (272) se realizó papanicolau siendo 35% (59) resultado normal, el 2% (8) presentó ETS de los cuales el 76% (6) fue por el VPH. No se presentaron casos de mortalidad, la tasa de histerectomías realizadas más elevada fue durante el año 2013 con 458 histerectomías ginecológicas.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la operación más realizada por el medico ginecólogo y el segundo procedimiento quirúrgico más común en los Estados Unidos después de la cesárea.

Es una de las operaciones ginecológicas realizadas con mayor frecuencia, con casi 600,000 pacientes sometidas al procedimiento cada año en Estados Unidos, se tiene que de cada 3 histerectomías 2 son realizadas por vía abdominal siendo la tendencia mundial observada al igual que en el presente estudio, constituyendo el segundo tipo de cirugía mayor realizado a mujeres que se encuentran en edad reproductiva lo que revela la gran importancia del tema; por ello se procedió a caracterizar clínicamente la histerectomía ginecológica en el Hospital regional de Zacapa durante un periodo de 5 años que abarco desde enero 2010 a diciembre 2014, identificándose los principales antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes e indicaciones por las que se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico, así mismo se conoció la vía de abordaje y técnica quirúrgica más utilizada.

También se muestran las complicaciones que se presentaron durante el procedimiento quirúrgico y previo al egreso hospitalario de las pacientes. Además, las tasas de histerectomía ginecológica y mortalidad secundarias a dicho procedimiento, correspondientes a cada uno de los 5 años que abarcó la presente investigación, lo que permitió iniciar una base de datos que para posteriormente realizar estudios comparativos que contribuyan al desarrollo de avances médicos que beneficien a las pacientes con patologías ginecológicas y fortalezcan la formación del médico gineco-obstetra.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

La palabra histerectomía proviene del griego hystéra, que significa matriz o útero, y ektomé, que significa escisión o corte; por lo tanto, histerectomía es el procedimiento quirúrgico para extraer el útero (RAE, 2015). La cual se practica total o parcial, esto ha evolucionado gracias a los adelantos técnicos, quirúrgicos, de laboratorio y cuidados pre y postoperatorios (Solà, Ricci, Pardo, y Guilloff, 2006).

Es una de las operaciones ginecológicas realizadas con mayor frecuencia, con casi 600,000 pacientes sometidas al procedimiento cada año en Estados Unidos, de ellas 2 de cada 3 son por vía abdominal que es la tendencia mundial, constituyendo el segundo tipo de cirugía mayor en mujeres de edad reproductiva (Merino, et. al. 2009). Y se estima que a 1/3 de las mujeres de ese país se les habrá extirpado el útero antes de llegar a los 65 años. Los costes anuales relacionados a la histerectomía exceden los 5.000.000.000 de dólares en ese país (García, Romero, 2011).

Los motivos para la histerectomía varían e incluyen tanto causas benignas como malignas, los leiomiomas sintomáticos y el prolapso de órganos pélvicos son los más comunes, si bien la hemorragia anormal, endometriosis, dolor pélvico crónico y neoplasia pre maligna también son relativamente frecuente (Schorge, et. al. 2009).

La histerectomía puede llevarse a cabo mediante un acceso abdominal, vaginal o laparoscópico, siendo la selección influenciada por varios factores como; propiedades físicas del útero y la pelvis, las indicaciones quirúrgicas, alteración de los anexos uterinos, costos, duración de la recuperación y calidad de vida (Schorge, et. al. 2009).

Según una revisión realizada por la OMS la histerectomía vaginal en comparación con la histerectomía abdominal presenta una hospitalización más breve, un retorno más rápido a las actividades normales, menos episodios febriles o infecciones. Mientras que la histerectomía laparoscópica en comparación con la histerectomía abdominal, se asoció con una pérdida de sangre intraoperatoria inferior y

una disminución menor de los niveles de hemoglobina, hospitalización más corta y reincorporación a las actividades más rápida, sin embargo la duración de la cirugía fue mayor y presento lesiones de vías urinarias (Nieboer, et. al. 2009).

El acceso quirúrgico más común realizado en Estados Unidos es la vía abdominal en un 64%, la vía vaginal un 22% y la laparoscópica en un 14% (Jacoby, et. al. 2009). En Guatemala lamentablemente no existe ningún centro donde se recaben los datos estadísticos de los procedimientos realizados en el país y la mayoría de los hospitales no tienen datos. Sin embargo, se recolectaron datos de hospitales escuela y algunos de los principales hospitales privados en el área metropolitana, correspondientes al año 2009 mostrando el uso de abordaje abdominal en 61%, vaginal en 35% y laparoscópico en 5% (Zea, et. al. 2010).

El estudio CREST (Collaborative Review of Sterilization Project) definió y clasifico los acontecimientos adversos de la histerectomía abdominal y vaginal en 7 grupos de “complicaciones categóricas” o propias de la histerectomía y un grupo de “complicaciones no categóricas”. (Morbilidad infecciosa o febril, hemorragia que requiere transfusión, procedimientos quirúrgicos mayores no intencionales, episodios que amenazan la vida del paciente, re hospitalización, mortalidad y complicaciones no categóricas), actualmente es el estándar de comparación para todas las complicaciones de dicha intervención (Valle, Seara, García, 2005).

1.2 HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

En la República Popular de China en el año 2002 en la ciudad de Hong Kong, se hizo un estudio durante el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre sobre HISTERECTOMIAS PARA ENFERMEDADES BENIGNAS, incluyendo un total de 1,330 pacientes distribuidas en histerectomías abdominales(HA) 934 (70.2%), histerectomías laparoscópicas(HL) 184 (13.8%) y 212 (15.9%) histerectomías vaginales(HV). Los fibromas uterinos constituyen la indicación más común para la HA (73,7%) y HL (61,4%), mientras que el prolapso genital fue la indicación más frecuente (96,2%) para la HV. La incidencia global de complicaciones para la HV fue menor que

para la HA y HL. La morbilidad infecciosa fue significativamente mayor en los pacientes sometidos a HA sin antibióticos profilácticos (Leung, Tsang, Yuen, 2007).

En Oriente Medio en el año 1999 en la ciudad de Arabia Saudita, se hizo un estudio en el Hospital Rey Fahd de la Guardia Nacional, Riad sobre LAS COMPLICACIONES A CORTO Y LARGO PLAZO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL PARA ENFERMEDAD BENIGNA, durante los años de 1995 a 1999, se estudió un total de 108 pacientes que consistió en 82 histerectomías abdominales(HA) y 26 histerectomías vaginales(HV). La indicación principal para la HV era prolapso uterino 81%, lo que ocurre en mujeres >45 años de edad. Mientras, las indicaciones más comunes para la HA fueron los trastornos menstruales y los fibromas uterinos 56%, que se producen en mujeres <45 años de edad. Las tasas globales de complicaciones fueron 51,2% para HA y 23,1% para HV. Doce pacientes (14,6%) requirieron segunda intervención o reingreso, o ambos, en el grupo de HA, mientras que ninguno del grupo de HV. La fiebre fue la más importante de las complicaciones postoperatorias 27,8% (30/108). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el total de HA y la HV, ni a las mujeres que recibieron profilaxis antibiótica y las mujeres que no (Al-kadri, Al-Turki, Saleh, 2002).

En el Reino Unido en el año 2004 en la ciudad de Belfast, se hizo un estudio sobre la COMPARACIÓN DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL (HAT), VAGINAL (HV), Y VAGINAL ASISTIDA LAPAROSCOPICA (HVAL). El período de estudio fue de enero 2002 a enero del 2004. Teniendo en cuenta los registros médicos de las pacientes, examinando factores que incluyeron datos demográficos, indicación para la operación, los detalles intraoperatorios, resumen de la histopatología, la recuperación post-operatorio y resultados del examen post-operatorio. Siendo revisadas 135 historias clínicas, 47 para los pacientes sometidos a HVAL, 45 HAT y 43 VH. Mostrando dentro de la cirugía que las adherencias se diagnosticaron en 30 de 135 casos (22,2%), 13/47 en el grupo HVAL, 15/45 en el grupo HAT y 2/43 en el grupo de HV. Los fibromas se diagnosticaron en 22 casos (16,3%) de los cuales 14 fueron en el grupo de HAT (HV 3,

HVAL 5 casos). En el grupo HVAL 36/47 casos (81%) se realizó salpingooforectomía bilateral, en el grupo HAT 37/45 casos (82%) mientras que sólo 12/43 casos sometidos VH (28%) incluyeron salpingooforectomía unilateral o bilateral. Histopatológicamente, los fibromas se diagnosticaron en 54 casos (40%) con la mayor proporción en el grupo HAT (51%, 23 casos) en comparación con 19% para el grupo HVAL (9 casos) y el 37% de los pacientes sometidos a HV (16 casos). Los fibromas en mujeres sometidas a HV fueron generalmente pequeños. El peso promedio uterino de la muestra aumentó de 100 g (rango 29-415g) en el grupo de HV a 127g (38-515g) en el grupo HVAL a través de 265g (70-1066g rango) para el grupo de HAT. Las complicaciones post operatorias menores también se observaron, incluyendo fiebre, herida e infección urinaria, bóveda y hematoma de la herida, y dehiscencia. A las seis semanas, los pacientes sometidos a HAT reportaron más problemas postoperatorios (9/45 casos, 20%) en comparación con HVAL (4/47 casos, 8,5%) y HV (5/43 casos, 11,6%) (McCracken, Hunter, Morgan, Price, 2006).

En Francia en el año 2004 en la ciudad de Paris, se hizo un estudio en 12 hospitales universitarios pertenecientes a Colegiata de Ginecología Obstetrique durante junio y diciembre sobre RUTAS QUIRÚRGICAS Y LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA PARA LOS TRASTORNOS BENIGNOS. Donde se analizaron las características de las pacientes, las indicaciones para la histerectomía y sus complicaciones intra y post-operatorias de acuerdo con el abordaje quirúrgico. De 634 mujeres que se sometieron a histerectomía por trastornos benignos, la edad media de las pacientes fue 51.4 años, el Índice de masa corporal fue 25/m², la paridad fue 2 niños y 0.2 cesáreas anteriores. La histerectomía por vía laparoscópica se realizó en 19.1%, histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (HVAL) 8.2%, histerectomía abdominal 24.4% y en 48.3% para histerectomía vaginal. El tiempo operatorio fue más corto con la vía vaginal que con la laparoscopia, laparotomía y la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente. Complicaciones intra y post-operatorias fueron significativamente más frecuentes en el grupo de laparotomía (18%) en comparación con el grupo vaginal (8,2%), el grupo laparoscópico (5,8%) y el grupo HVAL (8,2%). En

un modelo de regresión logística multivariante, la obesidad, antecedentes de cirugía pélvica y la historia de cesárea se asociaron significativamente con complicaciones intra y post-operatorias. (Montefiore, Rouzier, Chapron, Darai, 2006).

En la Unión Europea en el año 1996 en la ciudad de Finlandia, se hizo un estudio a partir del 01 de Enero al 31 de Diciembre Titulado MORBILIDAD DE 10,110 HISTERECTOMIAS POR TIPO DE ENFOQUE. En el cual se recolectaron datos pre, peri, y detalles quirúrgicos postoperatorios y morbilidades durante la estancia de las pacientes en el hospital. Obteniendo 5,875 histerectomías por vía abdominal, 1,801 vaginales y 2,434 por vía laparoscópica mostrando tasas de complicaciones del 17.2%, 23.3% y del 19% respectivamente. Las infecciones fueron las complicaciones más frecuentes de la incidencia de 10,5, 13,0 y 9,0% en la zona abdominal, vaginal y laparoscópica respectivamente. El tipo más grave de eventos hemorrágicos se produjo en 2,1, 3,1 y 2,7% en la vía abdominal, vaginal y laparoscópica respectivamente. Lesiones del uréter predominaron en el grupo laparoscópico [riesgo relativo (RR) de 7,2 en comparación con el abdominal], mientras que las lesiones intestinales fueron más comunes en el grupo vaginal (RR 2,5 en comparación con la abdominal). Los cirujanos que habían realizado más de 30 histerectomías laparoscópicas tuvieron una menor incidencia de lesiones a los uréteres (0.5%) y vejiga (0.8%) (Mäkinen, et. al. 2001).

En la Unión Europea en el año 2006 en la ciudad de Finlandia, se hizo un estudio en 53 hospitales durante enero y diciembre sobre HISTERECTOMIAS, COMPLICACIONES Y SUS FACTORES DE RIESGO, teniendo un cohorte de 5,279 pacientes sometidas a histerectomía, encontrando una tasa de complicaciones en la histerectomía abdominal(HA) un 19.2%, histerectomía laparoscópica(HL) 15.4%, histerectomía vaginal(HV) 11.7%. La regresión logística no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los enfoques de las lesiones de órganos u otras complicaciones mayores. La tasa de lesión del uréter fue baja en HL (0,3). En comparación con la HL, HA aumentó las probabilidades de infección de la herida, y fue

un factor de riesgo independiente para las infecciones urinarias y eventos febriles. La obesidad es un factor de riesgo para muchas infecciones. La lesión vesical se asoció con antecedentes de cesárea y con un útero grande ≥ 500 g, mientras que la lesión intestinal se asoció con adherencias.

En el Perú en el año 2010 en la ciudad de Lima, se hizo un estudio en el Hospital Carlos Lafranco La Hoz Puente Piedra, durante el periodo de enero del año 2005 a diciembre del año 2010, sobre CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL. Los datos fueron obtenidos a través de historias clínicas mediante el llenado de una ficha de recolección de datos elaborada para el estudio, en el estudio se incluyó toda mujer mayor de 30 años con indicación de histerectomía abdominal total con patología benigna de útero, predominando el grupo etario de 41 a 45 años (31%), multíparas (96%), las principales características clínicas fueron: dolor pélvico asociado a sangrado vaginal (40%), sangrado vaginal (31%). La principal indicación fue: miomatosis uterina (85%), que predominó en multíparas (81%), hubo correlación con la ecografía en el (95%), y con anatomía patológica en el (94%). La complicación más frecuente, fue: fiebre e infección del tracto urinario con un (6%) e infección de herida operatoria (2%) (Toledo, 2011).

En el Ecuador en el año 2010 en la ciudad de Guayaquil, se hizo un estudio en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, durante enero y diciembre sobre CAUSAS Y COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL, donde se analizaron 412 historias clínicas de Histerectomías que tuvieron como indicación una patología benigna, Los resultados obtenidos presentaron una edad media de 46.5 años. La causa más frecuente para realizar histerectomía, es el útero miomatoso, en un (70.38%). El abordaje quirúrgico fue realizado por vía abdominal en un (84.46%). Entre las complicaciones más significativas: infección del sitio quirúrgico, (2.91%); absceso del muñón vaginal (0.24%); infección de vías urinarias (2.48%); reingreso hospitalario del (1.69%), necesitando transfusión sanguínea el (0.24%) de las pacientes estudiadas (Indacochea, 2011).

En los Estados Unidos en el año 1981 en la ciudad de Atlanta, se hizo un estudio Coordinado por los Centers for Disease Control (CDC), sobre LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y VAGINAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, realizado entre septiembre de 1978 y agosto de 1981 en el que se incluyeron 1,851 histerectomías (abdominales, 69.3% y vaginales, 30.7%), con una tasa de complicaciones del 42.8% para las abdominales y del 24.5% para las vaginales. Las complicaciones infecciosas constituyen la categoría más frecuente en el postoperatorio (13.2%); entre las que se señalan: la fiebre inexplicada se daría en el 16.8%; el absceso pélvico en el 1.3%; las infecciones urinarias en un 1-5%; las lesiones vesicales aparecen en un 1-2%; las fístulas vesico-vaginales presentan el 0.1- 0.2%; las lesiones uretrales en el 0.1- 0.5% y la tasa de transfusión del 13.2% (Dicker, et. al. 1982).

1.3 DEFINICION DEL PROBLEMA

La histerectomía no se realiza solo para el tratamiento de enfermedades malignas sino también para muchas condiciones benignas, y no importando la técnica quirúrgica utilizada (abdominal, vaginal o laparoscópica), esta sigue siendo el gold estándar para el tratamiento de patologías ginecológicas.

La mejora en la morbilidad, en la técnica quirúrgica, los progresos de la anestesia, la hemotransfusión y la antibioticoterapia, han disminuido mucho los riesgos operatorios tales como infección, hemorragia, lesión de órganos adyacentes, re-hospitalizaciones y otros episodios que amenacen la vida de la paciente, lo que ha propiciado que las tasas de histerectomías exitosas se hayan incrementado en los últimos años, hecho que trae como consecuencia una repercusión económica no solo por los cuidados de salud sino también por la disminución en la pérdida de días hábiles.

Otro aspecto importante son las mujeres que se encuentran en edad reproductiva, las cuales no tienen hijos pero los desean, en este caso la decisión de la

histerectomía debe ser analizada de una forma particular, y solo se indicará sin dudarlo cuando la permanencia del útero ponga en riesgo la vida de la mujer.

Un problema de la actualidad corresponde a la vía de abordaje quirúrgico adecuado, muchos autores confirman observar un aumento en la tasa de histerectomías abdominales hasta en un 70% (Indacochea, 2011), teniendo en cuenta que la vía de abordaje vaginal presenta menor índice de complicaciones post-operatorias, recuperación más rápida de la paciente y por lo tanto un menor costo sanitario, parece quedarse en el pasado, este hecho se ha vinculado a la preferencia o la falta de preparación por parte del cirujano, siendo relevantes estudios como este en hospitales escuela en donde debe formarse a futuros ginecólogos con amplios conocimientos y habilidades quirúrgicas.

Por lo tanto por ser la histerectomía una operación mayor con morbilidades y posibles lesiones de otros órganos íntimamente relacionados con el útero, se debe tener en cuenta, como en toda cirugía, que solo debe realizarse cuando sea estrictamente necesaria, lo que lleva a la formulación de la pregunta de investigación, ¿Cuáles son las características clínicas de la histerectomía ginecológica, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014 en el Hospital Regional de Zacapa?

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

2.1 DELIMITACIÓN TEÓRICA

Es un estudio de carácter epidemiológico que estudia las características clínicas de la Histerectomía Ginecológica.

2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El departamento de Zacapa, se encuentra en la parte Este del país. Limitado por los departamentos de Alta Verapaz e Izabal al Norte; con el de Izabal y la república de Honduras al Este; con los departamentos de Chiquimula y Jalapa al Sur; y con los departamentos de Jalapa y El Progreso al Oeste. Está formado por 10 municipios, los cuales son: Cabañas, Estanzuela, Gualán, Huité, La Unión, Río Hondo, San Diego, Teculután, Usumatlán, Zacapa y San Jorge, Siendo Zacapa y Gualán los dos municipios con más población y Huite con menor población. Tiene una superficie territorial de 2,690 km² y con una altitud de 220 metros sobre el nivel del mar y se encuentra en una posición geográfica entre las coordenadas 14° 58' 21" de latitud norte y 89° 31' 42" de longitud oeste. Según el número de habitantes del departamento fue de 232,667 para proyecciones para el 2014, de la cual el 52.2% es población femenina, en el año 2012 la mayor proporción de mujeres fue a partir de los 65 años, habiendo 157 mujeres por cada 100 hombres, predominando así las mujeres casi para todos los grupos de edad (INE, 2013).

2.3 DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital Regional de Zacapa, inaugurado en febrero del año 1959 en ese entonces por el presidente de la República el General Miguel Idígoras Fuentes, el cual inició de forma oficial el 6 de marzo del mismo año. Se encuentra ubicado en la 16 ave. Barrio Cementerio Nuevo, zona 3 de Zacapa, con los servicios de emergencia, consulta externa, pediatría, intensivo pediátrico, ginecología y obstétrica, clínica de colposcopia,

traumatología, medicina interna, intensivo de adultos, y otros servicios de apoyo como Radiología, Banco de Sangre, Laboratorio de microbiología.

El servicio de Ginecología y Obstetricia conformado por área de emergencia, labor y partos, maternidad, ginecología colposcopia y consulta externa. Es un hospital en donde se forman nuevos profesionales especialistas ya que cuenta con el programa de Residencia en Ginecología y Obstetricia quienes cubren la evaluación de pacientes hospitalizados, procedimientos quirúrgicos electivos y urgencias que se presentan.

2.4 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Se desarrolló en el período comprendido de febrero del año 2015 a julio del año 2015.

III. OBJETIVOS

a. GENERAL:

Caracterizar clínicamente la histerectomía ginecológica, en el departamento de Ginecología del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.

b. ESPECIFICOS:

1. Determinar la tasa de histerectomías practicadas en el Hospital Regional de Zacapa.
2. Describir los antecedentes obstétricos de las pacientes sometidas a cirugía.
3. Identificar antecedentes ginecológicos y la indicación quirúrgica fundamental por la que se realiza la histerectomía.
4. Determinar la técnica y vía de abordaje quirúrgico más utilizada para realizar una histerectomía.
5. Identificar las principales complicaciones trans y post-operatorias, en las pacientes intervenidas de histerectomía ginecológica.
6. Determinar la tasa de mortalidad de las pacientes sometidas a histerectomía ginecológica.

IV. JUSTIFICACIÓN

Dentro de los procedimientos ginecológicos mayores, la histerectomía constituye la cirugía más frecuentemente realizada en los países desarrollados (Parra, et. al. 2007). En Estados Unidos se estima que se realizan 600.000 histerectomías cada año y que a la edad de 60 años aproximadamente un tercio de las mujeres habrá sido sometida a esta intervención (Garnique, 2005).

Al analizar las causas que motivan la realización de una histerectomía, históricamente, más del 90% de ellas obedece a una causa benigna, habitualmente leiomioma, adenomiosis y defectos del piso pelviano. Y un 10% de las histerectomías se realizan en contexto de enfermedad o como parte de una neoplasia ginecológica de otro origen. En la patología benigna se practica no sólo como una solución terapéutica, sino también social, tratándose de conseguir una mejor calidad de vida en la mujer (Schorge, et. al. 2009).

La mayoría de investigaciones en la actualidad se dirigen hacia el campo de la obstetricia, esto por el alto valor de la vida del nuevo ser, dejando de lado el área de la ginecología siendo esta de gran importancia ya que cada vez más es mayor el número de mujeres en edad fértil que sufren alguna patología uterina, afectando el medio por el cual se procrea una vida, conllevando a un importante grado de morbilidad, que pueden afectar el papel de la mujer en la sociedad, por lo que es obligación el realizar más estudios relacionados con el tema, como en la presente investigación.

En la cual además se podrá obtener datos estadísticos actualizados que ayudarán a mejorar la información sobre el tema y posteriormente realizar estudios comparativos, con el fin de evitar complicaciones durante la histerectomía como procedimiento quirúrgico, y de esta manera mejorar los protocolos y técnicas quirúrgicas que implican a la histerectomía, y así tener una mejor calidad de atención en el Hospital Regional de Zacapa.

V. MARCO TEORICO

CAPITULO 1: HISTERECTOMIA

1.1 HISTORIA

Algunas referencias a la histerectomía se remontan al siglo V a. C., en la época de Hipócrates. Los primeros intentos de extirpar el útero fueron por vía vaginal por prolapso uterino o inversión uterina. Hacia el siglo XVI d. C, ya se habían realizado varias histerectomías en países europeos tales como Italia, Alemania y España. La histerectomía vaginal se realizó esporádicamente entre los siglos XVII y XVIII. En los primeros intentos de la histerectomía abdominal solía complicarse con una hemorragia post-operatoria, la que con frecuencia era fatal. El cirujano inglés A.M Heath, de Manchester, ligó por primera vez las arterias uterinas a mediados del siglo XIX pero pasarían casi 50 años hasta que su técnica se convirtiera en una práctica común (Ortega, 2011).

En 1878 W.A. Freud, de Alemania refinó la técnica de histerectomía usando anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y una ligadura alrededor de los ligamentos y los grandes vasos. Este cirujano separaba la vejiga del útero y desinsertaba los ligamentos cardinales y uterosacros; luego cerraba el peritoneo pelviano. En las primeras décadas del siglo XX la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado con mayor frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos. La ginecología estaba en vías de desarrollarse como especialidad y los ginecólogos contaban con poco más que la cirugía para ayudar a sus pacientes. Los estrógenos y la progesterona no fueron descubiertos hasta fines de 1920 y comienzos de 1930 (Ortega, 2011). En el 2005 se realizó una extensión de laparoscopia tradicional al sistema Vinci para cirugía robótica con la ventaja de visualización tridimensional (Galvani, Horgan, 2005).

1.2 DEFINICIÓN

Procedimiento quirúrgico realizado para la remoción del útero y el cérvix con remoción o no de los anexos por vía vaginal, abdominal, o laparoscópica (Vesperinas, et. al. 2005).

La palabra histerectomía proviene del griego hystéra, que significa matriz o útero, y ektomé, que significa escisión o corte; por lo tanto, histerectomía es el procedimiento quirúrgico para extraer el útero (RAE, 2015).

1.3 INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA

Durante los últimos 25 años múltiples factores han modificado la frecuencia con la que se hace histerectomía. Los cambios ocurridos en la era de la atención administrada han intensificado el debate en cuanto a las indicaciones clínicas del procedimiento quirúrgico (Indacochea, 2011). Numerosos autores han intentado ubicar en una perspectiva clínica adecuada éstas diversas influencias. Como se esperaría, las indicaciones varían con la edad de la paciente a continuación se muestran las más frecuentes.

Patología benigna

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Miomas• Endometriosis• Adenomiosis• Infección crónica• Tumores anexiales• Otras. | <ul style="list-style-type: none">• Molestias (crónicas o recurrentes)• Dolor pélvico crónico• Relajación pélvica• Sangrado uterino anormal |
|---|--|

Cáncer o patología premaligna (conocidas)

- Cáncer invasivo
- Enfermedad preinvasiva
- Cáncer adyacente o a distancia

Circunstancias extremas (revisadas en grupo)

- Anticoncepción definitiva
- Profilaxis del cáncer
- Otras

1.3.1 Miomas

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en mujeres. A menudo se les llama leiomiomas y también reciben el nombre incorrecto de fibromas puesto que la gran cantidad de colágena que contienen muchos de ellos genera una consistencia fibrosa (Schorge, et. al. 2009).

Por lo tanto, esta patología es la responsable de un gran número de histerectomías. La histerectomía por miomas uterinos debe considerarse sólo en pacientes que no desean preservar la fertilidad. Si no fuera así, en la mayoría de las pacientes con miomas es posible el tratamiento quirúrgico preservador de la fertilidad (miomectomía). La decisión de realizar una histerectomía por miomas normalmente se basa en la necesidad de tratar los síntomas: sangrado uterino anormal, dolor pélvico o síntomas de compresión (Jiménez, Martínez, Martín, Herrera de la Muela, López, 2004).

Otras indicaciones para la intervención han sido el aumento «rápido» del tamaño uterino (aunque este hallazgo está poco definido), la compresión ureteral o el crecimiento uterino después de la menopausia. El concepto de crecimiento rápido se ha puesto en tela de juicio ya que no se ha demostrado claramente que estas pacientes tengan patología maligna. Además, no hay una definición reproducible clara de crecimiento rápido. Está muy debatida la extirpación del útero porque alcance un determinado tamaño. En el pasado, los cirujanos extirpaban el útero si su tamaño alcanzaba las 12 semanas de gestación o más, incluso si era asintomático. Las razones para esa intervención son la incapacidad para palpar los ovarios en la exploración bimanual y la asunción de que según aumenta el tamaño del útero, también se incrementa la morbilidad de la histerectomía.

Sin embargo, la patología maligna es poco común en pacientes premenopáusicas y la palpación anexial no es posible en muchas mujeres cuyos ovarios tienen un tamaño normal. Si el procedimiento se realiza por vía abdominal, no hay diferencias en la morbilidad entre pacientes con un útero de 12 semanas y aquellas

con un útero de 20 semanas. Por lo tanto, las histerectomías por miomas deben considerarse sólo en pacientes sintomáticas que no desean preservar la fertilidad.

Para reducir el tamaño uterino antes de la cirugía, las pacientes con grandes miomas pueden tratarse previamente con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) como acetato de leuprorelina. En muchos casos, la reducción del tamaño del útero es suficiente para permitir la histerectomía vaginal cuando de otra forma hubiera sido necesaria una histerectomía abdominal. Esta pauta se asocia con un aumento prequirúrgico del hematocrito y, como es más probable que se realice una histerectomía vaginal que abdominal, lo que lleva una menor estancia hospitalaria y menos tiempo de convalecencia (Berek, 2010).

1.3.2 Adenomiosis

La adenomiosis se caracteriza por hipertrofia uterina, por la presencia de restos ectópicos de endometrio en la parte profunda del miometrio. Estos restos se encuentran diseminados en el miometrio (adenomiosis difusa) o bien forman acumulaciones focales nodulares y circunscritas con una pseudocápsula (adenomiosis focal). La ablación endometrial o la resección por vía histeroscópica se ha utilizado con éxito en el tratamiento de la dismenorrea y la menorragia por adenomiosis. Sin embargo, la erradicación completa de la adenomiosis profunda es difícil y causa un gran número de fracasos terapéuticos por lo que el tratamiento definitivo es la histerectomía (Schorge, 2009).

1.3.3 Endometriosis

Los tratamientos médicos y quirúrgicos conservadores generalmente son efectivos para el tratamiento de la endometriosis y, por lo tanto, la anexectomía, con o sin histerectomía, sólo debe realizarse en pacientes que no respondan al tratamiento quirúrgico conservador (resección o ablación de los implantes endometriósicos) o al tratamiento médico. La mayoría de las pacientes con endometriosis que requieran una histerectomía tendrán dolor pélvico o una dismenorrea insoportable. Otras situaciones

menos comunes son las pacientes que no desean la fertilidad futura y que tienen endometriosis que afecta a otros órganos pélvicos, como el uréter o el colon.

1.3.4 Enfermedad inflamatoria pélvica (infección crónica)

La enfermedad inflamatoria pélvica generalmente puede tratarse satisfactoriamente con antibióticos. En pacientes con esta enfermedad no deben extirparse el útero y los ovarios, a no ser que el paciente no responda al tratamiento médico intravenoso. También será necesaria la intervención quirúrgica si la paciente tiene hallazgos abdominales agudos relacionados con peritonitis, y signos de sepsis en presencia de rotura de un absceso tubo ovárico. En pacientes que deseen preservar la fertilidad se debe tener en cuenta la anexectomía unilateral o parcial bilateral, sin histerectomía. En pacientes en las que sea necesario realizar la anexectomía bilateral, se puede dejar el útero para una posible fecundación in vitro con ovocitos de donante.

1.3.5 Tumores ováricos benignos

Los tumores ováricos benignos que sean persistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Obviamente, si la paciente desea conservar la fertilidad, el útero debe conservarse. Sin embargo, si la fertilidad no es un problema o la paciente está perimenopáusica o posmenopáusica, debe decidirse si quitar el útero.

1.3.6 Cáncer

Las metástasis procedentes de órganos no ginecológicos pueden provocar síntomas que requieran una histerectomía. Se debe considerar la histerectomía con salpingooforectomía bilateral como intervención inicial en pacientes con carcinomas colorrectal por el riesgo de tener cánceres pélvicos concurrentes o metástasis ocultas (Barrero, et. al. 2008).

1.3.7 Neoplasia cervical intraepitelial

Antiguamente, el tratamiento primario de la neoplasia cervical intraepitelial era la histerectomía, pero la máxima profundidad de la displasia en la unión escamocolumnar es de 5,2 mm y el 99,7% de las displasias (incluyendo el carcinoma in situ) están

localizadas dentro de los 3,8 mm de la superficie epitelial. Por lo tanto, los tratamientos más conservadores, como la crioterapia, el láser o la conización con asa de diatermia, serán efectivos para tratar la enfermedad, por lo que la histerectomía es innecesaria en la mayoría de las mujeres con este trastorno.

En pacientes con displasias recurrentes de alto grado que no deseen preservar la fertilidad, la histerectomía es una opción terapéutica adecuada. Pero incluso después de la histerectomía, estas pacientes tienen un riesgo aumentado de neoplasia vaginal intraepitelial.

1.3.8 Dolor pélvico

En una revisión de 104 pacientes a las que se les realizó una histerectomía por dolor pélvico crónico de supuesto origen uterino, el 78% notó mejoría de su dolor durante una media de seguimiento de 21,6 meses, pero el 22% de las pacientes no mejoró o incluso empeoró. La histerectomía sólo debe realizarse en aquellas pacientes en las que el dolor es de origen uterino y no responden a tratamientos no quirúrgicos.

1.3.9 Relajación pélvica (prolapso genital)

La histerectomía por un prolapso genital sintomático es la responsable de cerca del 15% de las histerectomías realizadas en Estados Unidos. La histerectomía vaginal es la vía de elección para el prolapso genital a no ser que haya alguna patología asociada que requiera un abordaje abdominal. El prolapso genital no suele ser un hecho aislado asociándose, con frecuencia, con diversas alteraciones del sostén pélvico.

1.3.10 Sangrado uterino disfuncional

El sangrado uterino disfuncional supone el 20% de todas las indicaciones de histerectomía-disfuncional. Puesto que el sangrado uterino disfuncional suele ser el resultado de la anovulación, el sangrado puede controlarse con tratamiento médico con gestágenos, estrógenos, una combinación de ambos, anticonceptivos orales o antiinflamatorios no esteroideos. En la mayoría de las pacientes, el sangrado no

requiere tratamiento, a no ser que haya anemia o que el sangrado sea abundante e interfiera con la calidad de vida de la paciente. En pacientes mayores de 35 años, se debe realizar una biopsia endometrial antes de la histerectomía. El legrado no es un método efectivo para controlar el sangrado y no es necesario antes de la histerectomía.

Por lo tanto, la histerectomía debe reservarse para pacientes que no responden o que no toleran el tratamiento médico. En determinadas pacientes deben considerarse alternativas a la histerectomía (p. ej., la ablación o la resección endometrial), puesto que estas intervenciones pueden ser coste-efectivas y tienen una menor tasa de morbilidad.

1.3.11 Dismenorrea refractaria

Cerca del 10% de las mujeres adultas están discapacitadas hasta 3 días al mes como resultado de la dismenorrea. La dismenorrea puede tratarse con antiinflamatorios no esteroideos solos o combinados con anticonceptivos orales u otros fármacos hormonales, para reducir o eliminar el sangrado menstrual. Rara vez se requiere una histerectomía para el tratamiento de la dismenorrea primaria. En pacientes con dismenorrea secundaria, se debe tratar primero la patología subyacente (p. ej., miomas, endometriosis). La histerectomía sólo debe considerarse si fracasa el tratamiento médico o si la paciente no desea conservar la fertilidad (Berek, 2010).

.

1.3.12 Anticoncepción definitiva

Los ginecólogos en entrenamiento en el decenio de 1960 y principios de 1970 a menudo hacían histerectomía vaginal cuando la paciente deseaba una esterilización (para muchas mujeres católicas la histerectomía por “menorragia” servía como “salpingoclasia católica”), los médicos insistían sistemáticamente en la prevención del cáncer del cuerpo y el cuello uterinos juntos con la eliminación de la menstruación como ventajas a favor de la histerectomía en comparación con la ligadura uterina.

La probabilidad de que una mujer de 50 años presente cáncer del cuerpo uterino en toda su vida es de casi 2.4% y cervicouterino de 0.6%. La probabilidad de muerte

por éstos cánceres es de 0.2 y 0.3%, respectivamente. Es tal vez este cambio en la práctica el de mayor participación en la declinación aparente del número total de hysterectomías realizadas en Estados Unidos, de 750.000 en 1975 a cifras calculadas más recientemente cercanas a 590.000, a pesar del crecimiento de la población femenina (Pokras, Georges, 1988).

1.3.13 Profilaxis del cáncer

Investigaciones recientes han demostrado un riesgo de cáncer ovárico de casi 50% en mujeres con dos o más pacientes de primer grado afectadas por la enfermedad. La ooforectomía profiláctica una vez que se completa la procreación, es adecuada para tales mujeres, aunque hacer una hysterectomía al mismo tiempo posiblemente seguirá siendo una opción clínica frecuente, porque elimina cualquier hemorragia uterina durante el tratamiento de reposición de estrógenos (Socola, Saire, Tone, Escudero, 2009). Una opción razonable es la de realizar sólo ooforectomía bilateral. La facilidad de este procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica hace más atractivo este esquema (Indacochea, 2011).

CAPITULO 2: ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA HISTERECTOMIA

2.1 VÍAS DE ABORDAJE PARA HISTERECTOMÍA

La hysterectomía puede llevarse a cabo con un acceso abdominal, vaginal o laparoscópico, y la selección tiene influencia de muchos factores. Por ejemplo, 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 también se sopesan una vez que se planea la hysterectomía. Las tres vías de acceso se usan por lo general y cada una conlleva diversas ventajas y desventajas (García, Romero, 2009).

2.1.1 Histerectomía abdominal

Casi todas las histerectomías en Estados Unidos se realizan a través de una incisión abdominal. Se puede elegir una incisión transversa o vertical, dependiendo de la situación clínica. La histerectomía abdominal brinda la máxima capacidad de manipulación de órganos pélvicos y por ello se prefiere si se prevén órganos pélvicos grandes o adherencias extensas. Un acceso abdominal permite el acceso a los ovarios si se planifica realizar ooforectomía, al espacio de Retzius cuando se planifica llevar a cabo en forma simultánea procedimientos de uroginecología, o bien a la porción superior del abdomen para la clasificación por etapas del cáncer. La histerectomía abdominal por lo general requiere menos tiempo quirúrgico que la histerectomía laparoscópica y no necesita de instrumentos avanzados o experiencia en laparoscopia.

No obstante, la histerectomía abdominal se vincula con una recuperación y estancia hospitalaria más prolongadas de la paciente, aumento del dolor de la incisión y mayor riesgo de fiebre posoperatoria e infección de la herida quirúrgica. En comparación con la vaginal, la histerectomía abdominal se vincula con mayor riesgo de transfusiones y lesiones ureterales, pero menor riesgo de hemorragia posoperatoria y lesión vesical.

2.1.2 Histerectomía vaginal

Este acceso suelen elegirlo los cirujanos si los órganos pélvicos son pequeños, si no se prevén adherencias extensas, no se espera enfermedad significativa de los anexos y si hay prolapso de órganos pélvicos. Cuando se compara este acceso con la histerectomía abdominal, las mujeres se benefician más a menudo por una recuperación más rápida y disminución de los días de estancia hospitalaria, de los costos y del dolor posoperatorio.

2.1.3 Histerectomía por laparoscopia

Este acceso por lo general se elige para mujeres con órganos pélvicos pequeños, en las que no se esperan adherencias extensas, en presencia de descenso uterino escaso y cirujanos diestros en las técnicas laparoscópicas. Aunque la

recuperación de la paciente, la estancia hospitalaria y la calificación posoperatoria del dolor son comparables con los de la histerectomía vaginal, este acceso permite una visión y acceso mayores al abdomen y pelvis. Esto pudiera ser ventajoso cuando se planea una ooforectomía o si se encuentra hemorragia o adherencias leves. Sin embargo, la laparoscopia por lo general requiere tiempos quirúrgicos más prolongados y equipo más costoso. Además, se ha vinculado con mayores tasas de lesión ureteral en comparación con las histerectomías abdominal o vaginal. Puede considerarse la realización de histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en aquellos casos donde uno o más factores son susceptibles de manipulación laparoscópica y así, una vez corregidos, permiten concluir la histerectomía por vía vaginal (Schorge, et. al. 2009).

2.2 COMPARACIÓN DE ABORDAJES EN LA HISTERECTOMÍA

Las dificultades para comparar los métodos de histerectomía deben tenerse en mente cuando se escriben artículos para tratar de resolver esta interrogante. El estudio más señalado de comparación de la histerectomía vaginal con la abdominal es el CREST, realizado por el Center for Disease Control y publicado en 1982 la tasa global de complicaciones para mujeres de histerectomía vaginal fue de 24.5% en comparación con 42.8% en aquellas a quienes se hizo histerectomía abdominal (Keshavarz, Hillis, Kiele, Marchbanks, 2002).

El tiempo quirúrgico es casi el 50% mayor que para la vaginal en grupos comparables. Normalmente, la pérdida sanguínea no es muy notoria para cualquiera de las vías, con un promedio de casi 300 ml para la vaginal y 400 ml para la abdominal; sin embargo la frecuencia de transfusión sanguínea es casi 2 veces mayor en el segundo grupo. La morbilidad febril con base en la incidencia de una temperatura mayor de 38.5°C es de casi 40% para la vía vaginal y 30% para la abdominal. La morbilidad febril en ambos grupos puede disminuirse más de 25% cuando se usan antibióticos profilácticos. En cerca de 15% de las histerectomías vaginales y 0.7 de las abdominales se produce absceso pélvico grave, generalmente en el muñón. Las infecciones de las vías urinarias son más comunes cuando se usa la vía abdominal.

Se ha comunicado una mortalidad después de histerectomía vaginal entre 13 y 26 por 10,000 casos y para la histerectomía abdominal de 17 a 50 por 10,000 casos. Esta tasa de mortalidad abdominal al parecer es menor coexistente con la tasa de histerectomía vaginal pudiendo no ser válida, porque las histerectomías problemáticas casi siempre se hacen por vía abdominal mientras tanto la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia agrega el riesgo de la laparoscopia a la histerectomía.

2.3 SELECCIÓN DE LA VÍA PARA LA HISTERECTOMÍA

Una vez que se ha decidido realizar una histerectomía, el ginecólogo debe determinar si se debe realizar por vía abdominal o vaginal.

En muchos casos, la reducción del tamaño del útero es suficiente para permitir la histerectomía vaginal cuando de otra forma hubiera sido necesaria una histerectomía abdominal. El tratamiento durante un corto período (8 semanas) con acetato de leuporelina antes de la cirugía permite que la intervención se transforme de una histerectomía abdominal a una vaginal. Esta pauta se asoció con un aumento prequirúrgico del hematocrito y, como fue más probable que se realizara una histerectomía vaginal que abdominal, una menor estancia hospitalaria y menos tiempo de convalecencia. La baja tasa de operaciones vaginales es paradójica, porque hace más de un siglo se prefería esta vía y constituía la base de la ginecología.

Los cirujanos alemanes y franceses fueron los pioneros de las operaciones de reducción de volumen. Muller y Doyen propusieron la hemisección del útero. La morcelación, la enucleación de fibromas, y la hemisección del útero se utilizan actualmente en casi 10 a 20% de las histerectomías vaginales. En todas estas técnicas, se deben asegurar los ligamentos uterosacros y cardinales y ligar las arterias uterinas antes de iniciar el procedimiento de morcelación.

Si se puede aminorar el volumen uterino, la paciente puede ser candidata para histerectomía vaginal más bien que abdominal y la operación también sería más fácil.

A menudo, la ooforectomía es indicación establecida de histerectomía abdominal. Además, se hace dos veces más frecuente cuando el útero se extirpa por vía abdominal en lugar de la vaginal. Parece paradójico que si los ginecólogos consideraron la ooforectomía en la histerectomía abdominal, no la realicen.

El antecedente de cesárea puede dificultar la disección del plano vesicouterino durante la operación vía vaginal. Otras operaciones pélvicas pueden causar adherencias que limitan la visibilidad. Las pacientes con antecedente de cirugía pélvica tuvieron 50% más posibilidad de una histerectomía vaginal que de una abdominal.

La obesidad puede ser menos que un obstáculo cuando se hace histerectomía vaginal, aunque a nivel de las nalgas interfiere con la exposición. La edad avanzada, la raza negra y la enfermedad inflamatoria pélvica también se relacionan con la histerectomía abdominal.

Las mujeres menopáusicas tienden a tener vaginas relativamente estrechas y rígidas por falta de estrógenos. Se ignora por qué a las afro-estadounidenses se les realiza histerectomía abdominal, aunque el hecho de que tienden a presentar fibromas más grandes puede contribuir en parte a esta tendencia. La enfermedad inflamatoria pélvica produce adherencias densas y complejos tuboováricos que no pueden disecarse.

Las histerectomías que se inician por vía vaginal pueden requerir su conclusión por abdominal. A menudo, la conversión de LAVH o histerectomía vaginal en abdominal fue secundaria a hemorragia incontrolable o adherencias densas. También un útero crecido en forma asimétrica, con miomas que distorsionan la trayectoria de las arterias uterinas, puede dar lugar a la conversión a una histerectomía abdominal hasta en 15% de los casos (Indacochea, 2011).

2.4 TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Clasificación de la histerectomía.

1. Histerectomía supracervical.
2. Histerectomía total.
3. Histerectomía total con salpingooforectomía bilateral.

La histerectomía puede incluir ablación del cuerpo y el cuello, lo que se conoce como histerectomía total, o quizás sólo del cuerpo uterino, la histerectomía supracervical. La denominación histerectomía subtotal se refiere al tipo supracervical pero no es la de uso preferido (Islas, 2005). Durante la última mitad del siglo XX casi siempre se llevaba a cabo la histerectomía total. La técnica supracervical se reservaba para pacientes en quienes la ablación del cuello uterino aumentaba el riesgo de hemorragia, el daño de órganos vecinos o un mayor tiempo quirúrgico. No obstante, se han atribuido la mejoría sugerida en los síntomas urinarios y la conservación de la función sexual a la conservación del cuello y ello dio origen a una tendencia hacia la histerectomía supracervical desde el decenio de 1990. Sus proponentes sugieren que el cuello uterino provee un importante factor de estabilización del sostén pélvico y que el plexo nervioso de Frankenhauser puede alterarse durante la histerectomía total y producir disfunción vesical, intestinal o sexual. Además, sus favorecedores discuten que este método disminuye la lesión de órganos pélvicos circundantes y los tiempos quirúrgicos, en especial en la histerectomía por laparoscopia.

La histerectomía suele hacerse junto con otros procedimientos quirúrgicos. De los más frecuentes son la reconstrucción pélvica y la salpingooforectomía bilateral. Los ovarios se extirpan profilácticamente en casi la mitad de las pacientes de histerectomía por indicaciones benignas. En mujeres menores de 40 años por lo general se conservan los ovarios, dado el número de años de producción hormonal esperada, que es grande. En aquellas mayores de 50 años es común la ooforectomía bilateral. Sin embargo, en quienes se encuentran en su quinto decenio de la vida la decisión de la ablación profiláctica de los ovarios es tema de controversia. Los proponentes de la

ooforectomía profiláctica discuten que el procedimiento elimina el riesgo de cáncer ovárico futuro y se calcula que previene mil nuevos casos de cáncer ovárico al año (Schorge, et. al. 2009).

CAPITULO 3: COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA GINECOLOGICA

3.1 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

La mayoría de las lesiones durante la histerectomía abdominal pueden relacionarse con una iluminación precaria, ayudantías inapropiadas, rapidez indebida, variantes anatómicas o la implicación de órganos dañados por el proceso patológico.

3.1.1 Lesión vesical

La porción de las vías urinarias inferiores más susceptible de lesionarse es la vejiga debido a las relaciones anatómicas íntimas entre ésta, el útero y la porción superior de la vagina. La laceración de la vejiga es fácil de reparar a no ser que esté implicado el trigono.

3.1.2 Lesión intestinal

Las lesiones del intestino delgado son las más frecuentes entre las lesiones intestinales durante la cirugía ginecológica. El colon transverso rara vez se lesiona durante las intervenciones ginecológicas puesto que está bastante lejos del campo quirúrgico. Sin embargo, el colon descendente y el rectosigma están íntimamente relacionados con las estructuras pélvicas y tienen un riesgo considerable de lesionarse durante la cirugía ginecológica. En el caso de la histerectomía vaginal las lesiones intestinales se asocian más frecuentemente con la realización de una colporrafia posterior y, normalmente, se limitan al recto.

3.1.3 Hemorragia

El sangrado arterial importante normalmente viene de las arterias uterinas o de los vasos ováricos cerca de la inserción de los ligamentos infundíbulopélvicos. El pinzamiento a ciegas de estos vasos conlleva un riesgo de lesión ureteral y, por lo

tanto, se deben identificar los uréteres en el espacio retroperitoneal y seguirlos hasta la zona de sangrado, para evitar su ligadura no intencionada. En el caso de la histerectomía vaginal la hemorragia intraquirúrgica invariablemente es consecuencia del fracaso de una ligadura de un vaso importante, del sangrado de la colpotomía, del aflojamiento de una ligadura colocada previamente o del escape de tejido después de pinzarlo.

3.2 COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS

3.2.1 Infecciones de la herida

Las infecciones de la herida aparecen en el 4 al 6% de las histerectomías abdominales. Las medidas que se cree que reducen la incidencia de infecciones de la herida quirúrgica son la ducha antes de la cirugía; la no rasuración o, si ésta es necesaria, la depilación con pinzas en el quirófano; el uso de paños quirúrgicos adhesivos; y la profilaxis antibiótica y retrasar el cierre primario de la incisión.

3.2.2 Dehiscencia de herida quirúrgica

La dehiscencia de la aponeurosis después de la laparotomía ginecológica sucede en 0.3 a 0.7% de las pacientes. Los factores de riesgo son incisiones verticales, obesidad, antecedente de enfermedad médica y edad avanzada. Hay informes anecdóticos de evisceración después de la histerectomía vaginal.

3.2.3 Hemorragia

Inmediatamente después de una histerectomía, la hemorragia se hará evidente en uno o dos días. Primero, el sangrado de la vagina lo percibirán el personal de enfermería o el médico, en las primeras horas después de la cirugía. Segundo, y menos frecuentemente, la paciente puede notar poco sangrado por la vagina pero signos de constantes vitales deterioradas manifestados como presión arterial baja, pulso rápido, caída de los niveles de hematocrito y dolor abdominal o en el flanco. La primera forma de presentación habitualmente ocurre por el sangrado de la colpotomía o de uno de los

pedículos. La segunda forma de presentación puede ser una hemorragia retroperitoneal.

3.2.4 Retención de orina

La retención de orina tras una histerectomía es poco frecuente. Si la uretra no está obstruida y hay retención, normalmente será a causa del dolor o de la atonía vesical por la anestesia. Ambos son efectos temporales.

3.2.5 Lesiones ureterales

En pacientes que desarrollan un dolor en el flanco poco después de una histerectomía vaginal, se debe sospechar una obstrucción ureteral. La incidencia de lesión ureteral es menor en la histerectomía vaginal que en la abdominal. Un factor de riesgo para su aparición es el prolapso uterino total, en el que los uréteres estarán desplazados fuera de la pelvis ósea.

3.2.6 Fístula vesicovaginal

Las fístulas vesicovaginales aparecen más frecuentemente después de una histerectomía abdominal por patología ginecológica benigna. Las pacientes que tienen una fístula vesicovaginal posquirúrgica desarrollan un flujo vaginal acuoso de 10 a 14 días después de la cirugía. Algunas fístulas resultantes de la cirugía pueden aparecer tan precozmente como en las 48 a 72 h de la intervención.

3.2.7 Prolapso de la trompa de falopio

El prolapso de la trompa de Falopio tras una histerectomía es un hecho raro, con frecuencia confundido con tejido de granulación en el vértice vaginal. Los factores que predisponen al prolapso de la trompa de Falopio son la aparición de un hematoma y un absceso en el vértice vaginal. Aproximadamente la mitad de las pacientes a las que se les ha realizado una histerectomía vaginal forman algo de tejido de granulación en la cúpula vaginal (Berek, 2010).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

6.2 Área de estudio

El departamento de Ginecología del Hospital Regional de Zacapa.

6.3 Universo y muestra

Estuvo conformado por 587 expedientes clínicos de pacientes a las que se realizó Histerectomía Ginecológica en el Hospital Regional de Zacapa en el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre 2014, tomando una muestra de 500 expedientes con un 98% de confiabilidad mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{0.25 N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N - 1) + 0.25}$$

Donde:

N es el tamaño de la población

alfa es el valor del error tipo 1

z es el valor del número de unidades de desviación estándar para una prueba de dos colas con una zona de rechazo igual alfa.

0.25 es el valor de p2 que produce el máximo valor de error estándar, esto es $p = 0.5$

n es el tamaño de la muestra.

6.4 Sujetos u objeto de estudio:

Expedientes de pacientes a las que se les realizó Histerectomías Ginecológicas en el Hospital Regional de Zacapa durante enero 2010 a diciembre 2014.

6.5 Criterios de inclusión:

- Σ Histerectomías abdominales, vaginales y laparoscópicas realizadas por patología uterina ingresadas en el departamento de ginecología en el Hospital Regional de Zacapa.
- Σ Histerectomías ginecológicas realizadas a mujeres en edad fértil y menopaúsica.

6.6 Criterios de exclusión:

- Σ Expedientes de las pacientes ingresadas por embarazo o puerperio.
- Σ Procedimientos como cesárea-histerectomía.
- Σ Morbilidades asociadas descompensadas.
- Σ Expedientes de pacientes con riesgo quirúrgico mayor, paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante (ASA IV) y pacientes con riesgo de muerte cardíaca y de complicaciones letales (Goldman IV).
- Σ Expedientes de pacientes con egreso contraindicado.

6.7 Variables estudiadas:

- Σ Variable independiente: histerectomía ginecológica
- Σ Variable dependiente: caracterización clínica.

6.8 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Independiente: Histerectomía Ginecológica	Método de extirpación total o parcial del útero de una mujer.			
Dependiente: Caracterización clínica de la histerectomía ginecológica	Conjunto de particularidades, propiedades, complicaciones, técnicas y vías de abordaje quirúrgico que pueden ocurrir al realizar la histerectomía ginecológica.	Datos Generales		
		- Edad	Cuantitativa	De Intervalo
		Antecedentes obstétricos		
		- Gestas	Cuantitativa	Discreta
		- Partos	Cuantitativa	Discreta
		- Abortos	Cuantitativa	Discreta
		- Cesárea	Cuantitativa	Discreta
		- Fecha UR	Cuantitativa	Discreta
		Antecedentes Ginecológicos		
		- Menarquia	Cuantitativa	Intervalo
		- Coitarquia	Cuantitativa	Intervalo
		- Uso de anticonceptivos	Cualitativa	Nominal
		- Realización de papanicolau	Cualitativa	Nominal
		- ETS	Cualitativa	Nominal
		- Menopausia	Cuantitativa	Intervalo
		- Vía de Abordaje (Abdominal, Vaginal, Laparoscópico)	Cualitativa	Nominal
		- Técnica Quirúrgica (Histerectomía supracervical, Histerectomía total, Histerectomía total con salpingooforectomía bilateral)	Cualitativa	Nominal

		- Complicaciones (Transoperatorias, Postoperatorias)	Cualitativa	Nominal
		- Indice de Mortalidad	Cuantitativa	Continua
		- Indice de Histerectomia	Cuantitativa	Continua

6.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Para la extracción de los datos se utilizó una boleta de recolección de datos la cual fue diseñada en base a los objetivos de la presente investigación, esta presento 4 apartados, el primero incluye datos generales, el segundo consta de antecedentes obstétricos, el tercer apartado incluye antecedentes ginecológicos y por último se encuentra el apartado relacionado con el procedimiento quirúrgico de histerectomía ginecológica.

6.10 Procedimientos para la recolección de la información: Luego de la aprobación del tema de investigación se solicitó al Director del Hospital Regional de Zacapa la autorización para realizar la investigación y así tener el acceso a la revisión completa y detallada de expedientes clínicos en los cuales se realizó el procedimiento quirúrgico de Histerectomía Ginecológica en el Departamento de Ginecología de dicho hospital, se procedió a la recolección de datos en el cuestionario elaborado para la presente investigación, y para el cálculo de los indicadores de incidencia y mortalidad de Histerectomía Ginecológica los datos se obtuvieron del total de Histerectomías Ginecológicas realizadas en cada año por el periodo de 5 años de estudio, reportados en área de registro y estadística del Hospital Regional de Zacapa.

6.11 Plan de análisis: Según la información obtenida de los expedientes clínicos del hospital regional de Zacapa durante el período de 5 años, se procedió a generar una base de datos en el programa Excel 2010 de Microsoft, la cual luego fue utilizada en el programa de Epiinfo 7 para la organización de los datos y la elaboración de gráficas, para la presentación de los resultados obtenidos en la presente investigación. Para el cálculo de la incidencia y mortalidad de Histerectomía Ginecológica se utilizó las siguientes formulas.

$$\text{Mortalidad por (HG)} = \frac{\text{número de casos de muerte por HG en determinado período}}{\text{número total de HG realizadas en el mismo periodo}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de (HG) Anual} = \frac{\text{número de casos de HG en determinado período}}{\text{número total de patologías uterinas en el mismo periodo}} \times 100$$

Dónde:

- HG = Histerectomía Ginecológica

6.12 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación: La información no incluyó el nombre de las pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Ginecológica solamente el número de registro de cada expediente para reforzar la validez de la presente investigación además se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida de los expedientes clínicos.

6.13 Cronograma de actividades

ACTIVIDAD MES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ELABORACIÓN DEL PROYECTO																								
Elección del problema																								
Elaboración del planteamiento del problema																								
Aprobación del planteamiento problema																								
Elaboración de protocolo																								
Revisión de protocolo																								
Aprobación de protocolo																								
TRABAJO DE CAMPO																								
Ejecución del trabajo de campo																								
PROCESAMIENTO Y ELABORACIÓN DE INFORME FINAL																								
Tabulación y análisis de resultados																								
Elaboración de informe final																								
Aprobación de Informe Final																								

6.14 Recursos

6.14.1 Humanos:

- 1 Investigador
- 1 asesor de investigación
- 1 Revisor de investigación

6.14.2 Físicos:

Materiales y suministros:

- Biblioteca del Centro Universitario de Oriente
- Hospital Regional de Zacapa
- Libros de texto, tesis, fichas clínicas, computadora, internet, memorias USB.
- Útiles de Oficina.

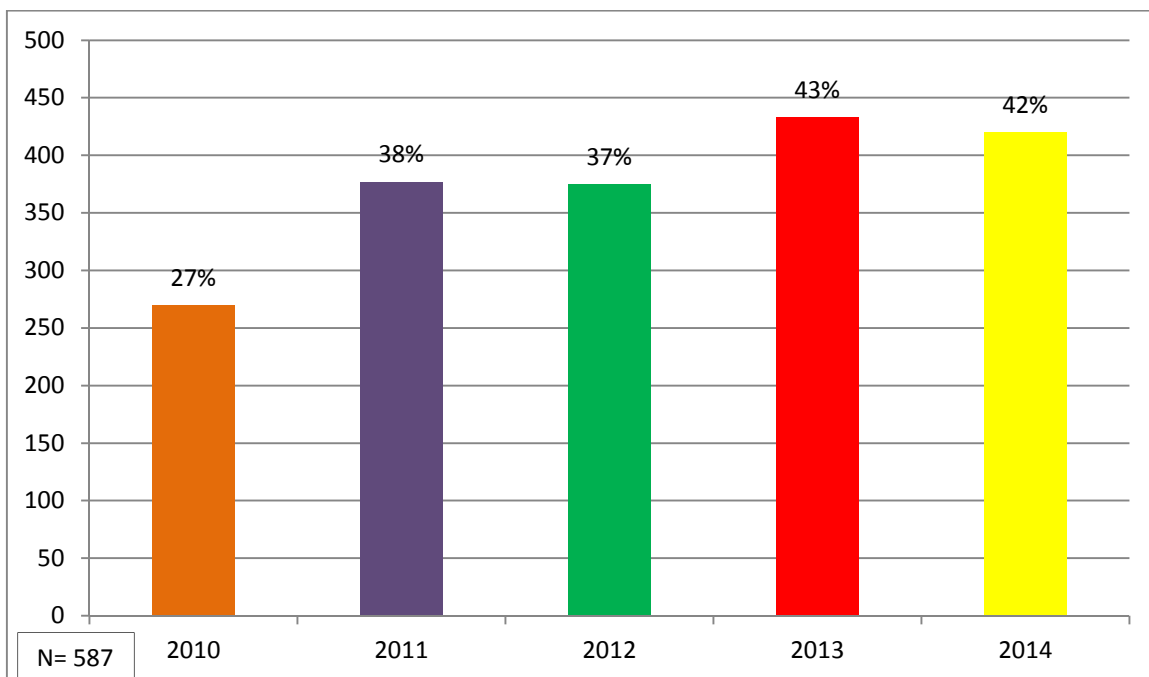
6.14.3 Financieros: se establece el siguiente presupuesto:

Descripción	Cantidad en Quetzales
Fotocopias e impresiones	Q.2,000.00
Lapiceros	Q.10.00
Transporte	Q.4,000.00
Alimentación	Q.1,000.00
Internet	Q.500.00
Total	Q.7,510.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1 GRÁFICAS

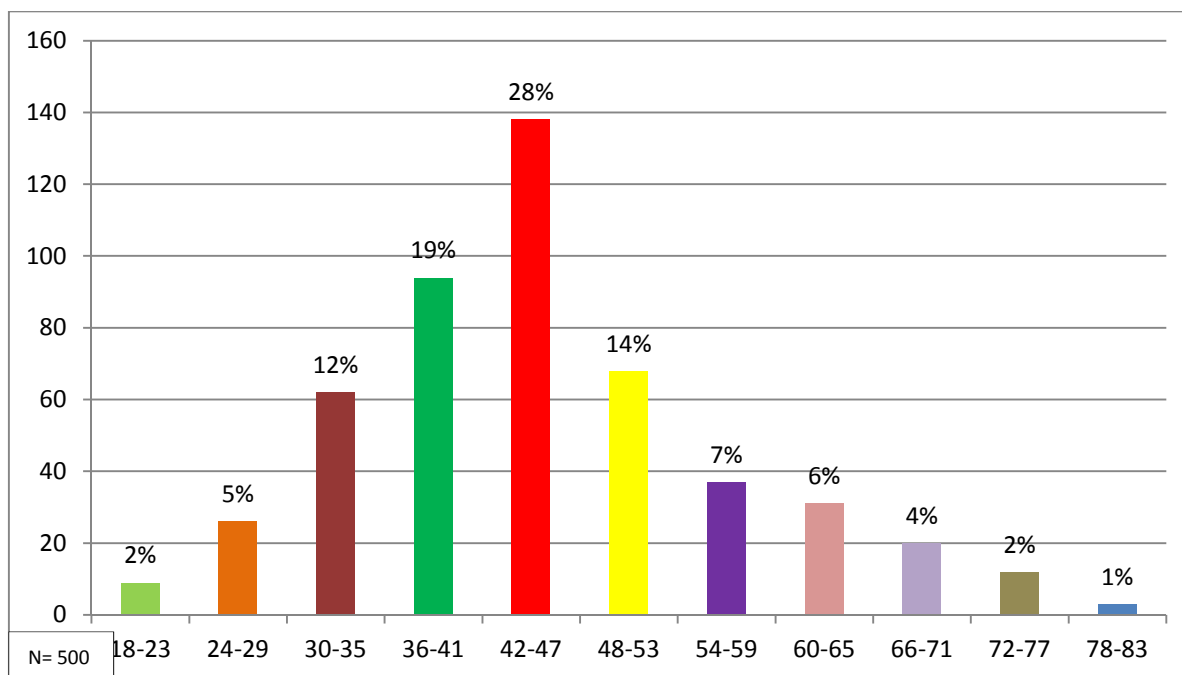
Gráfica 1. Distribución de las tasas de histerectomía ginecológica por cada cien pacientes ingresadas anualmente por patología uterina en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Registro y Estadística del Hospital Regional de Zacapa

Con base al estudio se encuentra que la mayor tasa fue en el año 2013 con 43 por 100 casos de histerectomía, seguida del 2014 con 42 por 100 casos, en contra parte con el año 2010 que fue de 27 por 100 casos.

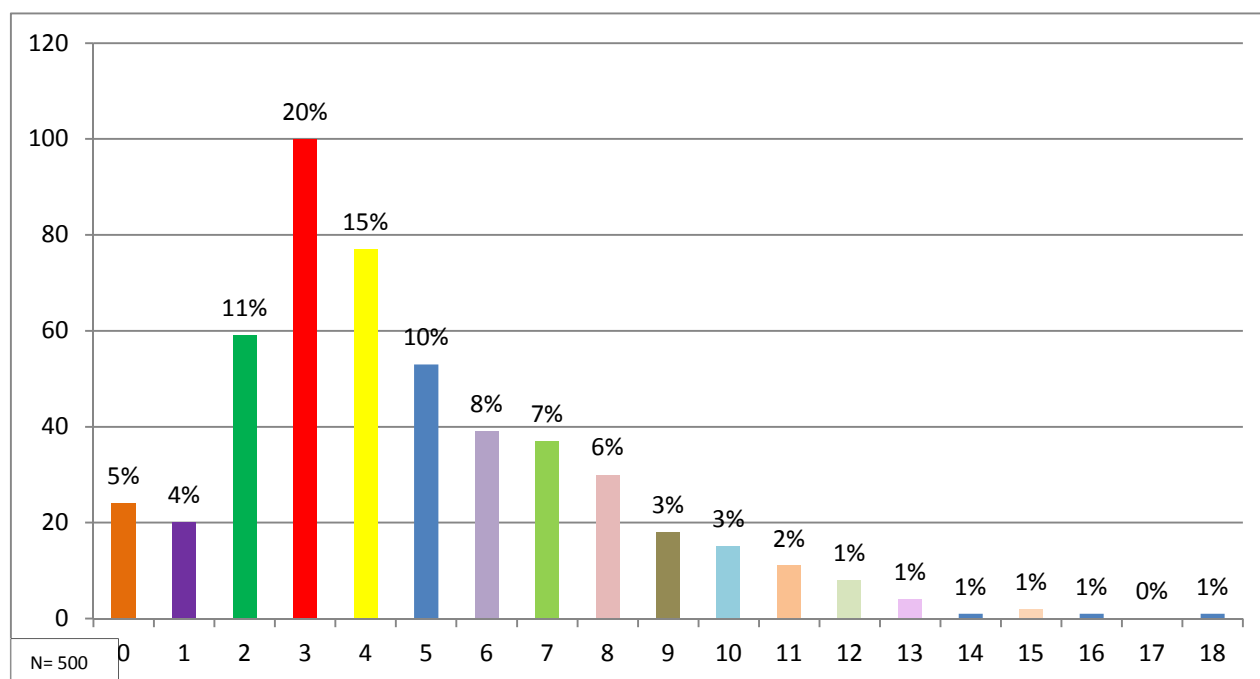
Gráfica 2. Distribución según edad de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Registro y Estadística del Hospital Regional de Zacapa

En la gráfica se aprecia que el 28% (138) se encuentra entre cuarenta y dos a cuarenta y siete años seguida del 19% (94) treinta y seis a cuarenta y uno y el 14% (68) cuarenta y seis a cincuenta y tres años de edad.

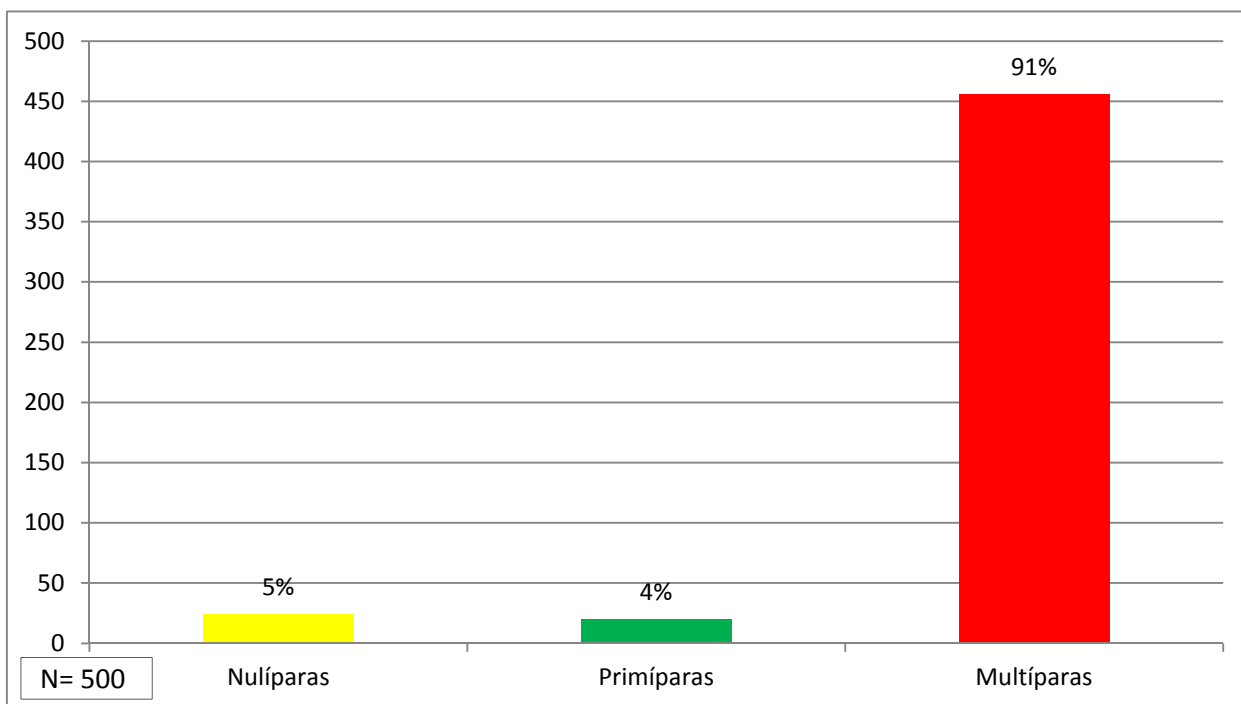
Gráfica 3. Distribución según gestas de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

De los casos presentados se encontró que el 20% (100) han tenido tres gestas, seguido de un 15% (77) con 4 gestas, además se encontró un 5% (24) en casos que no han tenido ninguna gesta.

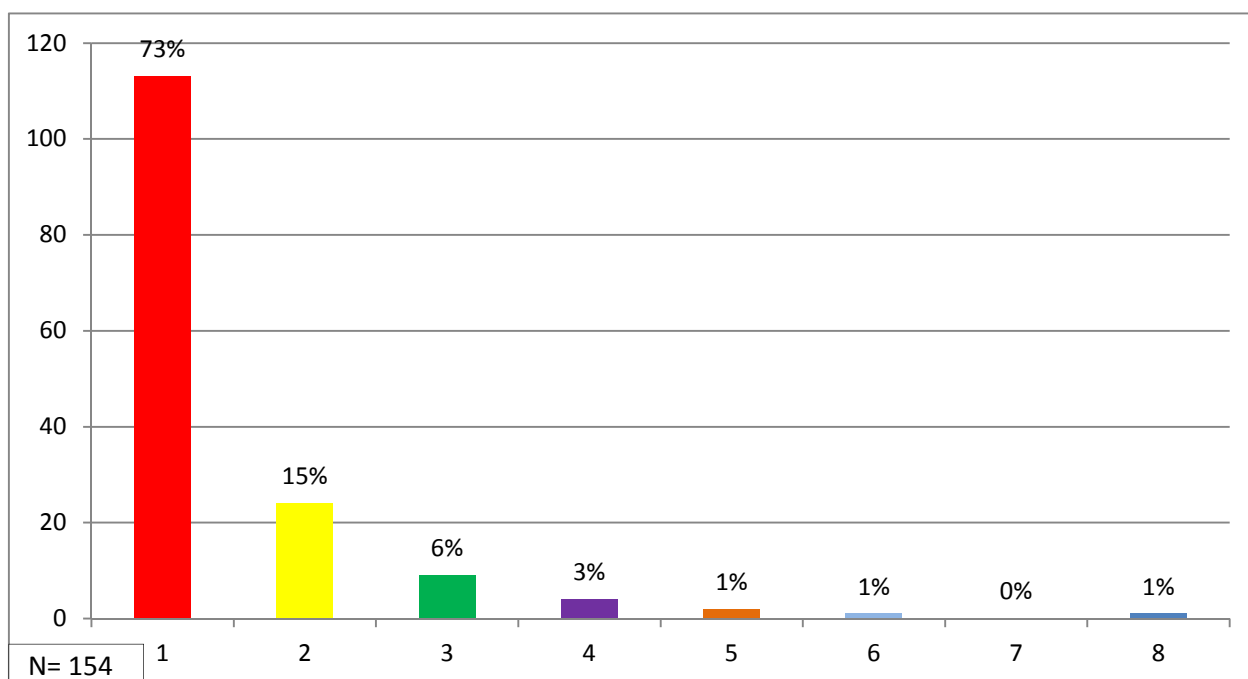
Gráfica 4. Distribución según paridad de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En base a la investigación se tiene que de los casos presentados el 91% (456) eran multíparas, mientras que un 5% (24) nulíparas.

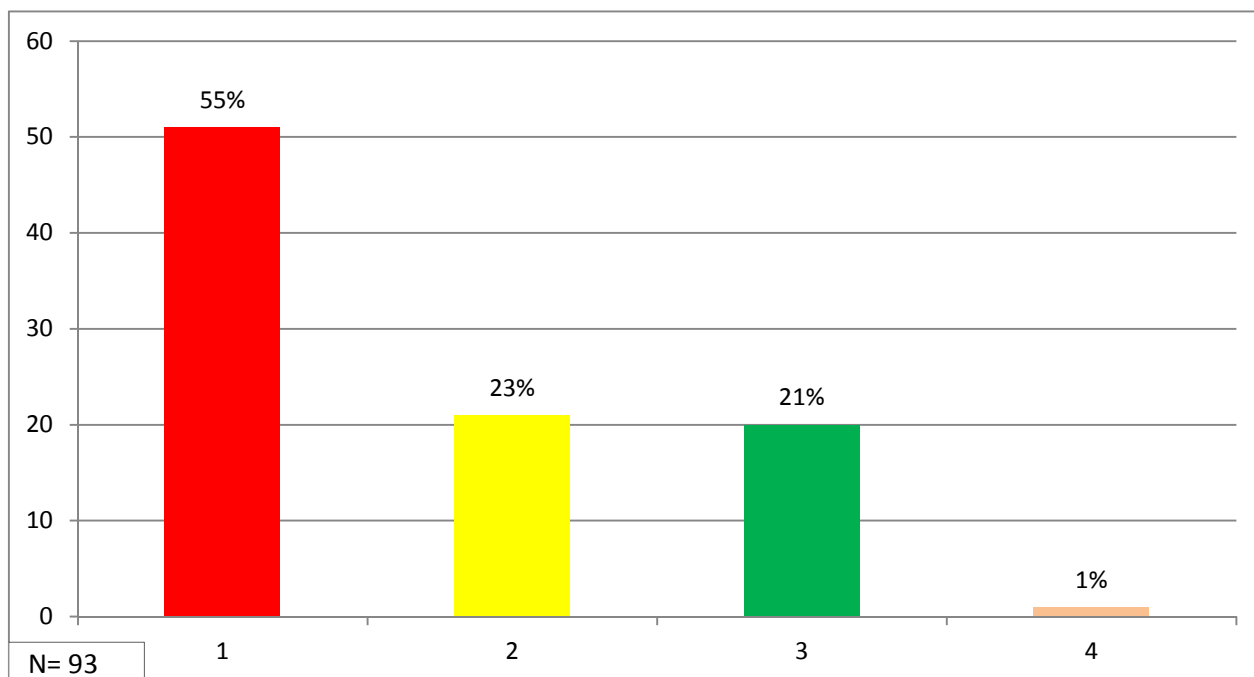
Gráfica 5. Distribución según número de abortos de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En la gráfica se observa que de los casos analizados el 73% (113) presentó un aborto y un 15% (24) dos.

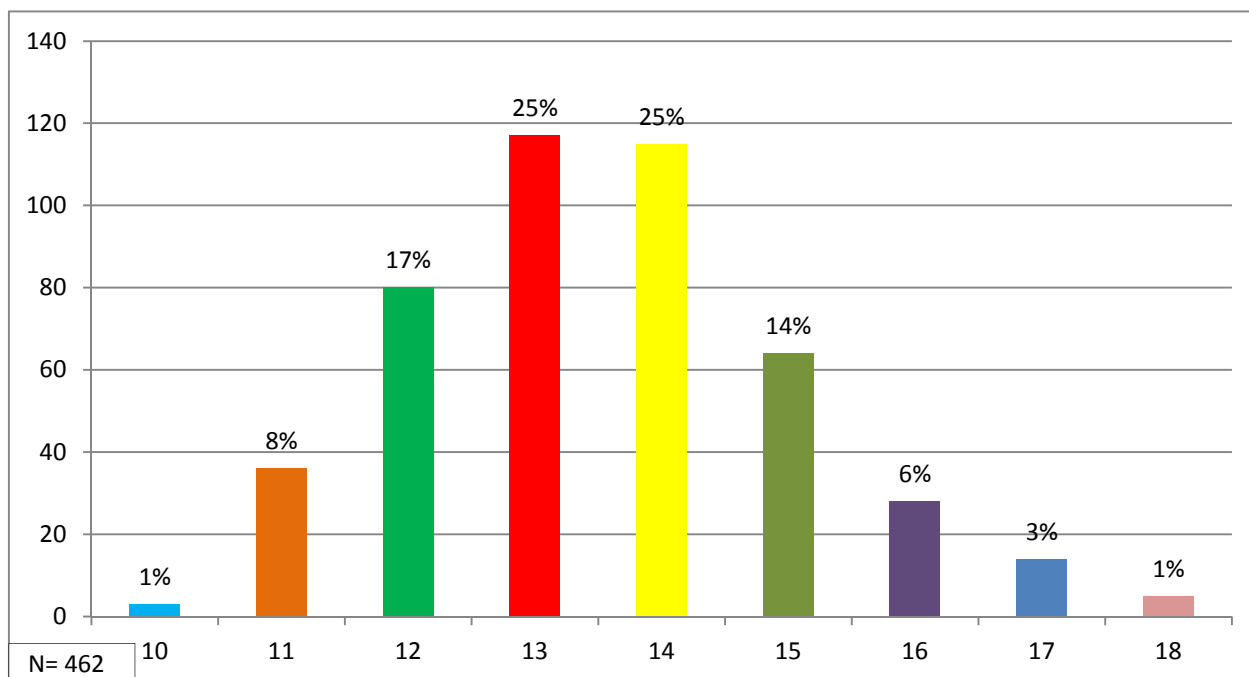
Gráfica 6. Distribución según número de cesáreas en las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Se demostró que el 55% (51) tuvo una cesárea, seguido del 23% (21) que presentó dos y un 21% (20) que presentó tres.

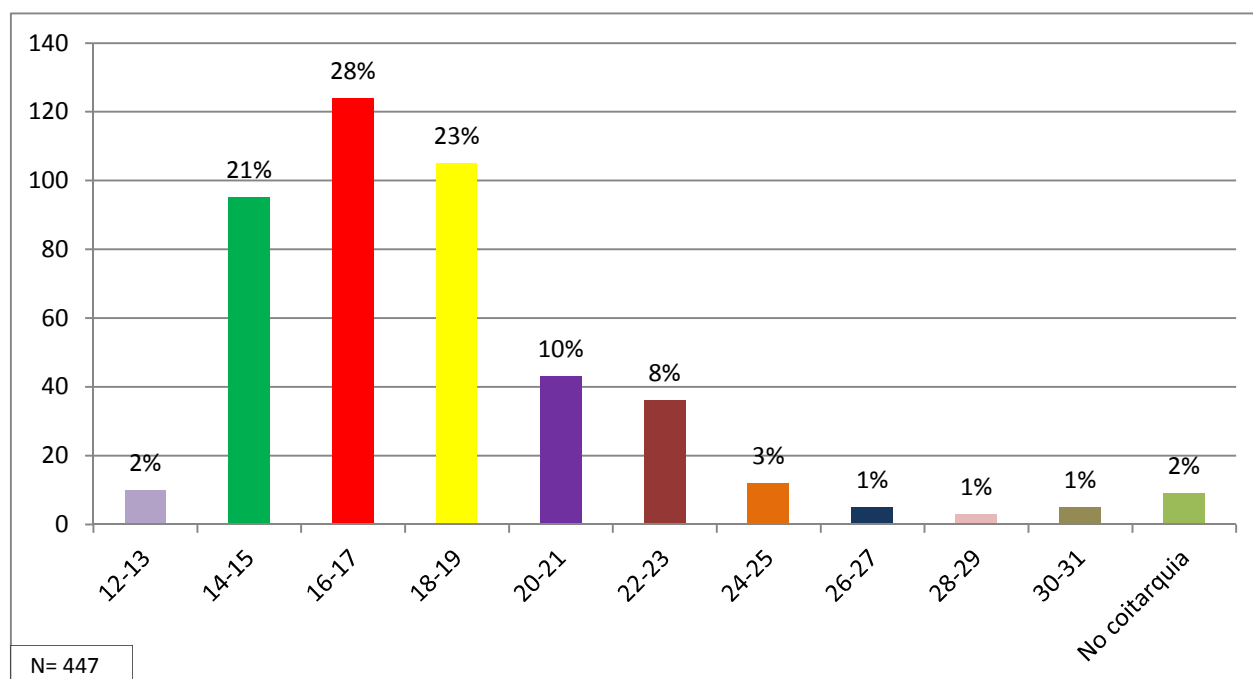
Gráfica 7. Distribución según menarquia de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Del estudio se tiene que un 25% (117) de los casos presentaron menarquia a los trece y catorce años, seguido de un 17% (80) que la presentaron a los doce años.

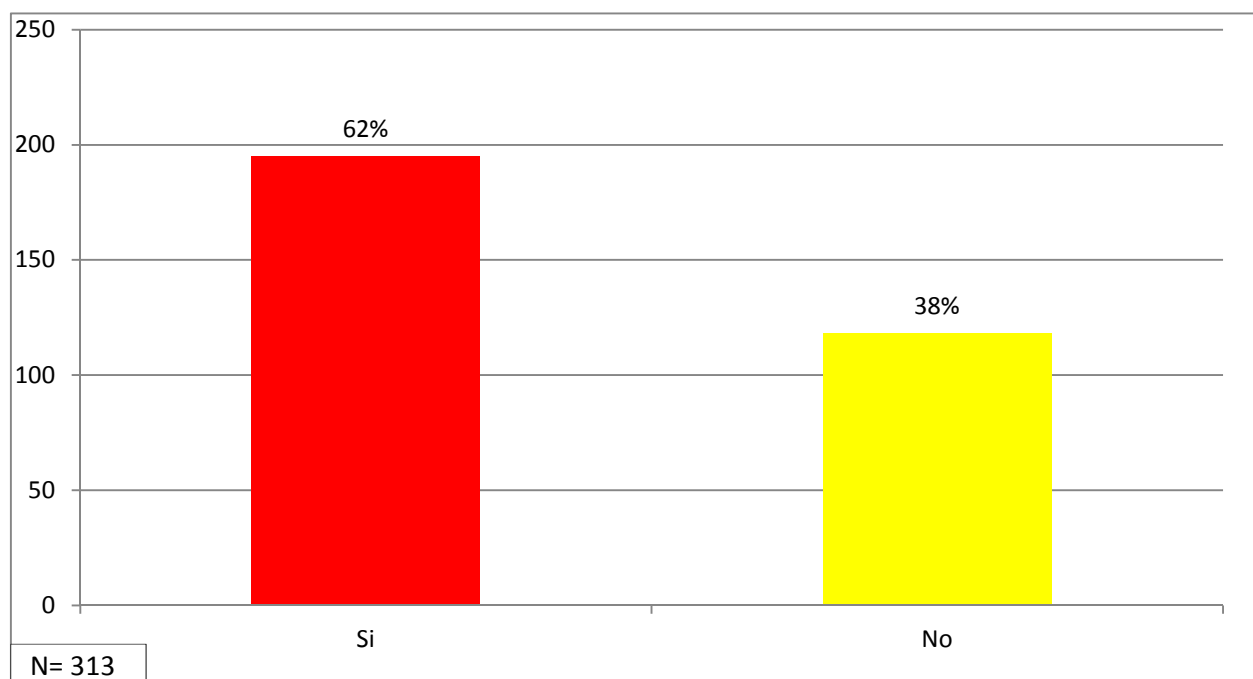
Gráfica 8. Distribución según coitarquia de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Del estudio realizado se encontró la mayor incidencia de casos fue de 28% (124) a una edad de dieciséis y diecisiete años, seguida del 23% (105) a los dieciocho y diecinueve años de edad, y el 21% (95) que se encuentra entre los catorce y quince años de edad.

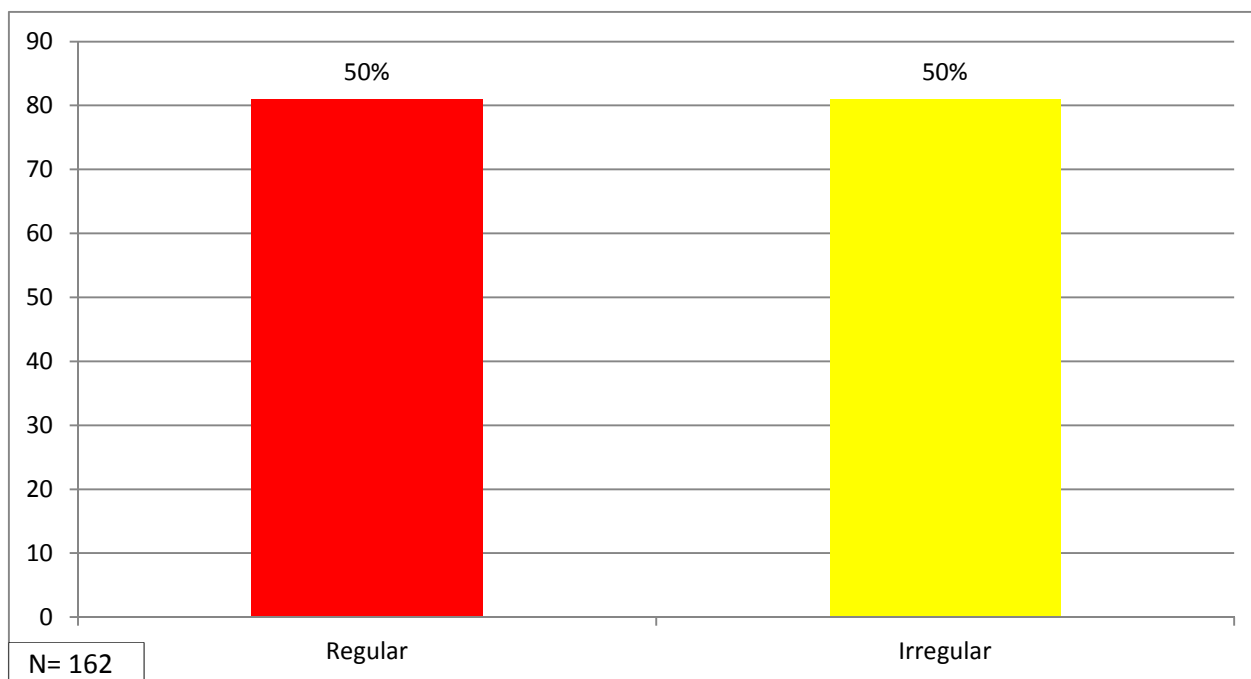
Gráfica 9. Distribución según presentación menstrual en el último año en las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Se encontró que el 62% (195) presento menstruación y el 38% (118) no presento menstruación (Menopausia).

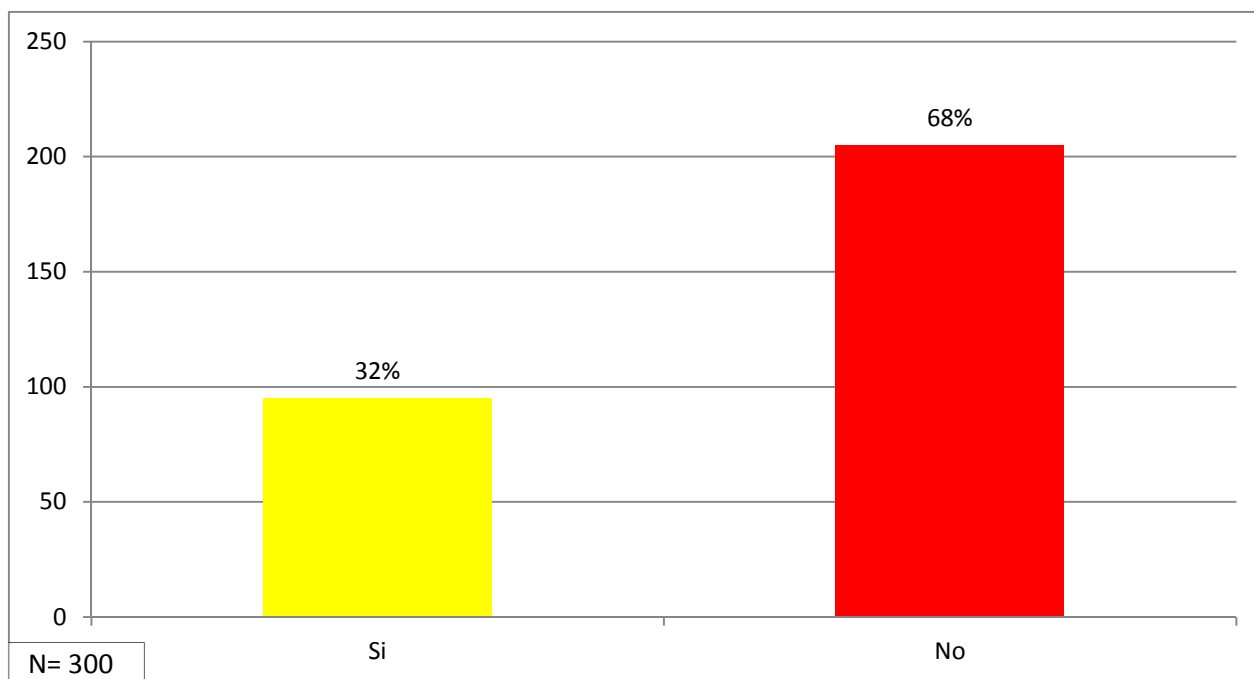
Gráfica 10. Distribución según regularidad de ciclos menstruales en las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En esta gráfica se aprecia que el 50% (81) tenían ciclos regulares y 50% (81) irregulares.

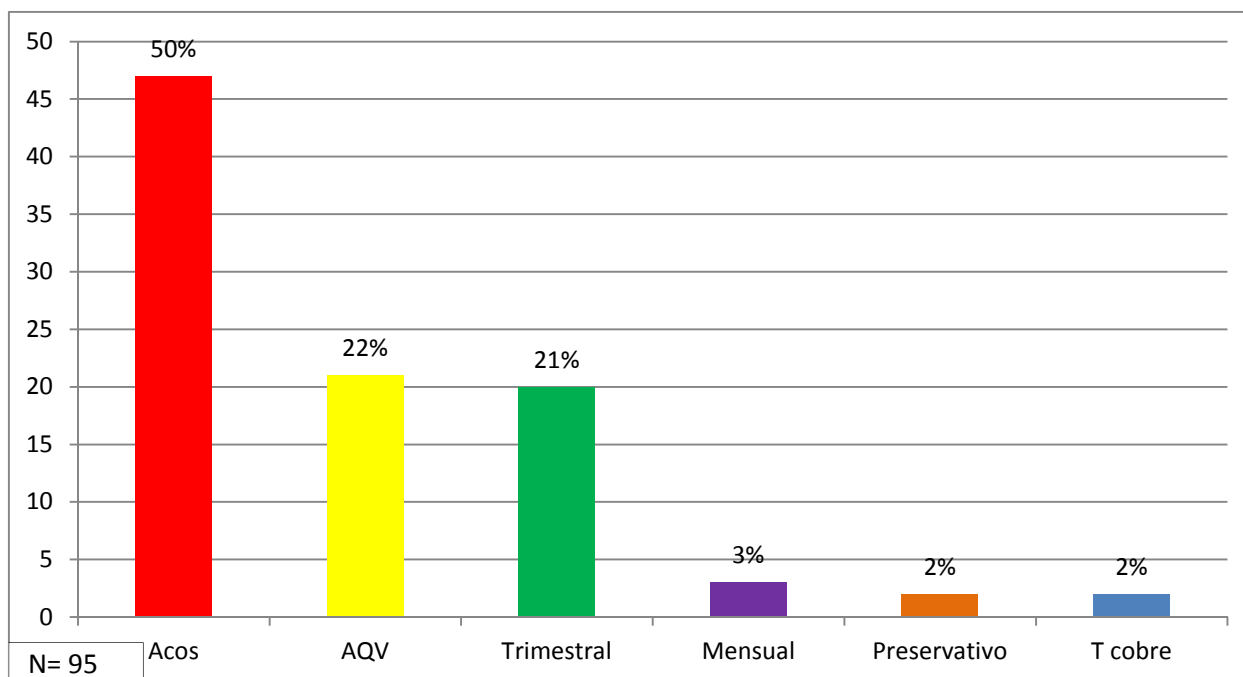
Gráfica 11. Distribución según utilización de anticoncepción por las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Se demostró que el 32% (95) utilizó algún método anticonceptivo mientras que el 68% (205) no.

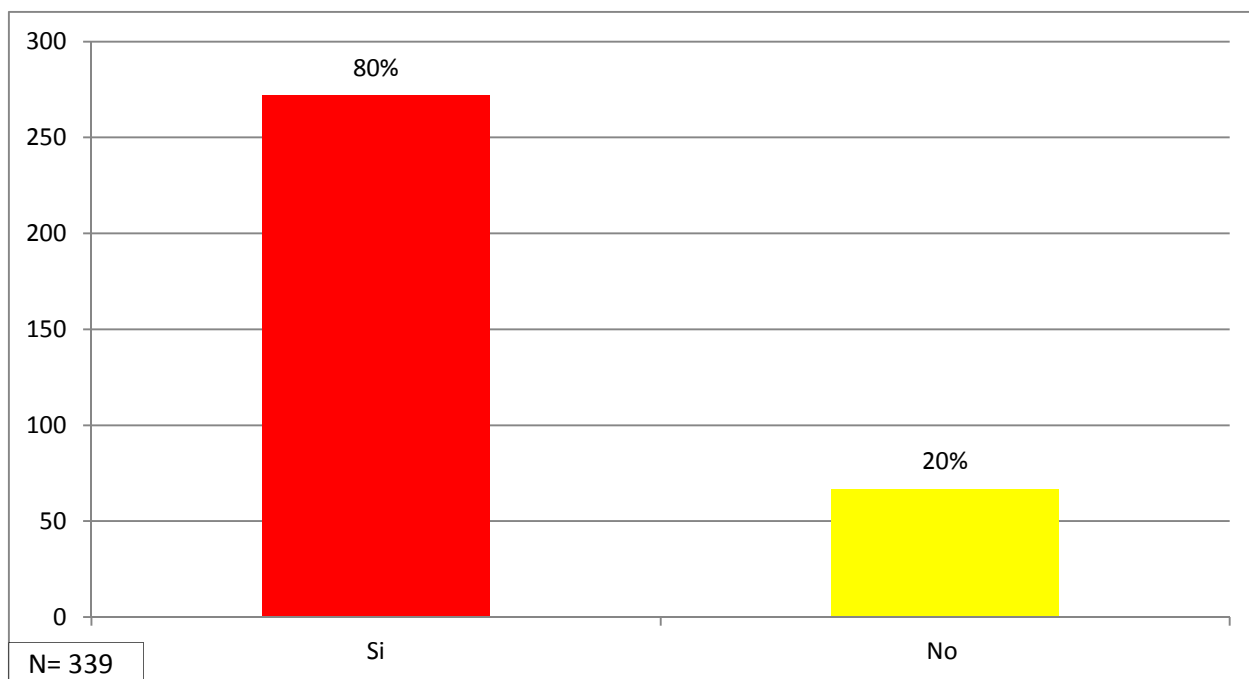
Gráfica 12. Distribución del método anticonceptivo utilizado por pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

El estudio demostró que los mayores índices se encuentran en el 50% (47) que utilizó anticonceptivos orales, 22% (21) anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) y el 21% (20) inyección trimestral.

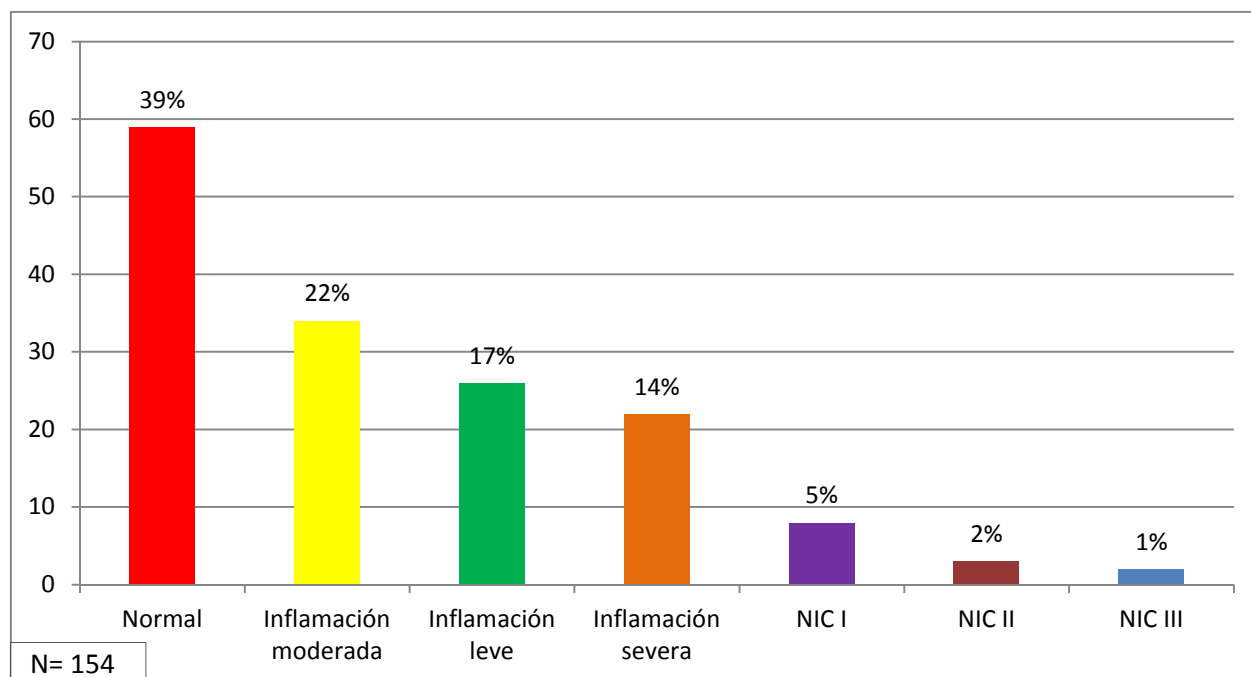
Gráfica 13. Distribución según antecedente de papanicolaou en las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En esta gráfica se aprecia que el 80% (272) si se realizó el papanicolau y 20% (67) no.

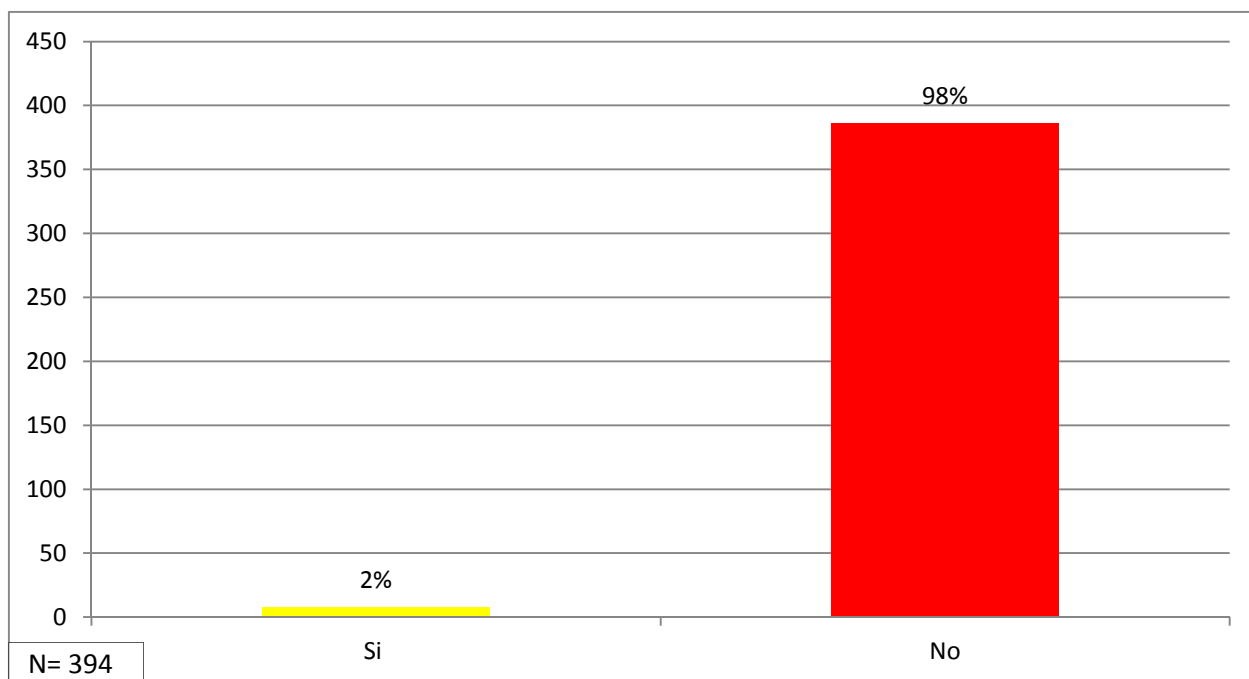
Gráfica 14. Distribución según resultado de papanicolau de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Se encontró que 39% (59) fue normal, 22% (34) inflamación moderada, 17% (26) inflamación leve y solo el 8% (13) tiene relación con NIC en algún estadio.

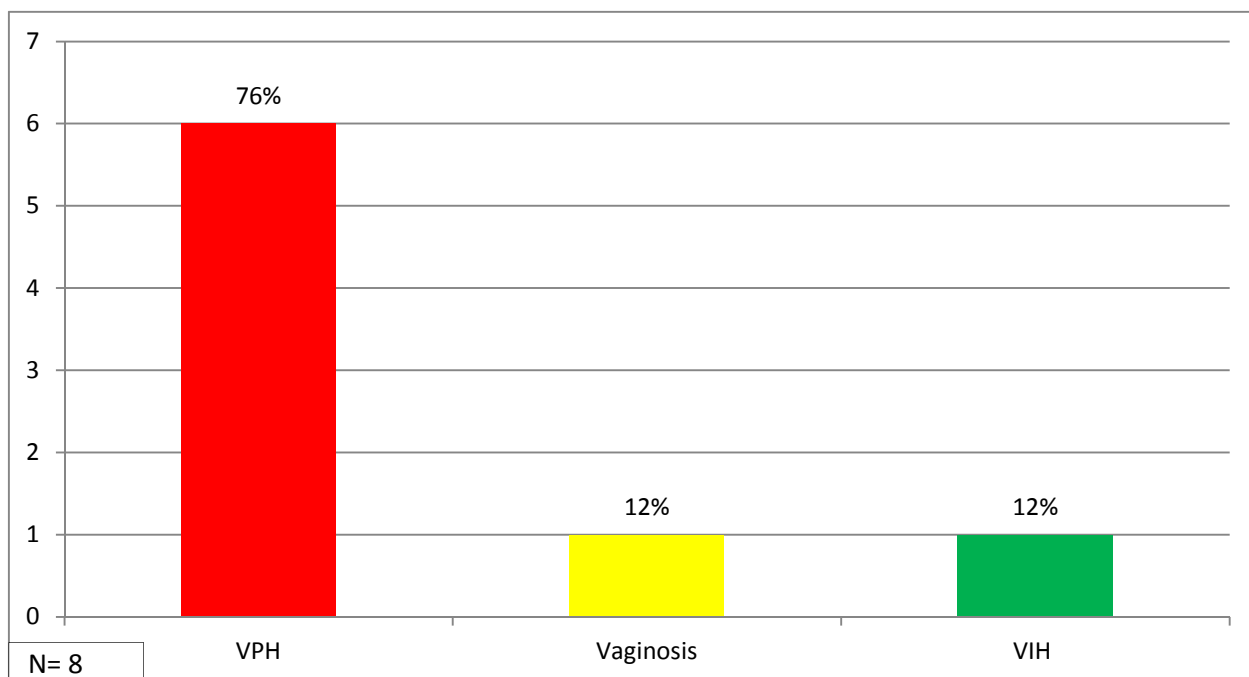
Gráfica 15. Distribución según antecedente de enfermedad de transmisión sexual de las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En esta gráfica se aprecia que el 2% (8) presentó enfermedades de transmisión sexual mientras que 98% (386) no.

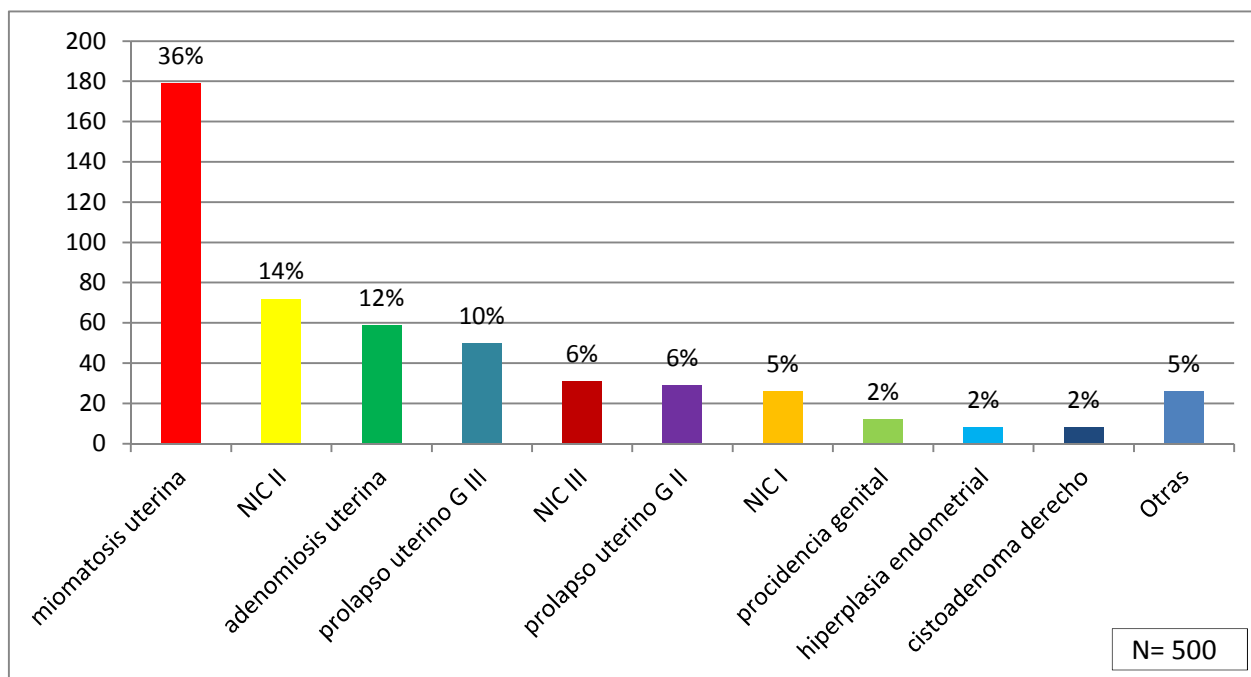
Gráfica 16. Distribución de las enfermedades de transmisión sexual en las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

El estudio demostró que 76% (6) tenían virus del papiloma humano (VPH), mientras que el 12% (1) presento vaginosiis, al igual que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

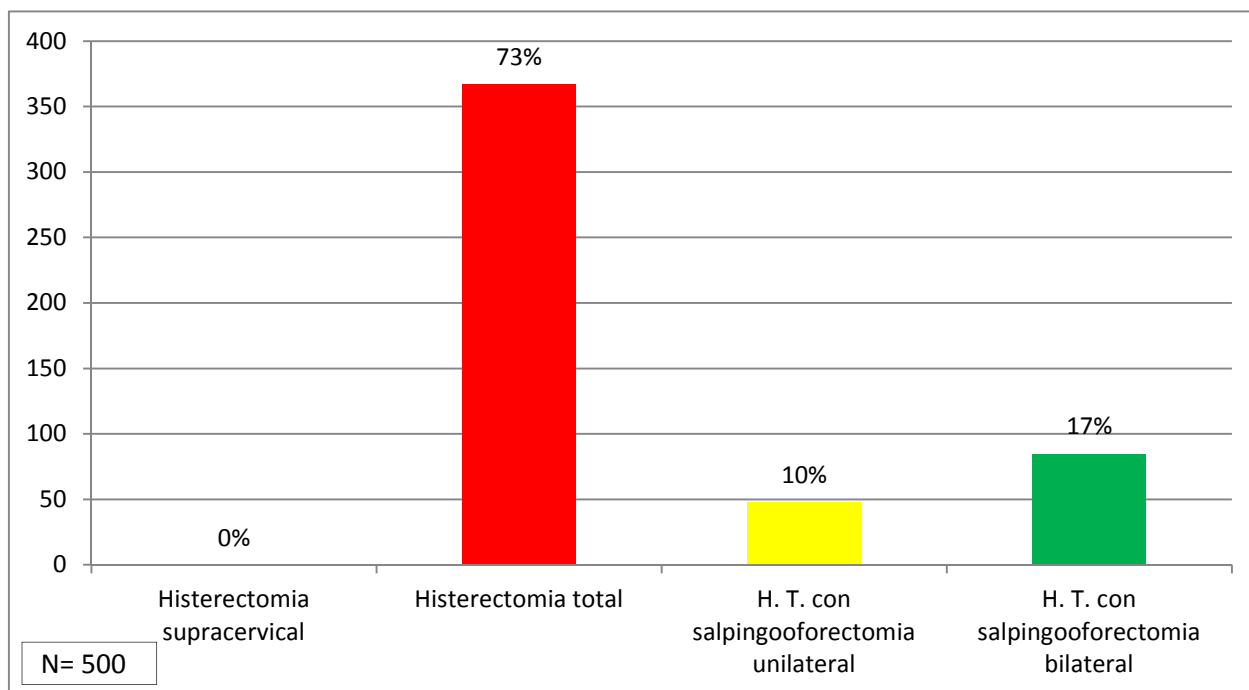
Gráfica 17. Distribución de la indicación quirúrgica en las hysterectomías ginecológicas del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En la gráfica se demuestra que la indicación de mayor frecuencia fue miomatosis uterina 36% (179), seguida del 14% (72) neoplasia cervical intraepitelial (NIC) grado II y 12% (59) adenomiosis uterina.

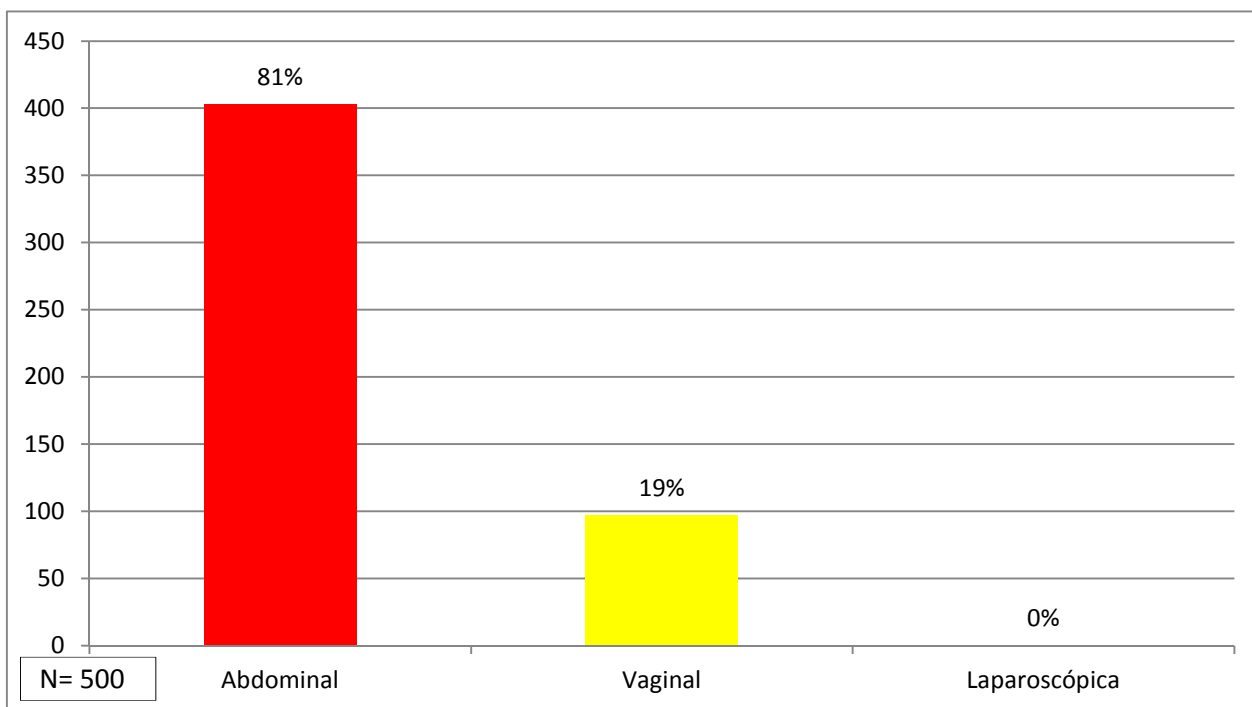
Gráfica 18. Distribución de la técnica quirúrgica en las hysterectomías ginecológicas del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En la gráfica se aprecia que la mayor frecuencia fue la hysterectomía total (ablación del cuerpo y cuello uterino) con el 73% (367), seguida del 17% (85) de hysterectomía total mas salpingooforectomía bilateral, 10% (48) hysterectomía total mas salpingooforectomía unilateral.

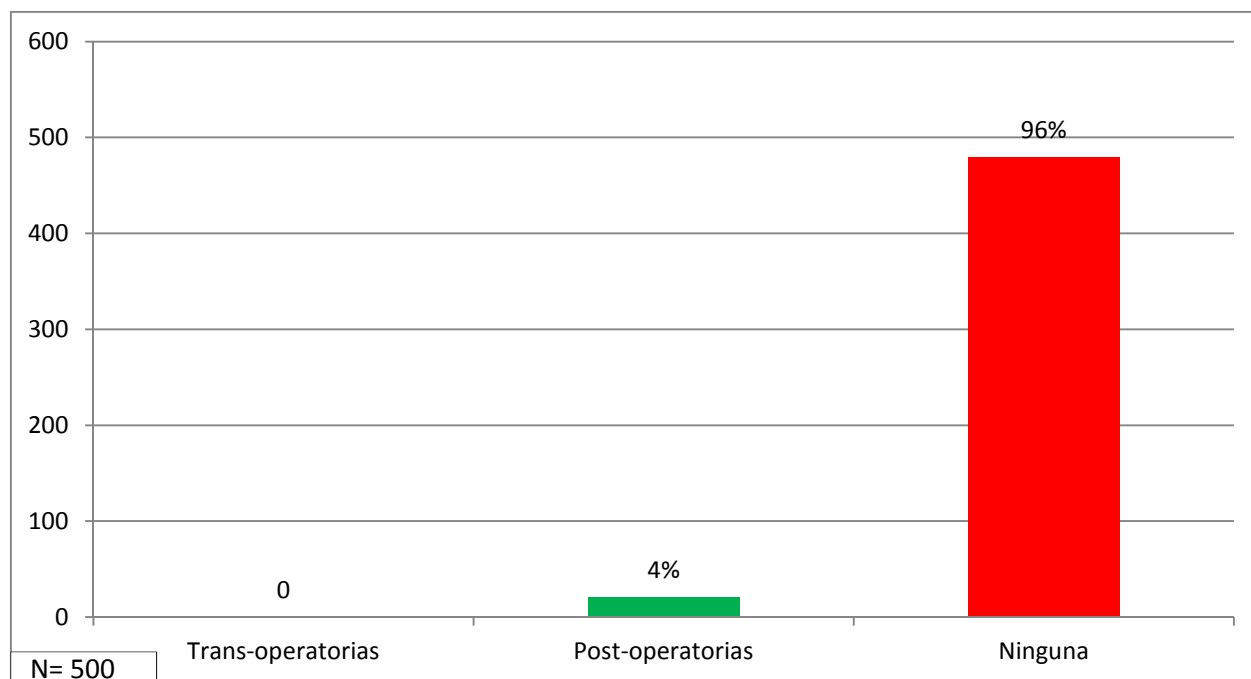
Gráfica 19. Distribución de la vía de abordaje quirúrgico en las histerectomías ginecológicas del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En la gráfica se demuestra que 81% (403) fueron realizadas por vía abdominal y el 19% (97) vía vaginal.

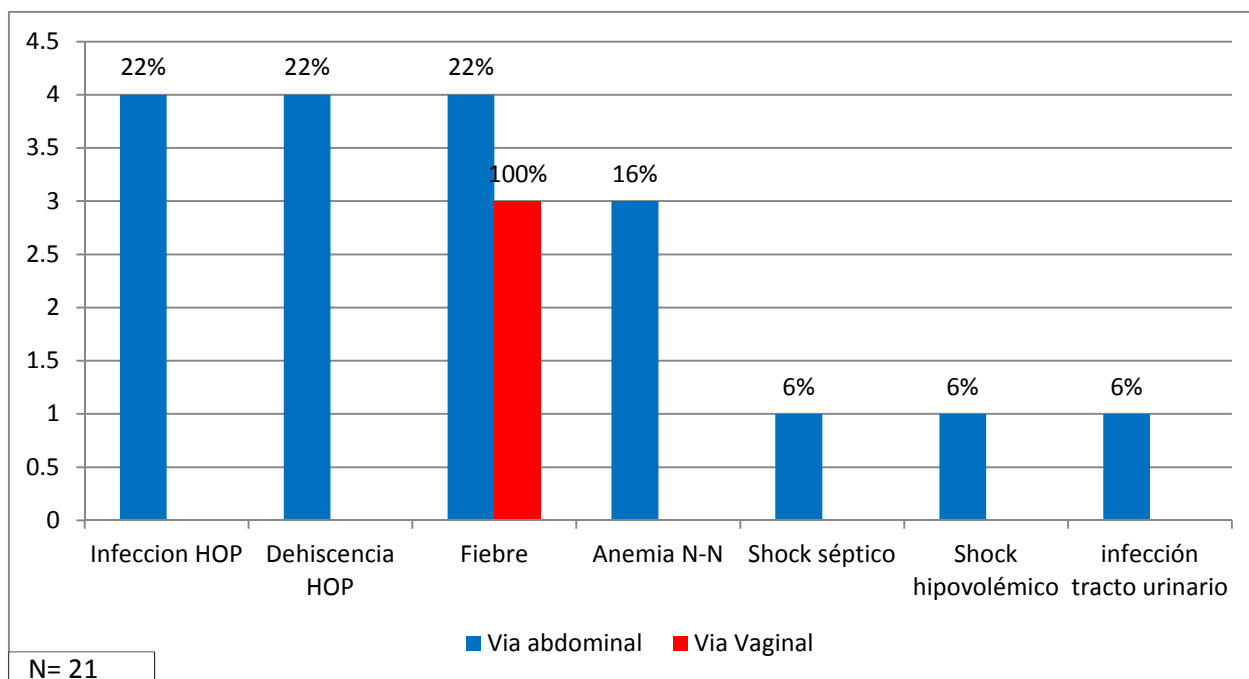
Gráfica 20. Distribución según momento de ocurrencia de las complicaciones en las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En la gráfica se aprecia que 96% (479) no presentaron complicaciones y mientras que un 4% (21) presento complicaciones post operatoriamente.

Gráfica 21. Distribución de complicaciones post-operatorias según vía de abordaje en las pacientes a las que se realizó histerectomía ginecológica del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2010 a diciembre 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos

En la gráfica se demuestra que por vía abdominal 22% (4) fue Infección de herida operatoria al igual que dehiscencia de herida operatoria y fiebre, 16% (3) anemia normocítica normocromica (N-N) y por vía vaginal el 100% (3) presentó fiebre.

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

La presente investigación, consistió en un estudio de tipo descriptivo transversal, para la caracterización Clínica de la Histerectomía Ginecológica, realizado en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Zacapa, el período de estudio comprendió de enero del 2010 a diciembre del 2014, determinando que se incluirían los casos que presentaron patología ginecológica; posteriormente se procedió a la búsqueda de estos, encontrándose una población de 587 expedientes de pacientes que presentaron histerectomía ginecológica en el período de estudio, de los cuales se tomó una muestra de 500 casos con el 98% de confiabilidad, realizando una detallada revisión de los expedientes clínicos.

El estudio evidenció un incremento del 15% en el número de casos que presentaron histerectomía ginecológica desde el año 2010 al 2014, teniendo un aumento promedio del 3% anual, esto se observa en los datos obtenidos para el año 2010 donde se presentaron 270 casos, aumentando para el 2011 y manteniéndose las cifras hasta el año 2012, luego de ello para el año 2013 nuevamente se presentó un aumento, manteniéndose las cifras hasta la finalización del período investigado, teniendo un total de 420 casos.

Además, según el estudio realizado y en base a registros e historiales clínicos se logró determinar que los índices más altos de histerectomías ginecológicas realizadas se encontraban entre las personas de la tercera y sexta década de vida, evidenciando junto a ello altos índices de número de embarazos y partos de dichas pacientes, esto relacionado a un rango de dos a cinco gestas; así como también incidencias de abortos y cesáreas realizadas, lo cual indica que la cantidad de gestas incide en la probabilidad del procedimiento quirúrgico; cabe mencionar que en algunos expedientes no se encontró dato registrado de la cantidad de embarazos, partos, abortos y cesáreas que tuvieron las pacientes, pero probablemente presentan la misma tendencia.

En la investigación también se encontraron antecedentes ginecológicos los cuales presentan, que las pacientes atendidas, tuvieron su menarquia en el rango correcto de edad, teniendo la mayor incidencia o en su mayoría las edades comprendidas de doce a quince años, así como lo dicta la Organización Mundial de la Salud. Además y junto con ello se logró evidenciar que un gran grupo de pacientes mantuvieron coitarquia a temprana edad, justo después de un promedio de dos a tres años de la menarquia; influenciando el uso temprano de anticonceptivos entre los cuales se logró identificar con mayor frecuencia ACOS, AQV y la inyección trimestral; las pacientes tratadas en el procedimiento quirúrgico de histerectomía adjudican además, que antes de realizárseles el procedimiento quirúrgico todavía presenciaron su menstruación en ciclos regulares, lo que demuestra que la mayoría se encontraba en edad fértil.

La investigación demuestra además un alta concentración en los casos de aquellas personas que realizaron papanicolau, sin embargo muchas de ellas no conocen el diagnóstico ni resultados de la evaluación, por tanto es necesaria la implementación de mejores mecanismos de recolección de información y presentación de resultados; en el caso de las personas que realizaron papanicolau y presentaron complicaciones, en su mayoría se encontraron normales teniendo únicamente resultados como inflamación severa, moderada y leve. Otro dato interesante es sobre las enfermedades de transmisión sexual, debido a que en los casos investigados únicamente se presentan en tasas menores siendo la enfermedad más frecuente el Virus de Papiloma Humano que se asocia a cáncer cervico-uterino.

Además, el estudio confirma que la mayor tasa para la indicación de histerectomías realizadas durante el período investigado son de 36% indicadas como miomatosis uterina, lo que tiene relación con la edad en la que predomina la histerectomía, ya que aquí los fibromas son más frecuentes debido a que existe un pico en la producción hormonal y los sangramientos uterinos son anormales, característico de las mujeres pre-menopáusicas. Así también se tuvo tasas menores a la anterior de neoplasia

cervical intraepitelial (NIC) siendo la histerectomía abdominal total la técnica quirúrgica utilizada en este tipo de casos, esto probablemente por el riesgo aumentado de presentar en un futuro patología a nivel de cuello uterino optando por esta técnica en la que se extrae el útero y cuello uterino.

Las principales complicaciones que se dieron en el presente estudio variaron de acuerdo al acceso operatorio, resultados que coinciden con la mayoría de estudios realizados en otros países predominando las complicaciones post quirúrgicas en las histerectomías abdominales siendo principalmente a nivel de la incisión del sitio quirúrgico como son la dehiscencia e infecciones de herida operatoria, lo que indica el riesgo menor de complicaciones que pueden llevar a un suceso fatal ya que no se reportó ningún caso de muerte, ni complicaciones transoperatorias.

Es necesaria y urgente la mejora en la recolección de datos de las pacientes que acuden al departamento de ginecología del Hospital Regional de Zacapa, debido a que durante la investigación se pudo percibir la falta parcial o total de la información lo cual repercute en un buen diagnóstico para optar al tratamiento quirúrgico (Histerectomía).

IX. CONCLUSIONES

1. La tasa de histerectomía practicada en el Hospital Regional de Zacapa en promedio, en los 5 años de estudio del 2010 al año 2014 fue de 37 por 100 casos, siendo la tasa más elevada durante el año 2013 con 43 por 100 casos.
2. En cuanto a los antecedentes obstétricos se determinó que la mayoría de pacientes a las que se les realizó histerectomía ginecológica predominó tres gestas con un 20%, así también la multiparidad en un 91%; un aborto en el 73% y el 55% fueron pacientes con cesárea previa.
3. Se identificaron los antecedentes ginecológicos de las pacientes a las que se les realizó histerectomía ginecológica donde su primera menstruación fue en el grupo etario de 13 a 14 años (50%), el 28% tuvo su primera relación sexual entre los 16 a 17 años, el 62% presentaron al menos un período de menstruación en el último año correspondiente al procedimiento quirúrgico, por lo que el 38% restante se encontraba en la menopausia, el 50% de las pacientes que menstruaban presentó ciclos regulares, el 32% utilizó algún método anticonceptivo y de estos el 50% fueron anticonceptivos orales, el 80% se realizó papanicolau y el 39% fue normal, el 2% presentó enfermedades de transmisión sexual de los cuales el 76% fue por el virus del papiloma humano y la indicación quirúrgica para la realización de histerectomía ginecológica fue miomatosis uterina con un 36% (179) en la mayoría de los casos.
4. La técnica quirúrgica más utilizada en las histerectomías ginecológicas fue la histerectomía total con un 73% y la vía de abordaje abdominal con el 81% en la mayoría de los casos.
5. Durante el período trans-operatorio no se presentó complicación quirúrgica en ninguna vía de abordaje siendo únicamente en el periodo post-operatorio un 4% por la vía de abordaje abdominal presentándose dehiscencia, infección de herida

operatoria y fiebre en el 22% de los casos a diferencia de la vía vaginal en la cual la complicación predominante en el 100% fue la fiebre durante el período post-operatorio. Las complicaciones se dieron a nivel global en el 4% de los casos.

6. No se presentaron casos de mortalidad secundaria a la realización de Histerectomía en el departamento de ginecología del hospital Regional de Zacapa durante el periodo del 2010 al año 2014 en estudio.

X. RECOMENDACIONES

- 1) Al Hospital Regional de Zacapa que los resultados de este estudio sirvan como base para futuras investigaciones que ayuden a actualizar y mejorar los protocolos y normas asistenciales sobre la histerectomía ginecológica.
- 2) Al servicio de Ginecología del Hospital Regional de Zacapa la implementación de equipo necesario para promover la técnica por vía laparoscópica al realizar histerectomías y a la vez entrenar y capacitar al equipo de salud para realizar este procedimiento y de esta manera disminuir las complicaciones, el tiempo de estancia hospitalaria y recuperación satisfactoria de la paciente como lo demuestra otras revisiones.
- 3) Al personal del Hospital Nacional Regional de Zacapa se recomienda reforzar las destrezas quirúrgicas y el conocimiento sobre la técnica y vía de abordaje más adecuada para cada paciente en los médicos que se encuentran en formación como especialistas en ginecología en el postgrado que apoya la institución; así mismo, reforzar los cuidados postoperatorios de las pacientes como normas de aseo, nutrición y la identificación temprana de signos y síntomas adversos para evitar complicaciones durante la recuperación postoperatoria. Además, se recomienda llevar un registro clínico completo que incluya datos de antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes al momento del ingreso ya que forman parte de la toma de decisiones médicas.
- 4) Socializar los resultados de este estudio a las autoridades pertinentes de la institución del Hospital Regional de Zacapa, Área de Salud de Zacapa, Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, para hacer de su conocimiento la tendencia de las principales características clínicas de la histerectomía ginecológica realizadas en el Hospital Regional de Zacapa.

- 5) Al Centro Universitario de Oriente, por medio del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural, continuar con la educación a las mujeres en las comunidades sobre la importancia de la consulta médica temprana por problemas ginecológicos, así como la realización de procedimientos diagnósticos de patología uterina temprana como lo es el Papanicolaou.

XI. PROPUESTA

Se propone al Hospital Regional de Zacapa y servicios que brindan atención médica a pacientes que ingresan por patologías ginecológicas (área de emergencia, consulta externa y ginecología) la implementación de una boleta recolectora para datos de pacientes a su ingreso que cuente con un mejor diseño, en la cual se requiera mayor información de las pacientes, sobre sus antecedentes ginecológicos y obstétricos. De esta manera desde el momento de su ingreso se tendrá un amplio perfil de la paciente permitiendo detectar tempranamente posibles factores de riesgo que de no conocerse retrasarían la toma de conductas a seguir repercutiendo en su salud, así también se promueve e incentiva el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con temas ginecológicos, para seguir contribuyendo con nuevos y mejores avances médicos en esta área. A continuación se muestra la propuesta de una ficha de ingreso para el área de Ginecología:

FICHA DE INGRESO

1. DATOS GENERALES

- NOMBRE: _____ Orig. Resid: _____

- EDAD: Años Meses - SEXO: ☐ M ☐ F - EDO. CIVIL: Soltero ☐ Unido ☐ Casado ☐

2. MOTIVO DE CONSULTA: _____

3. HISTORIA: _____

4. ANTECEDENTES: _____

G: ☐ P: ☐ AB: ☐ C: ☐ HV: ☐ HM: ☐ MENARQUIA: ☐ años COITARQUIA: ☐ años No. de PAREJAS: _____

MENSTRUACION: ☐ NO ☐ SI MENOPAUSIA: _____ años de edad ☐ SI FUR: ____/____/____ CICLOS: _____ DURACION: _____

ANTICONCEPTIVOS: ☐ NO ☐ SI METODO: a. _____ DURACION: _____ METODO: b. _____ DURACION: _____

PAPANICOLAU: ☐ NO ☐ SI REALIZADO HACE: _____ RESULTADO: _____

ETS: ☐ NO ☐ SI 1. _____ 2. _____ USG: ☐ NO ☐ SI REALIZADO HACE: _____ RESULTADO: _____

5. EXAMEN FISICO: P/A _____ TEMP _____ FC _____ FR _____ PESO _____

CABEZA N1 ☐ _____

NEUROLOGICO N1 ☐ _____

TORAX/
CARDIOPULMONAR N1 ☐ _____

ABDOMEN N1 ☐ _____

GENITO URINARIO N1 ☐ _____

MIEMBROS N1 ☐ _____

GINECOLOGICO/
TACTO RECTAL N1 ☐ _____

IMPRESIÓN CLÍNICA _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Dr. _____

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Al-Kadri, HM; Al-Turki, HA; Saleh, AM. 2002. Short and long tem complications of abdominal and vaginal hysterectomy for benign disease (en línea). Saudi Medic Journal 23 (7): 806 – 810. Consultado 13 feb. 2015. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12174230>
2. Barrero P, R; Barrero V, D; Alonso M, C; García M, G; Vargas V, V; Rivera Z, R; Larrain H, A. 2008. Correlación anatomopatológica de las hiperplasias endometriales antes y después de la histerectomía (en línea). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 73(2):91-97. Consultado 12 feb. 2015. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n2/art04.pdf>
3. Berek, J. 2010. Tratado de ginecología de Novak. 14 ed. México, Editorial Interamericana. p.480-493.
4. Dicker, RC; Greenspan, JR; Strauss, LT; Cowart, MR; Scally, MJ; Peterson, HB; DeStefano, F; Rubin, GL; Ory, HW. 1982. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States (en línea). American Journal of Obstetrics & Gynecology 144 (7): 841 – 848. Consultado 6 feb. 2015. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7148906>
5. Galvani, C; Horgan, S. 2005. Robots en cirugía general: presente y futuro (en línea). Revista Cirugía Española 78 (3): 138 - 147. Consultado 14 feb. 2015. Disponible en http://mail.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2005/Septiembre1_2005.pdf
6. García Rodríguez, ME; Romero Sánchez, RE. 2009. Histerectomía: evaluación de dos técnicas quirúrgicas (en línea). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 35(2):1-8. Consultado 10 feb. 2015. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n2/gin06209.pdf>

7. García Rodríguez, ME; Romero Sánchez, RE. 2011. Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino (en línea). Revista Cubana de Cirugía 50(2): 155-163. Consultado 12 feb. 2015. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n2/cir02211.pdf>
8. Garnique, M. 2005. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre técnica simplificada y la técnica de Richardson (en línea). Perú, Instituto Materno Perinatal. 24 p. Consultado 8 feb. 2015. Disponible en <http://gynemedic.com.pe/wp-content/uploads/2012/04/t%C3%A9cnica-de-histerectom%C3%ADa.pdf>
9. Indacochea Morán, RM. 2011. Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal: Hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor 2010 (en línea). Tesis Esp. Gine. Obst. Ecuador, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Graduados. 69 p. Consultado 12 feb. 2015. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2229/1/tesis%20causas%20y%20complicaciones%20de%20histerectomias%202010%201.pdf>
10. INE (Instituto Nacional de Estadística, GT). 2013. Caracterización departamental Zacapa (en línea). Guatemala. p.13-61. Consultado 16 feb. 2015. Disponible en <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/09/bwyn0xhJNibPXxDmzbnCcm44qG2RQ8ze.pdf>
11. Islas Trejo, M. 2005. Significado psicológico de los conceptos “menopausia” e “histerectomía” en hombres y mujeres universitarios. Tesis Lic. Psicología. Puebla, MX, Universidad de las Américas Puebla, Escuela de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. 24 p. Consultado 10 feb. 2015. Disponible en http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_h_m/capitulo1.pdf

12. Jacoby, VL; Autry, A; Jacobson, G; Domush, R; Nakagawa, S; Jacoby, A. 2009. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches (en línea). *Revista Obstetric Gynecology* 114 (5): 1041 – 1048. Consultado 8 feb. 2015. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20168105>
13. Jiménez, F; Martínez Morón, V; Martín Ríos, MD; Herrera de la Muela, M; López Salva, A. 2004. Histerectomía abdominal vs vaginal en el tratamiento quirúrgico del útero miomatoso (en línea). Madrid, ES, Fundación Hospital Alcorcón, Servicio de Ginecología y Obstetricia. 13 p. Consultado 10 feb. 2015. Disponible en [http://www.e-archivos.org/e-AGO200902/HV% 20utero%20mimatoso.pdf](http://www.e-archivos.org/e-AGO200902/HV%20utero%20mimatoso.pdf)
14. Keshavarz, H; Hillis, SD; Kiele, BA; Marchbanks, PA. 2002. Hysterectomy surveillance --- United States, 1994—1999 (en línea). *Morbidity and Mortality Weekly Report* 51 (SS05) 1-8. Consultado 12 feb. 2015. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmWR/preview/mmwrhtml/ss5105a1.htm>
15. Leung, PL; Tsang, SW; Yuen, PM. 2007. An audit on hysterectomy for benign diseases in public hospitals in Hong Kong (en línea). *Hong Kong Medical Journal* 13(3):187-193. Consultado 7 feb. 2015. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17548906>
16. Mäkinen, J; Johansson, J; Tomás, C; Tomás, E; Heinonen, PK; Laatikainen, T; Kauko, M; Heikkinen, AM; Sjöberg, J. 2001. Morbidity of 10,110 hysterectomies by type of approach (en línea). *Human Reproduction* 16 (Issue 7): 1,473-1,478. Consultado 16 feb. 2015. Disponible en [http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/7/1473.full?sid= d08a06b6-4227-448b-a25b-2903772e9e5d](http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/7/1473.full?sid=d08a06b6-4227-448b-a25b-2903772e9e5d)
17. McCracken, G; Hunter, D; Morgan, D; Price, JH. 2006. Comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy, total abdominal hysterectomy and

vaginal hysterectomy (en línea). Ulster Medical Journal 75(1): 54–58. Consultado 8 feb. 2015. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1891794/>

18. Merino, O; Doren, V; Sáez, O; Valenzuela, M; Etchegaray, B; Gejman, E; Cuello, M. 2009. Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un hospital clínico universitario (en línea). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 74(1): 15-29. Consultado 8 feb. 2015. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
19. Montefiore, E; Rouzier, R; Chapron, C; Darai, E. 2006. Surgical routes and complications of hysterectomy for benign disorders (en línea). Jorunals Human Reproduction 22 (Issue 1): 260 - 265. Consultado 11 feb. 2015. Disponible en <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/1/260.full?sid=76451c82-c494-419b-986b-247901987042>
20. Nieboer, TE; Johnson, N; Lethaby, A; Tavender, E; Curr, E; Garry, R; Voorst, SV; Mol, BWJ; Kluivers, KB. 2009. Abordaje quirúrgico de la histerectomía para las enfermedades ginecológicas benignas (en línea). Genova, CH, Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Consultado 14 feb. 2015. Disponible en http://apps.who.int/rhl/gynaecology/gynaecology_infertility/cd003677/es/index.html
21. Ortega Torres, RM. 2011. Histerectomía abdominal (en línea). Granada, ES, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Servicio de Obstetricia y Ginecología. 19 p. Consultado 10 may. 2015. Disponible en http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase_2011_histerectomia_abdominal.pdf
22. Parra, P; Sedano, M; Corvalán, J; Roos, A; Benzama, P; Melys, A; Autoneli, M. 2007. Histerectomía laparoscópica (en línea). Revista de Obstetricia y Ginecología del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2(3):203-208.

Consultado 10 feb. 2015. Disponible en <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/445>

23. Pokras, R; Georges Hufnagel, V. 1988. Hysterectomy in the United States, 1965 – 84 (en línea). *American Journal of Public Health* 78 (7): 852 – 853. Consultado 8 feb. 2015. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1350353/pdf/amjph00246-0102.pdf>

24. RAE (Real Academia Española). 2015. Diccionario (en línea). España. Consultado 14 feb. 2015. Disponible en <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=histerectom%EDas>
S071775262009000100004

25. Schorge, JO; Schaffer, J; Halvorson, L; Hoffman, B; Bradshaw, K; Cunningham, G. 2009. Williams ginecología. Mexico, McGraw-Hill Interamericana. p.866-1,123.

26. Socola Cuzco, FA; Saire Mendoza, MC; Tone Villanueva, JF; Escudero Diaz, F. 2009. Efecto de la histerectomía con preservación de uno o dos ovarios sobre la concentración de estradiol en mujeres premenopáusicas (en línea). *Revista Médica Heredina* 20(2): 97-102. Consultado 14 feb. 2015. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n2/v20n2ao6.pdf>

27. Solà, D; Ricci, A; Pardo, S; Guiloff, F. 2006. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico (en línea). *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología* 71(5): 364-372. Consultado 16 feb. 2015. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262006000500012

28. Toledo Mariño, G. 2011. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco (en línea). *Revista Horizonte Médico* 11(2): 70 - 74. Consultado 12 feb. 2015. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637122003.pdf>

29. Valle, L; Seara, S; Garcia, JA. 2005. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía: registro informatizado 2002 – 2003 (en línea). Revista de Calidad Asistencial 20(4): 193-198. Consultado 10 feb. 2015. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-efectos-adversos-intervencion-histerectomia-registro-13075830>
30. Vesperinas A, G; Rondini S, C; Troncoso R, C; Moran V, B; Levancini A, M; Aviles Z, C; Troncoso R, F. 2005. Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio (en línea). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 70(2): 73-78. Consultado 12 feb. 2015. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art02.pdf>
31. Zea Vega, JC; Calderon Donis, R; Reyes Morales, E; Ovando, A; Perez Robles, E; Perez Vadillo A; Alvarado, A. 2010. Histerectomía por patología benigna: ¿abordaje vaginal, laparoscópico o abdominal? ¿Una decisión basada en evidencia? situación actual en Guatemala (en línea). Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 15(2): 1 – 4. Consultado 16 feb. 2015. Disponible en <http://www.fecasog.org/index.php/lectura-de-revista/2010/revcog-vol-15-num-2-abril-junio-2010/125-histerectomia-por-patologia-benigna?limitstart=0>



XIII. ANEXOS



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Caracterización de la Histerectomía Ginecológica

En el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Zacapa.



DATOS GENERALES

EXPEDIENTE NO. _____

EDAD:

--	--

PROCEDENCIA: depto. _____ municipio. _____ aldea _____

ESTADO CIVIL: ① Soltera ② Unida ③ Casada ④ Otro _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

G:

--

AB:

--

P:

--

C:

--

HV:

--

HM:

--

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

MENARQUIA:

--	--

 años de edad.

COITARQUIA:

--	--

 años de edad.

NO. DE PAREJAS: _____

MENSTRUACION: ① SI. FUR: ____/____/____ CICLOS: _____ DURACION: _____

② NO. MENOPAUSIA: _____ años de edad.

ANTICONCEPTIVOS: ① SI. METODO: a. _____ DURACION: _____

METODO: b. _____ DURACION: _____

② NO.

PAPANICOLAU: ① SI. REALIZADO HACE: _____ meses. RESULTADO: _____

DATOS HISTERECTOMIA GINECOLOGICA

INDICACION: _____

VIA DE ABORDAJE: ① Abdominal. ② Vaginal. ③ Laparoscópica.

TECNICA QUIRURGICA: ① Histerectomía Supracervical.
 ② Histerectomía Total.
 ③ Histerectomía Total con salpingooforectomia unilateral.
 ④ Histerectomía Total con salpingooforectomia bilateral.

COMPLICACIONES:

	Vía Abdominal	Vía Vaginal	Vía Laparoscópica
TRANS-OPERATORIAS			

	Vía Abdominal	Vía Vaginal	Vía Laparoscópica
POST-OPERATORIAS			

ANEXO 2

HOSPITAL REGIONAL
ZACAPA
SERVICIO DE EMERGENCIA

FICHA DE INGRESO

1. DATOS GENERALES

- NOMBRE: _____ Orig. Resid: _____

- EDAD: Años Meses - SEXO: M F - EDO. CIVIL: Soltero Unido Casado

2. MOTIVO DE CONSULTA: _____

3. HISTORIA: _____

4. ANTECEDENTES: _____

5. EXAMEN FISICO: P/A _____ TEMP _____ FC _____ FR _____ PESO _____

CABEZA N1 _____

NEUROLOGICO N1 _____

TORAX/
CARDIOPULMONAR N1 _____

ABDOMEN N1 _____

GENITO URINARIO N1 _____

MIEMBROS N1 _____

GINECOLOGICO/
TACTO RECTAL N1 _____

IMPRESIÓN CLÍNICA _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Dr. _____

ANEXO 3

Chiquimula 17 de agosto de 2015

**Miembros del Comité de Trabajos de Investigación
Centro Universitario de Oriente
Carrera de Médico y Cirujano**

En atención a la designación efectuada por la comisión de trabajos de graduación para asesorar al estudiante: Carlos Mauricio Ortiz Polanco con carné 200640404, en el trabajo de graduación titulado **"Caracterización de la Histerectomía Ginecológica"**, me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Ronaldo Retana Albanés
Ginecólogo y Obstetra
Colegiado No. 10,535

ANEXO 4

Zacapa, junio de 2015

Comité de Docencia y Ética

Hospital Regional de Zacapa



Reciban un cordial saludo esperando éxitos y bendiciones en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para informarle que el tesista Carlos Mauricio Ortiz Polanco, de la Carrera de Medico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, tengo el interés de realizar mi investigación con el título: CARACTERIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA, por lo que solicito su autorización para poder hacer revisión de expedientes clínicos de los años 2010-2014 del departamento de Ginecología, de pacientes a las que se les realizo alguna Histerectomía Ginecológica.

Agradeciendo de antemano su colaboración y esperando su respuesta positiva.

Atentamente:

V.B.

Carlos Mauricio Ortiz Polanco